

Klinikinė neuropsichologija: tikrovė Vakarų šalyse ir galimybė Lietuvoje

Ramunė Grambaitė

Norwegian University of Science and Technology, Department of Psychology, Norway
ramune.grambaite@ntnu.no

Linas Bieliauskas

Neuropsychology Section of Psychiatry, University of Michigan, USA
linas@umich.edu

Evelina Grušauskienė

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos, Neurologijos klinika
evelina.grusauskiene@fc.lsmuni.lt

Albinas Bagdonas

Vilniaus universitetas, Psichologijos institutas, Taikomosios psichologijos laboratorija
albinas.bagdonas@fsf.vu.lt

Santrauka. Straipsnyje analizuojama klinikinės neuropsichologijos (KNPs) raida, dabarties situacija Vakarų šalyse bei galimybės diegti ir plėtoti šią psichologijos specializaciją Lietuvoje. Neuropsichologo darbo užduotys apima neuropsichologinį įvertinimą ir klinikinę intervenciją (veikmę). Sveikatos priežiūros srityje dirbantys klinikiniai neuropsichologai yra specialistai, kurie teikia paslaugas įvairaus amžiaus pacientams, turintiems pažinimo bei elgesio / emocinių sutrikimų, kurių galima etiologija yra raidos sutrikimai, neurologinės ir psichinės ligos. KNPs specialistai reikalingi neurologijos, psichiatrijos klinikose, psichinės sveikatos priežiūros ir reabilitacijos centruose, vaikų psichologinio įvertinimo ir ugdymo įstaigose. KNPs specializacijos modeliai Europoje bei Šiaurės Amerikoje panašūs savo turiniu ir reikalavimais, keliamais mokymui ir praktikai, tačiau daugumoje Europos šalių neuropsichologijos specializacija yra klinikinis praktinis išsilavinimas, o ne akademinis laipsnis kaip Jungtinėse Amerikos Valstijose ir Kanadoje. KNPs specializacijos trukmė Europos šalyse skiriasi, tačiau daugumoje jų specialisto lavinimasis gali būti pradedamas tik įgijus magistro laipsnį. Klinikinių neuropsichologų specialybės reguliavimas Europos sveikatos sistemoje taip pat skiriasi. Vienose šalyse ši specialybė yra visiškai teisiškai reguliuojama, o kitose visai nereguluojama. Prieš pradėdamas gilesnę psichologijos specializaciją, beveik visose Vakarų šalyse yra privaloma turėti psichologo, galinčio dirbti sveikatos srityje, licenciją. Remiantis Skandinavijos šalių patirtimi, galima tikėtis, kad ir Lietuvoje, įdiegus psichologų praktinės veiklos licencijavimo įstatymą, būtų lengviau planuoti specializacijos studijas. Kol kas Lietuvoje psichologijos specializacija įgyjama magistrantūros studijų metu, t. y. specializacijos magistro diplomas atstoja ir licenciją, ir būtinybę giliau specializuotis. Tačiau ši Lietuvoje vyraujanti tradicija nedera su *EuroPsy* diplomo politika: baigus šešerių metų trukmės studijas gaunamas psichologijos magistro diplomas, o jau dirbant specializuojamasi dar kelerius metus (klausomi specializacijos kursai, atliekama supervizuojama praktika). KNPs specializacijos modelis turėtų atitikti tarptautinius besivystančios neuropsichologijos standartus. Vakarų šalyse dominuoja požiūris,

Received: 4/4/2019. Accepted: 24/4/2019

Copyright © 2019 Ramunė Grambaitė, Linas Bieliauskas, Evelina Grušauskienė, Albinas Bagdonas. Published by Vilnius University Press

This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution Licence \(CC BY\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

kad klinikinės ir sveikatos psichologijos žinios yra svarbi KNP specializacijos dalis ir ši kompetencija yra įtraukta į specializacijos programas. Taigi, norint užtikrinti pakankamą kompetencijos lygį, dvejų metų magistrantūros pakopos klinikinės neuropsichologijos studijų Lietuvoje gali nepakakti, nebent šios studijos būtų derinamos su nustatytos trukmės supervizuojama neuropsichologine praktika. JAV reikalaujamas daktaro laipsnis neuropsichologijos praktikai pagal susiklosčiusią tradiciją Europoje beveik netaikomas. Lietuvoje tokios tradicijos, turint omenyje kitas psichologijos specializacijas, taip pat nėra, vadinasi, daktaro laipsnis nėra būtinas ir KNP specializacijai. Kaip ir Vakarų Europos šalyse, supervizuojama KNP praktika turėtų būti privaloma KNP specializacijos dalis.

Pagrindiniai žodžiai: klinikinė neuropsichologija, neurologija, neuropsichologinis įvertinimas, neuropsichologinis poveikis, neuropsichologijos studijos.

Clinical Neuropsychology: Status in Western Countries and Potential in Lithuania

Summary. We present an overview of the development of clinical neuropsychology, the current status of the specialty of clinical neuropsychology in Western countries, and the possibilities of developing this specialty in Lithuania. The main duties of a clinical neuropsychologist are to perform neuropsychological assessments and clinical interventions. Clinical neuropsychologists working within health care are professionals who offer services to patients across the lifespan with cognitive and behavioral/emotional symptoms related to neurological, developmental, and psychiatric disorders. Specialists of clinical neuropsychology are needed in neurology and psychiatry clinics, in centers of mental health and rehabilitation, and institutions of psychological assessment and education of children. The specialization models of clinical neuropsychology in Europe and North America are similar in their content and requirements for courses and practice. Nevertheless, specialist education in most of European countries is related to clinical training and not an academic degree, as it is in the USA and Canada. The duration of specialist education in clinical neuropsychology in Europe varies, but this education can only be started after acquiring a Master's degree in most of the European countries. The regulation of the specialty of clinical neuropsychology in Europe also varies. In some countries, this specialty is fully legally regulated, and in some countries not regulated at all. For specialization in clinical neuropsychology, the license of a psychologist, enabling an individual to work in the health care system of the country, is required in most Western countries. Taking into consideration the Scandinavian experience, it can be expected that the planning of specialization studies in Lithuania would be easier if the licensing of psychologists would be regulated. Today, traditional specializations of psychology in Lithuania may be obtained through Master's degree studies, i.e., a specialized Master's diploma compensates a license and any need of further specialization. This Lithuanian tradition is not in accord with the EuroPsy politics of obtaining a diploma: a Master's diploma is acquired within 6 years of studies, and, after these studies, specialization is continued for a few more years (participation in specialized courses, performance of supervised practice). The model of specialization in clinical neuropsychology in Lithuania should be developed in accordance with international standards of neuropsychology, which are in constant development. In Western countries, the knowledge and skills of clinical and health psychology are considered to be an important part of the specialist education in clinical neuropsychology. Therefore, two years of Master's studies in clinical neuropsychology would not be sufficient when preparing competent clinical neuropsychologists, unless it is combined with a supervised neuropsychological practice of a defined duration. A doctoral degree is required for neuropsychological practice in the USA, but it is usually not required in Europe. In Lithuania, such a tradition for other specializations of psychology does not exist either, which suggests that a doctoral degree should not be necessary for the specialty of clinical neuropsychology as well. Nevertheless, like in Western countries, supervised clinical neuropsychological practice should be a necessary part of the specialists' education in clinical neuropsychology.

Keywords: clinical neuropsychology, neurology, neuropsychological assessment, neuropsychological intervention, education in clinical neuropsychology.

Įvadas

Neuromokslai yra plati mokslo sritis, tirianti nervų sistemos veikimą nuo molekulinio lygio procesų, klinikinės išraiškos iki išsamaus neuropsichologinio ištyrimo, įvertinimo ir poveikio galimybių paieškų. Derinant fundamentaliuosius mokslus su klinika bei integruojant kitų neuromokslų šakų laimėjimus, kasdien vis daugiau sužinoma apie sudėtingas patogenezes, etiologiją. Neuropsichologija – paribio sritis tarp psichologijos ir neuromokslų, kurios tyrimų objektas yra psichikos, elgesio ir smegenų funkcionavimo

sąveikos. Neuropsichologija, kaip ir visa psichologija, turi trumpą istoriją, bet ilgą raidos istoriją iki psichologijos formalios šakos (arba specializacijos) susiformavimo. Jau nuo Egipto civilizacijos laikų buvo kaupiamos žinios apie smegenų ir psichikos ryšį, vėliau pradėti aiškinti psichikos funkcijų nerviniai mechanizmai. Dideliais atradimais ypač produktyvus buvo XIX a.: S. Ramón y Cajalas (1852–1934) sukuria neurono koncepciją, neurologai atranda šnekos ir jos suvokimo centrus, K. Brodmanas (1868–1918) nubraižo tikslus galvos smegenų žievėlapius, J. Jacksonas (1835–1911) suformuluoja šiuolaikinės neurologijos ir smegenų veikimo principus, pati psichologija formaliai tampa eksperimentiniu mokslu. Du pasauliniai karai ne tik pražudė dešimtis milijonų žmonių, bet ir davė tyrėjams, medicinos ir psichologijos praktikams tūkstančius asmenų, patyrusių lokalinius galvos smegenų pažeidimus, – karų sukurtus tyrimo ir poveikio objektus. Kitas neuropsichologijos plėtos šaltinis buvo ir yra smegenų funkcionavimo sutrikimai dėl neurologinių ligų (pavyzdžiui, smegenų augliai, insultai, degeneracinės nervų sistemos ligos).

Smegenų, psichikos ir elgesio sąveikų tyrimai išsiplėtojo dviem svarbiausiomis kryptimis – psichikos ir elgesio mechanizmų aiškinimo (eksperimentinė neuropsichologija) ir smegenų pažeidimų padarinių įvertinimo ir įveikos klinikinė neuropsichologija (KNPs). Pastarąjį dvidešimtmetį sukurtos naujosios gyvųjų audinių skenavimo technologijos leido ne tik pažvelgti į smegenyse vykstančius procesus, bet ir susieti juos su psichikos būsenomis ar elgesiu.

Nors *neuropsichologijos* terminas pirmą kartą pavartotas Kanados gydytojo K. Oslerio (1849–1919) dar 1913 m., o psichologijos terminų sistemoje atsirado Karlo Lashley (1880–1958) dėka 1936 m., kaip formali psichologijos šaka neuropsichologija pradėjo formuotis po 1966 m. Maskvoje vykusio 18-ojo pasaulio psichologų kongreso, kuriame teko dalyvauti ir vienam šio straipsnio autorių (A. Bagdonui). Vakarų ir Rytų blokų šalių psichologai, neurologai ir neurofiziologai sutarė plėtoti naujas psichologijos kryptis, iš jų daug dėmesio sulaukė ir neuropsichologija (Lurija, 1966 a, b). Dar minėto kongreso metu žymiausi to meto neurochirurgai, neurofiziologai ir neuropsichologai – Karlas Pribramas (1919–2015), Aleksandras Lurija (1902–1977), Brenda Milner (g. 1918), Hansas-Lucas Teuberis (1916–1977) ir kiti – sutarė įkurti Tarptautinę neuropsichologijos draugiją (*International Neuropsychological Society*, INS), kuri savo formalią egzistenciją pradėjo 1970 m., o jos pirmuoju prezidentu tapo K. Pribramas (Puente, 1989). 1980 m. Amerikos psichologų asociacija (*American Psychological Association*, APA) įsteigė savo 40-ąją – KNPs skyrių, kuris buvo įvardytas KNPs draugija (*Society of Clinical Neuropsychology*). Per kelis dešimtmečius KNPs tapo dominuojančia tyrimų, įvertinimo ir poveikio sritimi. XX a. paskutiniaisiais dviem dešimtmečiais KNPs tiek kaip taikomoji psichologijos šaka, tiek kaip universitetinių studijų kryptis plėtojosi visose Vakarų Europos šalyse, taip pat buvusiose socialistinio lagerio šalyse (Čekijoje, Slovakijoje, Lenkijoje, Vengrijoje). Buvusios Sovietų Sąjungos respublikose neuropsichologija faktiškai iki šiol yra neišplėta, išskyrus Rusiją, – ten pasaulinio masto neuropsichologo A. Lurijos (1902–1977) pastangomis po minėto 1966 m. pasaulio psichologų kongreso įkurtame Psichologijos fakultete (Maskvos Lomonosovo universitetas) įkuriama ir Neuropsichologijos ir psichofiziologijos katedra (nuo 1970 m. Neuropsichologijos ir patopsichologijos katedra), besiorientuojanti į klinikinę veiklą (Kostyanaya & Rossouw, 2013).

Lietuvoje neuropsichologija kaip savarankiška tyrimų ir taikomoji kryptis nebuvo plėtojama. Dar XX a. aštuntame dešimtmetyje tyrinėti regimojo suvokimo ir spalvų regėjimo neuroniniai mechanizmai, atlikti smegenų funkcinės asimetrijos tyrimai (Vilniaus universiteto (VU) Biofizikos ir Specialiosios psichologijos laboratorijose), tirti tarpneuroninių sąveikų mechanizmai (tuomečiame Kauno medicinos institute). Faktiškai nuo 1969 m. – nuo pat psichologijos studijų organizavimo pradžios – VU dėstomos aukštosios nervinės veiklos fiziologija, neuroanatomija, neurofiziologija, psichofiziologija bei neuropsichologija. Atkūrus 1990 m. Lietuvos nepriklausomybę, neuropsichologija savarankišku dėstomu dalyku tampa ir kituose Lietuvos universitetuose (Vytauto Didžiojo universitete (VDU), Lietuvos edukologijos universitete (LEU), Kauno universitete (KU), Šiaulių universitete (ŠU), Mykolo Romerio universitete (MRU), Lietuvos sveikatos mokslų universitete (LSMU)).

Žinios apie smegenų, psichikos ir elgesio sąveikas yra būtinos norint suprasti tiek normalų, tiek sutrikusį žmogaus elgesį. Todėl klinikinės neuropsichologijos paskaitos ir praktika yra įtraukti į vientisąsias šešerių metų (magistro lygio) klinikinės psichologijos studijas visuose Norvegijos universitetuose (Grambaite et al., 2018). Lietuvos psichologų rengimo nuostatos išdėstytos Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro (2015) 2015 m. rugpjūčio 27 d. įsakyme Nr. v-923 „Dėl psichologijos studijų krypties aprašo patvirtinimo“. Visų septynių psichologus rengiančių universitetų psichologijos studijų programos labai panašios tiek savo turiniu, tiek atskiriems dalykams skiriamais kreditais. VU neuropsichologija nėra įtraukta į psichologijos bakalauro studijų programą. Šis dalykas privalomas sveikatos psichologijos magistrantūros studentams ir kaip pasirenkamasis dalykas – vaiko ir teisės psichologijos magistrantūros programų studentams, deja, klinikinės psichologijos magistrantūros studijų programoje jo nėra. Kituose Lietuvos universitetuose neuropsichologija dėstoma arba bakalauro pakopos studentams (pavyzdžiui, KU), arba magistrantams, t. y. neuropsichologijos žinių įgyja visi diplomuoti psichologai. ŠU (nuo 2020 m. jungiamas prie VU) psichologų nerengia, bet neuropsichologija ten dėstoma specialiesiems pedagogams ir logopedams.

Palyginti su Vakarų šalimis, mokslinės psichologijos raida Lietuvoje vėlavo maždaug 50 metų, nors šis atsilikimas sparčiai mažėja integruojant pasaulinius ir didžiųjų valstybių pasiekimus. Psichologijos profesijos vystymąsi Lietuvoje skatino nepriklausomybė, laisvoji rinka, šalies ekonomikos gerėjimas ir viešųjų paslaugų plėtra. Vis glaudesnis tampa psichologų bendradarbiavimas su biologais ir neurologais, skatindamas paribio disciplinų (pavyzdžiui, neuropsichologijos ir psichofiziologijos) formavimąsi. Artimų kaimynių (Skandinavijos šalių, Lenkijos, Slovakijos ir Vakarų Europos šalių) patirtis rodo, kad neuropsichologijos tik kaip universitetinių studijų dalyko neužtenka: būtina platesnė ir gilesnė neuropsichologijos institucionalizacija. KNPs specialistai reikalingi neurologijos, psichiatrijos klinikose, psichinės sveikatos priežiūros ir reabilitacijos centruose, vaikų psichologinio įvertinimo ir ugdymo įstaigose.

Pagrindinis šio straipsnio tikslas – apžvelgti KNPs padėtį šalyse, kuriose ji sėkmingai plėtojama. Toks apibendrinimas padės numatyti KNPs plėtros galimybes Lietuvoje. Šiame apžvalginiame straipsnyje remiamasi esama literatūra apie KNPs specializaciją (profesiją,

specialybę), klinikinių neuropsichologų darbo pobūdį ir šios srities specialistų rengimą. Pasirinktos skirtingos geografinės zonos, daugiausia dėmesio skiriant šalims, kuriose ši specializacija sėkmingai gyvuoja jau ne vienerius metus. Bus apžvelgtos tokios sritys: 1) klinikinės neuropsichologijos specialybės svarba; 2) klinikinio neuropsichologo darbo pobūdis; 3) esami specializacijos modeliai; 4) teisinis reguliavimas ir licencijavimas.

Klinikinės neuropsichologijos specialybės svarba

Psichinės, neurologinės ir su narkotinių medžiagų vartojimu susijusios ligos gali sukelti smegenų funkcijų sutrikimų ir yra svarbiausios globalios ligos naštos priežastys (Patel et al., 2016; Whiteford, Ferrari, Degenhardt, Feigin, & Vos, 2015). Su neurologiniais sutrikimais susijusi ligos našta taip pat didėja ilgėjant vidutinei gyvenimo trukmei (Group, 2017). Visuomenės keliami reikalavimai tiek dirbančių, tiek studijuojančių asmenų pažintinėms funkcijoms yra dideli, todėl dėl pažinimo sutrikimų kenčiantys asmenys gali prarasti gebėjimą dirbti arba studijuoti. Psichinėmis ligomis sergantys asmenys taip pat dažnai turi pažinimo sunkumų (Goodall et al., 2018; Ueland, Oie, Landro, & Rund, 2004). Pažintiniai ir emociniai simptomai dažnai būna tarpusavyje susiję (Grambaite et al., 2013; Grambaite ir Sargautytė, 2005), todėl labai svarbu tinkamai šiuos simptomus įvertinti ir nustatyti jų priežastis. Taigi tiek neurologinėmis, tiek psichinėmis ligomis sergantiems asmenims teikiamos sveikatos paslaugos turėtų įtraukti ir neuropsichologo konsultacijas (Hokkanen et al., 2019).

KNPs raida pastarąjį dešimtmetį labai paspartėjo. Ją skatina gausėjančios žinios apie įvairių ligų / būklių sąsajas su galvos smegenų veikla, pažintiniais procesais ir elgesiu. Neurovaizdinimas (pavyzdžiui, galvos smegenų kompiuterinė tomografija, magnetinio rezonanso tyrimas – MRT, pozitronų emisijos tyrimas) ir funkciniai tyrimai (pavyzdžiui, funkcinė MRT) ir kitos naujos technologijos leidžia ne tik greičiau nustatyti diagnozę, paskirti gydymą, bet kartu ir pamatyti, kas gi dedasi paciento smegenyse, kiek aktyvios atskiros struktūros, kaip tos struktūros sąveikauja. Biologinių skysčių analizė, elektro-fiziologiniai tyrimai prisideda prie diagnozės patikslinimo, patvirtinimo ar paneigimo. Nepaisant aukšto šiuolaikinių technologijų lygio, ne visos diagnostikai būtinos galvos smegenų sritys gali būti reikiamai ištirtos. Tiek neurologinės, tiek psichinės ligos išsiskiria tuo, kad technologijomis grįsti tyrimai ne visada parodo objektyvius pokyčius, ypač ankstyvose ligų stadijose. Tokiais atvejais pakitimai fiksuojami pagal paciento subjektyvius nusiskundimus, atliekant pažintinių funkcijų testus, stebint pacientą. Taip pat pasitaiko atvejų, kai yra matomi akivaizdūs pokyčiai smegenyse, o paciento nusiskundimai yra nedideli. Kiekvienas atvejis yra individualus, reikalaujantis nuodugnaus ištyrimo.

Pacientui patekus pas neurologą, ištyrimas prasideda nuo sąmonės būklės įvertinimo. Detaliu neurologiniam klinikiniam ištyrimui būtina nemažai laiko ir įgūdžių, todėl psichinės būklės įvertinimui dažniausiai taikomas tik paviršutinis orientacijos įvertinimas ar trumpi pažintinių funkcijų testai. Dažnai to nepakanka. Išsamus neuropsichologinis įvertinimas reikalauja preciziško darbo ir žinių. Įvertinami subtilūs psichiniai ir elgesio sutrikimai bei galima jų etiologija, atmetant veiksnius, galinčius klaidinti ar kitaip iškreipti

rezultatus, o kartu ir diagnozę. Todėl neuropsichologinį įvertinimą turėtų atlikti kvalifikuotas neuropsichologas. Neuropsichologo profesijos praktikavimas reikalauja didelės bendros klinikinio psichologo kompetencijos, specifinių metodinių žinių ir gebėjimo bendradarbiauti (Målbeskrivelse for det obligatoriske programmet i spesialiteten nevropsykologi, 2018).

Remiantis Grote ir Novitski (2016) straipsnyje pateiktais duomenimis, Antrojo pasaulinio karo pradžioje pasaulyje buvo netoli 100 neuropsichologų, o dabar jų yra mažiausiai 10 000. 2015 m. Europos psichologų asociacijų federacija (EFPA) Europos šalis įpareigojo pateikti ataskaitą apie KNP padėtį Europoje. Hokkanen ir kolegos (2019), imdamiesi šio darbo, apibrėžė pagrindines sąvokas. Klinikiniu neuropsichologu buvo laikomas specialistas, 50 ar daugiau procentų savo darbo laiko užsiimantis KNP praktika ir atliekantis neuropsichologinį įvertinimą arba dirbantis reabilitacijos srityje. Jiems pavyko aprašyti 30-ies šalių KNP padėtį. Lietuva teigė turinti 10 klinikinį neuropsichologų, Estija – 23, o Latvija – nė vieno. Straipsnyje nepatikslinkama Baltijos šalių neuropsichologų kompetencija. Žinant, kad Lietuvoje šios specializacijos nėra, lieka neaišku, kur išsilavinimą yra įgiję Lietuvoje dirbantys neuropsichologai. Pagal šalies gyventojų skaičių, daugiausia klinikinį neuropsichologų teigė turinčios šios šalys: Danija (550), Liuksemburgas (50), Prancūzija (5 000), Austrija (650) ir Norvegija (330) (Hokkanen et al., 2019). Specialistų rengimas yra susijęs su jų poreikiu sveikatos priežiūros sistemoje. Nors galvos smegenų ligų padariniai yra panašūs visame pasaulyje, KNP specializacija sparčiausiai vystosi šalyse, kuriose sveikatos priežiūros sistema yra aukšto lygio (Hessen et al., 2018).

Klinikinio neuropsichologo darbo pobūdis

Klinikinio neuropsichologo darbo užduotys apima neuropsichologinį įvertinimą (smegenų ir psichikos bei elgesio ryšio nustatymą), konsultacijas ir klinikinę intervenciją (veikmę). Sveikatos srityje dirbantys klinikiniai neuropsichologai yra specialistai, kurie teikia paslaugas įvairaus amžiaus pacientams, turintiems pažinimo bei elgesio / emocinių simptomų, kurių galima etiologija yra raidos sutrikimai, neurologinės ir psichikos ligos (Hokkanen et al., 2019; NAN definition of a clinical neuropsychologist, 2001). Norvegijos psichologų asociacija pateikia šias pagrindines neuropsichologijos veiklos sritis: psichologinis įvertinimas, diagnozės nustatymas ir gydymas / reabilitacija. Dažniausiai neuropsichologas konsultuoja (arba tiria) žmones, kuriems įtariamas arba nustatytas centrinės nervų sistemos pažeidimas. Neuropsichologai konsultuoja vaikus, paauglius, darbingo bei vyresnio amžiaus suaugusiuosius. Norvegijos neuropsichologai dažniausiai dirba antrinio lygio sveikatos priežiūros įstaigose. Jų paslaugomis taip pat naudojasi mokyklos bei įdarbinimo ir socialinės apsaugos tarnybos. Teisinėje sistemoje neuropsichologai yra ekspertai, galintys atsakyti į psichologinius ir su smegenų pažeidimais susijusius klausimus tiek civilinėse, tiek baudžiamosiose bylose (Målbeskrivelse for det obligatoriske programmet i spesialiteten nevropsykologi, 2018). Klinikinis neuropsichologas remiasi psichologijos, neurologijos, kognityviosios psichologijos, elgesio ir fiziologijos žiniomis, testais ir kitais metodais, skirtais įvertinti paciento pažintinių funkcijų, elgesio ir emocijų

stiprybėms ir silpnybėms bei jų ryšiai su normaliu ir sutrikusiu centrinės nervų sistemos funkcionavimu. Remdamasis šiuo įvertinimu, ligos istorija bei kitų sveikatos apsaugos darbuotojų suteikta informacija, klinikinis neuropsichologas nustato ir diagnozuoja pažinimo ir elgesio sutrikimus, planuoja bei įgyvendina atitinkamas intervencijas (NAN definition of a clinical neuropsychologist, 2001).

Svarbu paminėti, kad skirtingose šalyse skiriasi psichologų ir neuropsichologų vaidmenys. Kai kuriose šalyse psichologai turi patarėjo vaidmenį, o kitose šalyse psichologai savarankiškai užsiima diagnostika ir gydymu (Hessen et al., 2018). Neseniai atliktos apklausos rezultatai rodo, jog 12-oje (43 %) iš 30-ies apklaustų Europos šalių neuropsichologo pareigos tėra atlikti neuropsichologinį įvertinimą (Hokkanen et al., 2019). Dešimtyje (36 %) apklaustų Europos šalių neuropsichologai savo darbe jaučiasi priklausomi nuo kolegų neurologų, psichiatrų, geriatrų ir pediatrų. Kai kurie neuropsichologai nepriklausomai dirba reabilitacijos srityje, tačiau finansavimas ligoninėms yra skiriamas tik tuo atveju, kai šis darbas yra atliekamas gydytojų arba kai reabilitacija yra paskirta gydytojų (Hokkanen et al., 2019).

Jungtinėse Amerikos Valstijose (JAV) bei Ispanijoje dauguma neuropsichologų dirba demencijų, galvos smegenų traumų ir insultų srityse (Olabarrieta-Landa et al., 2016; Sweet, Benson, Nelson, & Moberg, 2015). Dauguma Šiaurės šalių neuropsichologijos specialistų (66 %) dirba ligoninėse (Norup et al., 2017). Dažniausios Šiaurės šalių neuropsichologų pacientų kategorijos yra dėmesio trūkumas esant hiperaktyvumui (87 %), mokymosi sutrikimai (85 %), protinis atsilikimas (82 %) bei raidos sutrikimai (80 %). Danijos neuropsichologai dažniausiai dirba su galvos traumas patyrusiais pacientais; tokie pacientai yra trečia pagal dažnumą ir Norvegijoje dirbančių neuropsichologų pacientų grupė. Tiek Danijoje, tiek Norvegijoje yra parengtos nacionalinės strategijos ir skiriamas finansavimas darbui su galvos traumas patyrusiais pacientais, siekiant užtikrinti, kad šiems pacientams bus suteikta kognityvioji reabilitacija (Andelic et al., 2012; Engberg, 2007). Patyrusiems galvos traumas kognityvioji reabilitacija yra suteikiama anksti, o neuropsichologo paslaugos yra svarbi šios reabilitacijos dalis. Kitos dažnos Šiaurės šalyse dirbančių neuropsichologų pacientų diagnozės yra depresija, smegenų insultas (kraujagysliniai sutrikimai) ir epilepsija (Norup et al., 2017). Palyginti su kitomis Šiaurės šalimis, Suomijos neuropsichologai dažniau užsiima kognityviaja reabilitacija. Suomijoje kognityviosios reabilitacijos tradicija atsirado Antrojo pasaulinio karo metu, kai reikėjo suteikti pagalbą SSRS ir Suomijos kare (1939–1940), dar vadinamame Žiemos karu, galvos traumas patyrusiems veteranams (Hokkanen, Nybo, & Poutiainen, 2016).

Nors trumpas pažintinių funkcijų įvertinimas skirtingose Europos šalyse yra atliekamas skirtingų specialistų, net ir ne psichologų, išsamus neuropsichologinis įvertinimas dažniausiai yra atliekamas tik klinikinių neuropsichologų (Hokkanen et al., 2019). Neseniai atlikto Šiaurės šalių tyrimo (Egeland et al., 2016) rezultatai rodo, kad neuropsichologai, turintys oficialų KNP specializacijos statusą, yra susipažinę su daugiau neuropsichologinių testų ir jų naudoja daugiau negu neuropsichologijos specialisto statuso neturintys kolegos. Tai byloja apie išsamesnes KNP specialistų žinias ir didesnę kompetenciją.

Esami specializacijos modeliai

Jau kelerius metus vyksta tarptautinio masto diskusija apie KNP specializacijos modelius, taikomus skirtingose pasaulio šalyse (Grote, 2016; Grote & Novitski, 2016). Žinios apie tai yra svarbios ne tik siekiant patobulinti esamus specializacijos modelius, bet ir norint juos pritaikyti šalims, kuriose šios specializacijos dar nėra.

KNPs specializacija daugumoje pasaulio šalių atsirado tarp 1980 ir 2000 m. (Hessen et al., 2018). Specializacijos programų atsiradimą Norvegijoje paskatino 1973 m. patvirtintas Psichologo įstatymas (Matre, Løvstad, Egeland, Hessen, & Schanke, 2018). Norvegijos psichologų asociacija klinikinės psichologijos specializacijų programų gaires pripažino 1987 m. Nuo tada buvo galima specializuotis ir KNP srityje. KNP specializacija tuo metu buvo viena iš klinikinės psichologijos specializacijų, tačiau greitai įgijo savarankiškos specializacijos statusą. Neuropsichologų mokymus Norvegijoje organizuoja Norvegijos psichologų asociacija. Specializaciją sudaro praktika (mažiausiai penkeri metai), supervizijos (mažiausiai 180 valandų), kursai (mažiausiai 160 valandų, išdėstomų per dvejus metus) ir rašto darbas (Målbeskrivelse for det obligatoriske programmet i spesialiteten nevropsykologi, 2018). Privalomi kursai yra mažiausiai 160-ies valandų, paskirstytų per dvejus metus (iš viso septyneri intensyvūs trijų dienų kursai). Ne tik dėstoma teorija, supažindinama su naujausiais moksliniais atradimais, bet ir sudaromos sąlygos aktyviai dalyvauti kursų dalyviams (pavyzdžiui, pristatomi atvejai iš asmeninės dalyvių praktikos). Kursai lankomi lygia greta su neuropsichologine praktika / darbu. Per penkerius privalomos praktikos metus psichologas turi būti dirbęs ne mažiau kaip dviejose darbo vietose. Reikalaujama mažiausiai ketverius iš penkerių praktikos metų dirbti klinikinį neuropsichologinį darbą. Psichologas bent dvejus metus turi būti dirbęs neuropsichologinį darbą neurologijos, neurochirurgijos, neuropediatrijos, neuroreabilitacijos ar kituose panašiuose skyriuose. Praktikos metu yra būtina bendradarbiauti su neurologu arba kitu atitinkamu gydytoju specialistu. Pacientų grupė turi būti įvairi, įskaitant pacientus, kuriems diagnozuoti neaiškios kilmės arba ligos sukelti organiniai smegenų pakitimai. Privaloma praktika ir su suaugusiais, ir su vaikais. Bent vienus iš neuropsichologinės praktikos metų psichologas turi būti dirbęs su tos amžiaus grupės pacientais (vaikais arba suaugusiais), su kuriais turi mažiausiai patirties. Rašto darbo tikslas yra įgytų neuropsichologinių žinių ir asmeninės klinikinio darbo patirties sisteminis pateikimas, mokslinių žinių ir taikomosios psichologijos integravimas. Šio specializacijos modelio kompetencijos ir supervizijos yra aprašytos lentelėje.

Lentelė. Hjuston konferencijos numatytas mokymų ir praktikos modelis klinikinio neuropsichologo specializacijai įgyti JAV ir Kanadoje (1997) bei Norvegijos psichologų sąjungos taikomas klinikinės neuropsichologijos specializacijos modelis (atnaujintas 2018 m.)

| Hjuston konferencijos modelis | Norvegijos psichologų asociacijos modelis |
|--|---|
| Žinios | Žinios |
| 1. Bendrosios psichologinės šerdies dalykai | 1. Neuroanatomija. |
| A. Statistika ir metodologija | 2. Neurofiziologija (biocheminiai ląstelių lygio procesai smegenyse, organizmo savireguliacijos mechanizmai ir jų sutrikimų įtaka nervų sistemai). |
| B. Mokymasis, pažinimas ir suvokimas | 3. Neurologijos, neuroradiologijos, elektrofiziologijos ir genetikos pagrindai. |
| C. Socialinė psichologija ir asmenybė | 4. Neurofarmakologijos ir toksikologijos pagrindai (psichotropinių medikamentų, narkotinių ir neurotoksiškų cheminių medžiagų poveikis centrinei nervų sistemai). |
| D. Biologiniai elgesio pagrindai | 5. Pažintinės funkcijos ir jų ryšys su pasiekimais mokykloje, darbingumu, kasdieniu funkcionavimu, socialiniu gyvenimu ir psichine sveikata. |
| E. Raidos psichologija | 6. Smegenų veiklos pakitimai per gyvenimą tiek esant sveikam, tiek sergant įvairiomis neurologinėmis ar psichinėmis ligomis. |
| F. Istorija (psichologijos) | 7. Dažniausiai pasitaikančių neurologinių ligų, raidos sutrikimų ir neuropsichologinių būklių simptomai. |
| G. Kultūriniai ir individualūs skirtumai, įvairovė | 8. Neuropsichologinis įvertinimas; neuropsichologiniai testai ir kiti aktualūs vertinimo metodai, įskaitant psichinių simptomų, asmenybės ir adaptacinių gebėjimų vertinimo klausimynus. |
| 2. Bendrosios klinikinės šerdies dalykai | 9. Psichometrija, testų kūrimas bei sąlygos, galinčios turėti įtakos testų jautrumui ir specifiškumui. |
| A. Psichopatologija | 10. Gydymas ir intervencija (reabilitacija ir pagalbos būdai esant pažinimo sutrikimams). |
| B. Psichometrijos teorija | 11. Nerimo, depresijos ir kitų psichinių sutrikimų, galinčių atsirasti sergant neurologinėmis ligomis arba esant smegenų pažeidimams, gydymas. |
| C. Interviu ir įvertinimo technologijos | 12. Psichinių ir asmenybės sutrikimų diagnostika |
| D. Intervencijos technologijos | |
| E. Profesinė etika | |
| 3. Galvos smegenų ir elgesio ryšių studijų dalykai | |
| A. Funkcinė neuroanatomija | |
| B. Neurologinių ir susijusių sutrikimų etiologija ir gydymas | |
| C. CNS veikiančios ne neurologinės būklės | |
| D. Neurovaizdavimas ir kita neurodiagnostinė technika | |
| E. Elgesio neurochemija | |
| F. Neuropsichologija | |
| 4. KNPs bazinė praktika | |
| A. Specializuotas neuropsichologinis įvertinimas | |
| B. Specializuota neuropsichologinė intervencija | |
| C. Neuropsichologinio tyrimo planavimas | |
| D. Profesinės veiklos etika neuropsichologijoje | |
| E. Praktinės neuropsichologinių būklių pasekmės | |
| Igūdžiai | Igūdžiai |
| 1. Įvertinimas | 1. Anamnezės, kurioje aprašyta paciento gyvenimo istorija, premorbidinis funkcionavimas, žinios apie aktualią ligą ar sužeidimą, kitas žinomas ligas ir raidos sutrikimus, pažintines funkcijas ir nusiskundimus kasdiniame gyvenime, rinkimas. |
| Informacijos rinkimas | |
| Ligos istorijos analizė | |

| | |
|---|--|
| Testų ir priemonių atranka | <p>2. Pripažintų neuropsichologinių testų, klausimynų ir kitų klinikinių vertinimo metodų taikymas; testavimas ir rezultatų apdorojimas.</p> <p>3. Testavimo rezultatų vertinimas, atsižvelgiant į specifiškumą, patikimumą ir ekologinį validumą.</p> <p>4. Viso neuropsichologinio tyrimo rezultatų vertinimas ir išvada.</p> <p>5. Neuropsichologinių sutrikimų priežasčių aptarimas.</p> <p>6. Tyrimo rezultatų ir vertinimų raštu ir žodžiu perteikimas.</p> <p>7. Nurodymas, kokie pagalbos būdai / gydymas / rehabilitacija galėtų būti veiksmingi, gebėjimas suteikti tokį gydymą arba surasti, kas galėtų jį suteikti.</p> <p>8. Kritiškas savo praktikos vertinimas, įžvelgiant etines dilemas bei atnaujinant savo žinias.</p> <p>9. Įvertinimas, ar tyrimas ir taikomi pagalbos būdai yra realistiški ir tikslingai taikomi.</p> <p>10. Atvejų, kai neuropsichologinis vertinimas nėra tinkamas būdas atsakyti į kilusius klausimus, nustatymas.</p> <p>11. Kritiškas testų rezultatų vertinimas, atsižvelgiant į riziką pervertinti arba nuvertinti sutrikimų stiprumą.</p> <p>12. Savo veiklos ir vaidmens dirbant tarpdisciplininėje komandoje dalykiškas ir etinis vertinimas.</p> <p>13. Tyrimo tikslo, tyrimo rezultatų bei pasekmių vartotojui perteikimas jam suprantama kalba</p> |
| Testų ir kitų priemonių administravimas | |
| Interpretavimas ir diagnozė | |
| Poveikio planavimas | |
| Išvados rašymas | |
| Pasirūpinimas grįžtamoju ryšiu | |
| Tarpkultūrinių veiksnių nustatymas | |
| 2. Gydymas ir intervencijos (veikmės) | |
| Intervencijos tikslų nustatymas | |
| Intervencijos poreikių specifikacija | |
| Intervencijos plano sudarymas | |
| Intervencijos plano diegimas | |
| Intervencijos plano vykdymo stebėseną pagal poreikį | |
| Rezultato vertinimas | |
| Tarpkultūrinių veiksnių nustatymas | |
| 3. Konsultavimas (pacientai, šeimos, kolegos, agentūros) | |
| Veiksmingas bendravimas (pavyzdžiui, išklausymas, paaiškinimas, svarstymas) | |
| Esminių dalykų išskyrimas ir išgryninimas | |
| Stiprybių ir silpnybių nustatymas | |
| Įvertinimo ir rekomendacijų komunikavimas | |
| Pacientų ir šeimų švietimas | |
| 4. Tyrimas | |
| Tinkamų tyrimo temų atranka | |
| Reikalingos literatūros apžvalga | |
| Tyrimo plano sudarymas | |
| Tyrimo atliktis | |
| Progreso stebėseną | |
| Rezultatų vertinimas | |
| Rezultatų komunikavimas | |
| 5. Mokymas ir supervizija | |
| Veiksmingo mokymo metodai | |
| Mokymo dalykų ir programų planavimas | |
| Veiksmingų mokymo technologijų taikymas | |
| Veiksmingos supervizijos technologijų (įvertinimo, poveikio ir tyrimo) taikymas | |
| Skirtingų programų technologijų veiksmingumo įvairovės išmanymas | |
| | <p>Supervizijos</p> <p>1. Reikalaujama mažiausiai 180 supervizijų valandų per penkerius praktikos metus.</p> <p>2. Klinikinės supervizijos gali būti teikiamos tik Norvegijos psichologų sąjungos pripažintų klinikinės neuropsichologijos specialistų.</p> <p>3. Supervizorius / vadovas turi patvirtinti, kad atlikta praktika atitinka visus sąjungos nustatytus reikalavimus.</p> <p>4. Supervizijos turi būti sutelktos į kandidatų klinikinę patirtį, skiriama dėmesio šiems praktikos aspektams:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) neuropsichologo vaidmuo, 2) neuropsichologiniai metodai, 3) išvados rašymas, 4) rezultatų komunikavimas, 5) pagalbos būdai, 6) komandinis darbas, 7) darbo etika, 8) ekspertizė |

Nors JAV KNP's specializacija egzistuoja jau nuo 1981 m., specializacijos programos gairės APA buvo pripažintos tik 1996 m., po dešimt metų užtrukusio derinimo proceso. Įdomu, kad KNP's specializacija buvo pati pirmoji APA formaliai pripažinta psichologijos specializacija, papildžiusi tradicinių specializacijų (klinikinės, konsultacinės, mokyklų ir organizacinės) gretas (Bieliauskas & Mark, 2018; Bieliauskas & Steinberg, 2003).

1984 m. APA 40-asis skyrius ir INS bendromis pastangomis parengė tuometinių KNP's studijų apžvalgą (Bieliauskas & Steinberg, 2003). Ši apžvalga atskleidė, kad KNP's studijos JAV ir Kanadoje nebuvo standartizuotos, nors vis daugėjo neuropsichologais save vadinančių, bet pakankamo išsilavinimo neturinčių asmenų. Vėliau L. A. Bieliauskas ir B. A. Steinbergas publikavo keletą tokių apžvalgų, kurios 1987 m. tapo KNP's studijų rekomendacijomis. Šios rekomendacijos tapo APA 40-ojo skyriaus oficialiais dokumentais, kurie buvo panaudoti rengiant visų KNP's studijų programų (doktorantūros, praktikos ir podoktorantūros), atitinkančių šias rekomendacijas, apžvalgą. Tai buvo pirmasis mėginimas standartizuoti KNP's studijas (Bieliauskas & Steinberg, 2003). 1997 m. rugsėjo 3–7 d. buvo suorganizuota Hjustono konferencija (The Houston Conference on Specialty Education and Training in Clinical Neuropsychology, 1997), skirta KNP's profesijos įgijimo reikalavimams patikslinti (Bieliauskas & Steinberg, 2003). Konferencijai, kurią finansavo Hjustono universitetas, vadovavo organizacija, pasivadynusi Klinikinės neuropsichologijos sinarchija (*Clinical Neuropsychology Synarchy*, CNS), vienijanti visas didesnes KNP's organizacijas¹. Visi 46 konferencijos dalyviai buvo kruopčiai atrinkti KNP's atstovai. Konferencijos metu buvo parengtas politinis pareiškimas, formaliai pripažįstantis KNP's specializacijai tinkančias studijas. Klinikinė neuropsichologija buvo pripažinta kaip podoktorantūros specializacija (darbui KNP's srityje JAV yra būtinas daktaro laispmis), o neuropsichologinė praktika buvo aprašyta kaip privaloma tokios specializacijos dalis (Hannay et al., 1998). Tokios specializacijos metu įgyta kvalifikacija yra pakankama gauti licenciją, kurią išduoda KNP's komisija (*American Board of Clinical Neuropsychology*), priklausanti Amerikos profesinės psichologijos komisijai (*American Board of Professional Psychology*). Hjustono konferencijos politiniame pareiškime klinikinis neuropsichologas apibrėžiamas kaip psichologijos specialistas, taikantis įvertinimo ir intervencijos principus, grįstus moksliniais žmonių elgesio tyrimais, susijusiais su normaliu ir sutrikusiu centrinės nervų sistemos funkcionavimu (Bieliauskas & Steinberg, 2003; Hannay et al., 1998). KNP's turi būti dėkinga Hjustono konferencijai už tai, kad tapo pirmąja psichologijos specializacija, turinčia tokį detalų specializacijos modelį (jo aprašymas yra pateiktas lentelėje), atitinkantį bendrus medicinos profesijoms keliamus reikalavimus. Specializacijos modelis

¹ 1995 m. įkurta CNS yra neuropsichologijos plėtra suinteresuotų organizacijų forumas – tarsi jungtinis valdymo organas (nuo čia ir pavadinimas sinarchija – jungtinis valdymas). CNS sudaro: KNP's akademija (*American Academy of Clinical Neuropsychology*, AACN), Amerikos KNP's komisija (*American Board of Clinical Neuropsychology*, ABCN), KNP's doktorantūros studijų asociacija (*Association for Doctoral Education in Clinical Neuropsychology*, ADECN), KNP's internatūros asociacija (*Association for Internship Training in Clinical Neuropsychology*, AITCN), KNP's podoktorantūros programos asociacija (*Association of Postdoctoral Programs in Clinical Neuropsychology*, APPCN), Amerikos psichologų asociacijos (APA) KNP's skyrius (*Division 40 of APA – Clinical Neuropsychology*) ir Neuropsichologijos nacionalinė akademija (*National Academy of Neuropsychology*, NAN). CNS veikloje taip pat dalyvauja Tarptautinės neuropsichologijos bendrijos (*The International Neuropsychological Society*, INS) atstovai.

galioja asmenims, specializaciją pradėjusiems 1999 m. arba vėliau. KNPd dabar yra viena iš labiausiai išsivysčiusių specializacijos krypčių JAV (Bieliauskas & Mark, 2018).

Neseniai atlikto tyrimo duomenys rodo, kad bendri KNPd specializacijos modelių bruožai (kompetencijų sritys) Europoje, Australijoje ir Šiaurės Amerikoje yra šie: 1) išsamios bendrosios psichologijos ir klinikinės psichologijos žinios; 2) ekspertų lygio žinios apie klinikinį smegenų bei elgesio ryšį; 3) kitų klinikinų sričių žinios; 4) neuropsichologinio įvertinimo žinios; 5) kultūrinių skirtumų (neuropsichologijos kontekste) žinios; 6) neuropsichologinio įvertinimo rezultatų pateikties žinios; 7) neuropsichologinės intervencijos, taip pat gydymo ir reabilitacijos žinios (Hessen et al., 2018). Klinikinės arba sveikatos psichologijos kompetencija yra būtina specializuojantis KNPd srityje. Jei ši kompetencija dar nėra įgyta prieš pradėdant KNPd specializaciją, ji turėtų būti įtraukta į KNPd specializacijos programą (Hokkanen et al., 2019). Tokiu atveju specializacijos trukmė būtų ilgesnė. Kai kuriose šalyse KNPd specializacijos metu daugiausia dėmesio skiriama praktikai, pridedant tik trumpus teorinius kursus, o kitose šalyse praktika atliekama lygia greta studijuojant teoriją (studijos derinamos su darbu).

Tradiciškai vietinės psichologų ir neuropsichologų sąjungos dažnai yra atsakingos už specializacijos kursus (Hokkanen et al., 2019). Ši užduotis joms dažnai būna priskirta sveikatos apsaugos institucijų. Pavyzdžiui, Austrijos ir Norvegijos psichologų sąjungos rengia specializacijos programas ir ruošia specialistus. Viena šio straipsnio autorių (R. Grambaitė) yra Norvegijos psichologų sąjungos KNPd ekspertų tarybos narė. Ši taryba yra atsakinga už KNPd specialistų ruošimą, įskaitant specializacijos kursų organizavimą bei jų kuravimą, reikalavimų supervizuojamai praktikai rengimą ir atnaujinimą, išankstinį pasirinktos praktikos tinkamumo vertinimą, galutinį visos praktikos pripažinimą ir baigiamųjų rašto darbų vertinimą. Taryba taip pat dalyvauja sprendžiant kitus su neuropsichologija susijusius klausimus, kuriuos jai paskiria Norvegijos psichologų sąjunga. Yra ir Norvegijos neuropsichologijos draugija, kuri atstovauja narių interesams. Kita šios draugijos veikla yra švietėjiško pobūdžio – žurnalo *Nevropsykologi* leidyba ir metinės neuropsichologų konferencijos organizavimas. Norvegijos sveikatos srities institucijos (pavyzdžiui, ligoninės) reikalauja turėti KNPd specializaciją visiems specialistams, dirbantiems klinikinio neuropsichologo darbą. Darbdavys, priimdamas į darbą specializacijos nebaigusį psichologą, įsipareigoja sumokėti už specializacijos kursus.

Europoje aukštojo išsilavinimo sistema remiasi Bolonijos proceso nustatytais akademinio laipsnių standartais. Yra siūlomas trijų lygių išsilavinimas: bakalauro, magistro ir doktorantūros studijos (The European Higher Education Area in 2018: Bologna Process Implementation Report, 2018). Daugumoje Europos šalių KNPd specialisto išsilavinimo siekti gali būti pradėdama tik įgijus magistro laipsnį, atitinkantį *EuroPsy* reikalavimus (*EuroPsy – the European Certificate in Psychology*, 2017), tačiau specializacija yra praktinio pobūdžio ir daktaro laipsnio lygio paprastai neatitinka (Hokkanen et al., 2019). Iš 30 apklaustų Europos šalių tik Airijoje bei Didžiojoje Britanijoje, norint įgyti KNPd specializaciją, būtina turėti klinikinės psichologijos daktaro laipsnį. Nedidelė dalis apklaustų Europos šalių specializaciją tapatina su magistrantūros lygio programa, tačiau jų yra mažuma (Hokkanen et al., 2019).

Specializacijos trukmė Europoje svyruoja nuo 12 iki 60 mėnesių, o ilgesnė specializacijos trukmė yra susijusi su mažesniu neuropsichologų priklausomumu nuo kitų specialistų darbe (Hokkanen et al., 2019). Vokietijoje, Suomijoje, Italijoje, Olandijoje, Norvegijoje, Portugalijoje, Lenkijoje bei Ispanijoje specializacijos trukmė yra 36 arba daugiau mėnesių. Čekijoje, Danijoje, Suomijoje, Norvegijoje ir Portugalijoje yra privaloma ketverių ar daugiau metų praktinė patirtis (Hokkanen et al., 2019). Trečdalyje Europos šalių, kurias pavyko apklausti Hokkanen ir kolegoms (2019), taip pat Lietuvoje ir Latvijoje specializacijos išvis nėra.

KNPs yra viena iš svarbiausių psichologijos specialybės šakų Danijoje, Suomijoje, Švedijoje ir Norvegijoje (Norup et al., 2017). Kiekvienoje iš šių šalių egzistuoja specializacijos gairės ir specifiniai reikalavimai, kurie keliami išsilavinimui, mokymams, klinicinei praktikai ir neuropsichologiniam įvertinimui. Šiose Šiaurės šalyse specializaciją sudaro supervizuojama praktika, adekvati darbo patirtis ir mokymai kursų metu (Norup et al., 2017). Kad būtų galima pradėti specializuotis neuropsichologijos srityje, yra privaloma turėti psichologijos studijų magistro laipsnį ir licenciją, kuri išduodama atsakingų vietinių sveikatos apsaugos srities institucijų. Tiek licencijavimas, tiek pačios KNP specializacijos programos šiose šalyse atitinka JAV ir Kanadoje egzistuojančius teisinius reikalavimus (Norup et al., 2017). Esminis skirtumas yra tas, jog Šiaurės šalyse neuropsichologijos specializacija yra klinikinis praktinis išsilavinimas, o ne akademinis laipsnis kaip JAV ir Kanadoje (Grote & Novitski, 2016).

Nors Šiaurės šalyse specializacijos trukmė ir turinys yra panašūs, yra ir nedidelių skirtumų (Norup et al., 2017). Pavyzdžiui, Danija yra vienintelė šalis, kurioje specializacijos programos skirstomos į vaikų ir suaugusiųjų neuropsichologiją. Specializacija suaugusiųjų neuropsichologijos srityje reikalauja penkerių metų praktinės darbo patirties trijose skirtingose srityse (neurologijos / neurochirurgijos, reabilitacijos ir psichiatrijos), vaikų srities specializacija reikalauja penkerių metų darbo praktikos, iš kurių trejų metų darbo patirtis turi būti klinikinės vaikų neuropsichologijos srityje. Suomijoje specialistui keliami reikalavimai yra ketverių metų neuropsichologijos praktika. Švedijoje privalomos KNP praktikos trukmė yra penkeri metai. Norvegijos specialistai taip pat turi turėti penkerių metų klinikinio psichologo darbo patirtį. Bent ketverius metus iš penkerių reikalaujama būti dirbus neuropsichologinį darbą, iš kurių mažiausiai dvejus metus privaloma dirbti neuropsichologu neurologijos, neurochirurgijos arba neuromobilizacijos srityse. Visose keturiose šalyse keliami specifiniai reikalavimai specialistų kursams, klinikinių supervizijų valandų skaičiui ir baigiamajam rašto darbui arba moksliniam pranešimui pasirinkta neuropsichologine tema (Norup et al., 2017). Skandinavijoje specialistų kursus organizuoja psichologų sąjungos, o Suomijoje neuropsichologijos praktika atliekama lygia greta einant tam tikrą universiteto programą. Nors šių universiteto programą galima pradėti tik pabaigus psichologijos studijas, ji tėra specializacijos dalis ir neatitinka daktaro laipsnio (Hokkanen et al., 2016).

Susipažinus su neuropsichologo veiklos pobūdžiu ir reikalavimais šiai profesijai kitose šalyse ir pripažinus, kad Lietuvoje nėra oficialiai pripažintų KNP specialistų, kyla klausimas: negi Lietuvos pacientai, kurių sutrikęs pažinimas, taip pat vaikai bei suaugusieji, sergantys neurologinėmis bei psichinėmis ligomis, negauna neuropsicho-

loginio įvertinimo, reabilitacijos ir kitokio poveikio paslaugų? Nėra abejonės, kad tokių neuropsichologinių paslaugų poreikis tam tikru mastu tenkinamas, o tas paslaugas teikia kitų specializacijų psichologai (ypač sveikatos, edukaciniai ir klinikiniai psichologai), taip pat gydytojai, specialieji pedagogai ir logopedai, o pastaraisiais metais vis daugiau šioje nišoje įsidarbina kinezi- ir ergoterapijos bakalaurų bei reabilitacijos magistrų. Lietuvoje skatintinas komandinio darbo praktikavimas, siekiant efektyvaus bendradarbiavimo bei tikslesnių rezultatų. Deja, koku laipsniu neuropsichologinių paslaugų poreikis tenkinamas ir kokia jų kokybė, niekas nevertina.

Svarstant KNP's diegimo ir plėtos klausimus Lietuvoje, būtina įsigilinti į Vakarų šalyse vykdomas klinikinių neuropsichologų rengimo programas. KNP's sėkmingai plėtojama Norvegijoje bei Šiaurės Amerikoje. Šių šalių KNP's specializacijos programų pavyzdinį turinį pateikėme lentelėje. Klinikinių neuropsichologų rengimo bendrieji reikalavimai JAV ir Kanadoje apibendrinti vadinamosios Hjustono konferencijos, kuri vyko 1997 m. rudenį, metu (Bieliauskas & Steinberg, 2003). Norvegijos psichologų asociacijos neuropsichologų rengimo bendrieji reikalavimai pateikti asociacijos puslapyje (Målbeskrivelse for det obligatoriske programmet i spesialiteten nevropsykologi, 2018). Matome, kad Norvegijos ir Šiaurės Amerikos specializacijos programų turinys yra panašus.

Teisinis profesijos reguliavimas ir licencijavimas

Lietuvoje dar nėra teisiškai reglamentuojamos psichologijos specializacijos, išskyrus pedagoginę psichologiją (Bagdonas, 2018). Teisinis KNP's profesijos reguliavimas yra svarbus dėl keleto priežasčių. Teisinio reguliavimo pranašumas yra kokybiškų paslaugų pacientams užtikrinimas (European Commission, 2016). Bendrų sveikatos paslaugas reguliuojančių teisės aktų ir etikos kodeksų, įskaitant ir psichologo paslaugų reguliavimą (žr. <http://ethics.efpa.eu/guidelines>), tikslas yra užtikrinti, kad specialistai teiktų paslaugas pagal savo kompetenciją. Teisinis psichologo ir klinikinio neuropsichologo ar kitų psichologijos sričių profesijų reguliavimas užtikrintų paslaugų teikimą pagal kompetenciją. Psichologijos srities specialistų registrai padėtų pacientams susirasti tinkamai išsilavinusių specialistų. Tai taip pat reikštų, kad specialistai turėtų paklusti įstatymams ir etikos principams, kaip, pavyzdžiui, informacijos suteikimas, dokumentacija ir konfidencialumas. Apibendrinant galima teigti, kad teisinio reguliavimo nauda yra KNP's profesijos įteisinimas, vedantis prie profesijos pripažinimo sveikatos srityje ir visuomenėje (Hokkanen et al., 2019).

JAV bei Kanadoje KNP's specializaciją pripažįsta Amerikos psichologų ir Kanados psichologų asociacijos. Licenciją išduoda Amerikos KNP's komisija tik pabaigus dvejų metų podoktorantūros studijas. Licencijuoti klinikiniai neuropsichologai tampa nepriklausomais KNP's ir psichologijos sričių sveikatos paslaugų teikėjais (NAN definition of a clinical neuropsychologist, 2001; Bieliauskas & Mark, 2018).

Dauguma Europos šalių psichologijos profesiją reguliuoja, tačiau skirtingų psichologijos specializacijos krypčių reguliavimas Europos šalyse gerokai skiriasi (European Commission, 2016). Hokkanen ir kolegų (2018) atlikto Europos valstybių neuropsichologijos specializacijos modelių tyrimo rezultatai rodo, jog klinikinio neuropsichologo profesija

buvo teisiškai apsaugota tik penkiose šalyse (17 %), ir tik trijose iš 30-ies apklaustų šalių (Austrijoje, Lichtenšteine ir Olandijoje) tiek neuropsichologo profesija, tiek neuropsichologo praktinė veikla buvo reguliuojamos teisiškai. Norint praktikuoti KNP, 10-yje (34 %) apklaustų šalių buvo reikalaujama licencijų, išduotų vietinės psichologų sąjungos, specialistų tarybos ar kitų įgaliotų institucijų. 13-oje (45 %) šalių buvo būtinas KNP srities teisinis reguliavimas arba licencijavimas, atliekamas atsakingų vietinių institucijų (Hokkanen et al., 2019). O štai psichologo profesija buvo teisiškai reguliuojama net 25-iose (86 %) valstybėse. Psichologų veiklą reguliuojantis organas 18-oje (64 %) šalių buvo Sveikatos ministerija (arba viena, arba drauge su kitomis ministerijomis), 6-iose (21 %) šalyse – Socialinių reikalų ministerija ir likusiose 6-iose šalyse – Švietimo ir mokslo ministerija (Hokkanen et al., 2019). Psichologijos išsilavinimo standartai Europoje buvo pasiūlyti EFPA tam, kad būtų galima palyginti akademinį ir klinikinį psichologų išsilavinimą Europos valstybėse (EuroPsy – the European Certificate in Psychology, 2017).

Apibendrinimas

KNPs specialybės ir specializacijos ypatumų apžvalga yra svarbi ne tik kokybiškų paslaugų užtikrinimui šalyse, kuriose neuropsichologijos specializacija jau yra, bet ir norint įvertinti šios specializacijos poreikį bei galimybes šalyse, kuriose jos dar nėra, įskaitant ir Lietuvą.

JAV ir Kanadoje klinikinės neuropsichologijos specializacija skiriasi nuo specializacijos modelių daugelyje Europoje šalių. Nors specializacijos metu įgyjamos teorinės bei praktinės žinios yra panašios tiek Europoje, tiek Šiaurės Amerikoje, esminis skirtumas yra Šiaurės Amerikoje keliami reikalavimai akademiniam laipsniui (doktorantūrai ir podoktorantūrai) (Hessen et al., 2018).

Šiuo metu yra mėginama standartizuoti KNP specializaciją Europoje (Hokkanen et al., 2019). Remiantis Hokkaneno ir kolegų atlikto tyrimo duomenimis, galima teigti, jog KNP specializacija turėtų būti įgyjama mažiausiai penkerius metus studijavus psichologiją ir atlikus mažiausiai vienerių metų supervizuojamą praktiką. Pagrindiniai specializacijos elementai turėtų būti šie: teorinės studijos, supervizuojama praktika bei mokslinio darbo patirtis, o tai užtruktų keletą metų (Hokkanen et al., 2019). Specializacijos kursai bei atlikta praktika turėtų būti pripažinti įgaliotų vietinių asociacijų ar institucijų, kad būtų užtikrinta specializacijos kokybė (EuroPsy – the European Certificate in Psychology, 2017).

Nors dauguma Europos šalių psichologo profesiją reguliuoja, klinikinio neuropsichologo profesija vienose Europos šalyse yra visiškai teisiškai reguliuojama, o kitose visai nereguluojama. Todėl kai kuriose šalyse neuropsichologines paslaugas gali teikti tik klinikiniai neuropsichologai, o kitose šalyse neuropsichologine veikla gali užsiimti ir kitų specialybių atstovai. Kadangi teisinis klinikinio neuropsichologo profesijos reguliavimas egzistuoja nedaugelyje šalių, o specializacijos modeliai skiriasi, klinikinį neuropsichologų kompetencija Europoje taip pat smarkiai skiriasi, o jų galimybės dirbti kitose Europos šalyse yra ribotos. Būtina pagrindinių specializacijos reikalavimų Europoje standartizacija (Hokkanen et al., 2019).

Ar, bandydama kurti KNP specializacijos modelį (studijų programą), Lietuva galėtų imti pavyzdį iš kitų šalių? Galbūt Šiaurės Amerikoje arba Skandinavijos šalyse išplėtotus ir gerai funkcionuojančius KNP specializacijos modelius būtų galima pritaikyti Lietuvai? Reikėtų įvertinti, ar Lietuvos psichologų sąjunga, imdama pavyzdį iš kitų šalių, būtų pajėgi priimti atsakomybę už specializacijos mokslų rengimą, ar to turėtų imtis universitetai, rengiantys psichologus. Pastaruoju atveju reikėtų įvertinti ir Suomijoje bei Šiaurės Amerikoje naudojamų universitetinių programų (Hokkanen et al., 2016) tinkamumą Lietuvai. Diskusija apie KNP galimybes Lietuvoje galėtų vykti konferencijos, kurioje dalyvautų Lietuvos ir užsienio neuropsichologijos atstovai bei Lietuvos psichologų sąjunga, metu. Sveikatos apsaugos ministerija ir kitos susijusios institucijos turėtų būti supažindintos su neuropsichologijos raidos klausimu, kad galėtų tą klausimą atitinkamai spręsti.

Psichologo profesijos mokymas Lietuvoje atitinka tarptautinius reikalavimus, tik Lietuvoje per trumpa profesinės veiklos praktika, ribojanti Lietuvos psichologų galimybę dirbti kitose Europos šalyse (*EuroPsy – the European Certificate in Psychology*, 2017). Lietuvos švietimo sistemoje teisė savarankiškai dirbuotis suteikiama tik psichologui, įgijusiam magistro laipsnį ar gavusiam penkerių metų vientisųjų studijų baigimo diplomą. Bakalauro laipsnį turinčiam psichologui leidžiama dirbti tik psichologo padėjėju (asistentu) (Bagdonas, 2018). Vis dėlto *EuroPsy* licencija reikalauja mažiausiai penkerių metų akademinio išsilavinimo ir mažiausiai vienerių metų sėkmingai atliktos supervizuojamos praktikos (*EuroPsy – the European Certificate in Psychology*, 2017).

Dvejų metų klinikinės neuropsichologijos magistrantūros studijų metu Lietuvos studentai galėtų įgyti klinikinio neuropsichologo specializacijai reikalingų žinių, tačiau dar reikėtų papildomos nustatytos trukmės supervizuojamos neuropsichologinės praktikos. Skandinavijoje ir Šiaurės Amerikoje reikalaujama, kad teorinės neuropsichologijos žinios būtų įgyjamos lygia greta su supervizuojama neuropsichologine praktika. Baigusieji klinikinės, sveikatos ar net vaiko psichologijos magistrantūrą Lietuvoje KNP specializaciją galėtų įgyti pouniversitetinių studijų metu. Daktaro laipsnis neuropsichologijos praktikai pagal susiklosčiusią tradiciją Europoje beveik netaikomas. Lietuvoje tokios tradicijos, turint omenyje kitas psichologijos specializacijas, taip pat nėra, vadinasi, daktaro laipsnis nėra būtinas ir KNP specializacijai.

Daugelyje Europos šalių, tarp jų ir Skandinavijos šalyse, prieš pradėdant psichologijos specializaciją, yra privaloma turėti psichologo, galinčio dirbti sveikatos srityje, licenciją. Pavyzdžiui, Norvegijoje tokia licencija išduodama iškart po vientisųjų šešerių metų trukmės klinikinės psichologijos studijų, atitinkančių *EuroPsy* reikalavimus. Tik tada galima pasirinkti tolesnę specializaciją, truncančią dar penkerius metus (pavyzdžiui, klinikinė vaikų psichologija, klinikinė suaugusiųjų psichologija, gerontopsichologija, klinikinė neuropsichologija). JAV be psichologo licencijos neleidžiama laikyti neuropsichologijos specializacijos egzaminų. Lietuvoje psichologų licencijavimas dar nėra įgyvendintas. Neseniai išleistame straipsnyje (Bagdonas, 2018) probleminama, kad Lietuva reglamentuoja ne psichologo profesiją, o tik mokyklos psichologo profesiją. Jokios kitos psichologijos srities specializacijos formaliai nėra reglamentuojamos. Pagal Lietuvos Respublikos ūkio ministerijos (2018) pateiktą apibrėžimą, reglamentuojama profesija yra „profesinės veiklos

rūšis arba profesinės veiklos rūšių grupė, kuriomis užsiimant (arba užsiimant vienu iš jos būdų) pagal teisės aktus tiesiogiai ar netiesiogiai reikalaujama turėti tam tikrą kvalifikaciją“ (Lietuvos Respublikos ūkio ministerija, 2018). Kadangi yra Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtinta medicinos psichologo medicinos norma (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2018), tokia specializacija irgi tapo valstybės reguliuojama. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymo (2018) ketvirtame punkte rašoma, kad medicinos psichologo profesinę kvalifikaciją įgijusiais laikomi asmenys, „baigę universitetinę psichologijos bakalauro studijų programą arba išlyginamąsias psichologijos studijas ir sveikatos psichologijos ar klinikinės psichologijos magistro studijų programą“. Siekiant įgyvendinti baigtinį psichologo profesijos reglamentavimą, būtina reglamentuojamų profesijų specialistus licencijuoti. Tai daro arba valstybės institucijos, arba profesijos asociacijos. Lietuvoje yra parengtas, tačiau dar nepriimtas *Psichologo praktinės veiklos įstatymas*, kuris suteiktų psichologo veiklos teisinį pagrindimą ir nustatytų profesijos kompetencijos ribas. Įstatymas paskatintų ir licencijavimo praktiką (Bagdonas, 2018). Neseniai išleistame straipsnyje pateikta dabartinio teisinio profesijos statuso apžvalga Europos šalyse, atkreipiant dėmesį į Lietuvą (Karayianni, 2018). Jame pagrindžiama ir teisinio statuso bei profesijos pripažinimo svarba.

KNPs specializacijos raida sparčiausiai vyksta šalyse, kuriose sveikatos priežiūros sistema yra aukšto lygio. Kai kuriose šalyse psichologai ir neuropsichologai turi patarėjo vaidmenį, o kitose šalyse psichologai savarankiškai užsiima diagnostika ir gydymu (Hessen et al., 2018). Kiekvienos profesijos vaidmuo ir atsakomybės sritys sveikatos sistemoje atsirado palaipsniui (Hessen et al., 2018), todėl labai sunku susiklosčiusias hierarchijas pakeisti. Neseniai atliktos Europos šalių apklausos rezultatai rodo, jog 43 % šalių neuropsichologo pareigos tėra atlikti neuropsichologinį įvertinimą (Hokkanen et al., 2019). Galima daryti išvadą, kad 43 % šalių intervencija užsiima ne neuropsichologai, o kitų specialybių atstovai. Toks požiūris kritikuojamas valstybių, kuriose KNPs specialybė egzistuoja seniai. Juk nėra taip, kad gydytojas ištiria pacientą, o kitų specialybių atstovai imasi tą pacientą gydyti. Tad ir neuropsichologas, geriausiai suprantantis neuropsichologinio įvertinimo rezultatus ir jų reikšmę paciento funkcionavimui, turėtų aktyviai dalyvauti paciento gydyme / intervencijoje.

Gydytojų ir psichologijos specialistų santykiai šalyse, kuriose psichologijos specialistai pakankamai kompetentingi, yra lygiaverčiai. Klinikinio neuropsichologo lavinimosi trukmė yra ilgesnė Europos šalyse, kuriose neuropsichologai savarankiškai užsiima gydymu arba reabilitacija, palyginti su šalimis, kuriose neuropsichologai yra priklausomi nuo gydytojų (Hokkanen et al., 2019; Norup et al., 2017). Skandinavijos šalyse bendra klinikinio neuropsichologo, neurologo, psichiatro, geriatro ir pediatro lavinimosi trukmė skiriasi nedaug. Norvegijoje psichologijos sričių specialistų lavinimosi trukmė yra 11 m., kuriuos sudaro šešerių metų vientisosios psichologijos studijos ir penkerių metų specializacija, o gydytojų specialistų – 12,5, įskaitant šešerių metų medicinos studijas, pusantrų metų internatūrą ir penkerių metų specializaciją. JAV įvedus licencijavimą po dvejų metų podoktorantūros studijų, išsilavinimo trukmės reikalavimai pradėjo atitikti medicinos specialistų lavinimosi trukmę (Bieliauskas & Mark, 2018).

Analizuojant gydytojo neurologo medicinos normos įsakymą pažymėtina, kad 2005 m. patvirtintame Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakyme (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2005) rašoma, jog gydytojas neurologas turi gebėti atlikti protinės būklės vertinimo testus. 2019 m. pataisytoje versijoje (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras, 2019) prie gydytojų neurologų kompetencijos atsirado naujų funkcijų, bet gebėjimo atlikti protinės būklės vertinimo testus nebėra. Tačiau nurodoma, kad gydytojas neurologas privalo (kaip ir kiti specialistai) „sugebėti bendradarbiauti su sveikatos priežiūros ir kitais specialistais, dalyvaujančiais atliekant tyrimo, diagnostikos ir gydymo veiksmus, būti daugiadalykės specialistų komandos nariu“. Atnaujinta norma atspindi, kad vis labiau didėja komandinio darbo poreikis. Remiantis pirmiau aptartų šalių patirtimi, organizuojant daugiau bendrų aptarimų, specialistams dalijantis savo įdirbiu, turėtų būti pasiekta tikslesnė diagnozė ir suteiktas visapusiškesnis gydymas. Kita svarbi priežastis – laiko sąnaudos, materialūs ir nematerialūs ištekliai, kai pacientas gauna ne tik aiškesnę, bet ir greitesnę diagnozę. Tiksliai koordinuojant paciento ištyrimą, mažinamas vizitų kiekis. Taip sutaupoma ne tik medicinos personalo, pacientų, bet ir jų artimųjų laiko. Pacientų, ypač sergančių ligomis, pažeidžiančiomis pažintines funkcijas, artimieji Lietuvoje yra intensyviai įtraukiami į pacientų ištyrimo logistiką.

Tolesnė KNP plėtra Lietuvoje turi būti: 1) grįsta čia pristatyta ir papildomai išanalizuota kitų šalių patirtimi; 2) derėti su Vakarų šalyse susiklosčiusiu KNP ir kitų psichologijos specializacijų kompetencijų stiprinimu pouniversitetinių studijų ir supervizuojamos praktikos metu; 3) derėti su Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos ir specialistų teisiniu reguliavimu; 4) derėti su formaliojo ir neformaliojo universitetinio profesinio rengimo tradicija ir teisiniu reguliavimu. Galimos kelios klinikinių neuropsichologų rengimo Lietuvoje alternatyvos:

- 1) Pouniversitetinės KNP studijos ir nustatytos trukmės supervizuojama praktika.
- 2) Klinikinio neuropsichologo kompetencijos įgyjamos organizavus magistrantūros pakopos KNP studijas (tai būtų dar viena psichologijos specializacijų), vėlgi papildytą supervizuojamą praktiką (kitoms psichologijos specializacijoms ji yra tik apie pusę metų, Vakarų šalyse ir *EuroPsy* reikalavimu – turėtų būti ne trumpesnė kaip vienerių metų).
- 3) KNP rezidentūros studijos (savo forma panašios į medicinos rezidentūros studijas).
- 4) Neformaliojo švietimo pobūdžio universitetinio lygmens studijos (KNPs kompetencijas ugdančių dalykų ir praktikos derinys su nustatytos trukmės supervizuojama praktika).

Nesvarbu, kuri (ar kurios) iš išvardytų alternatyvų bus pasirinktos, psichikos, elgesio ir smegenų mechanizmų sąsajų studijos ir tyrimai XXI a. plėtosis dar sparčiau negu iki šiol. Ši KNP ir jos plėtros Lietuvoje pristatymą norėtųsi baigti optimistine deklaracija, kurią daugiau kaip prieš dešimtmetį savo glaustoje neuropsichologijos istorijos apžvalgoje išsakė Bentonas ir Sivanas: „Neuropsichologijos ateitis turėtų būti labai šviesi“ (Benton & Sivan, 2007). Tikėkimės, kad šios psichologijos šakos taikomasis aspektas – KNP turi geras perspektyvas ir Lietuvoje. Klinikinių neuropsichologų paslaugų laukia sveikatos priežiūros įstaigos, asmens psichologinio įvertinimo, teismo ekspertizės, darbingumo, neįgalumo ir specialiųjų poreikių nustatymo tarnybos, reabilitacijos ir specialiojo ugdymo centrai.

Literatūra

- Andelic, N., Bautz-Holter, E., Ronning, P., Olafsen, K., Sigurdardottir, S., Schanke, A. K., ..., Roe, C. (2012). Does an early onset and continuous chain of rehabilitation improve the long-term functional outcome of patients with severe traumatic brain injury? *J Neurotrauma*, *29* (1), 66–74. <https://doi.org/10.1089/neu.2011.1811>
- Bagdonas, A. (2018). Psichologijos institucionalizacija Lietuvoje: žvilgsnis iš valstybės 100-mečio perspektyvos. *Psichologija*, *58*, 7–37. <https://doi.org/10.15388/psichol.2018.1>
- Benton, A. L., & Sivan, A. B. (2007). Clinical neuropsychology: A brief history. *Disease-A-Month*, *53* (3), 142–147. <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2007.04.003>
- Bieliauskas, L. A., & Mark, E. (2018). Specialty Training in Clinical Neuropsychology: History and Update of Current Issues. In J. Morgan, J. Ricker (Eds., 2nd Ed.), *Textbook of Clinical Neuropsychology* (pp. 14–21). New York: Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781315271743-2>
- Bieliauskas, L. A., & Steinberg, B. A. (2003). The Evolution of Training in Clinical Neuropsychology: From Hodgepodge to Houston. In G. Lamberty, J. C. Courtney, R. L. Heilbronner (Eds.), *The Practice of Neuropsychology* (pp. 17–30). Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Egeland, J., Lovstad, 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. *Clin Neuropsychol*, *30* (sup1), 1479–1500. <https://doi.org/10.1080/13854046.2016.1237675>
- Engberg, A. W. (2007). A Danish national strategy for treatment and rehabilitation after acquired brain injury. *J Head Trauma Rehabil*, *22* (4), 221–228. <https://doi.org/10.1097/01.htr.0000281837.62226.54>
- European Commission (2016). Mutual evaluation of regulated professions – overview of the regulatory framework in the health services sector – psychologists and related professions. Paimta iš <https://ec.europa.eu/docsroom/documents/16683>
- EuroPsy – the European Certificate in Psychology (2017). Paimta iš <https://www.europsy-efpa.eu/regulations>
- Goodall, J., Fisher, C., Hetrick, S., Phillips, L., Parrish, E. M., & Allott, K. (2018). Neurocognitive functioning in depressed young people: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev*, *28* (2), 216–231. <https://doi.org/10.1007/s11065-018-9373-9>
- Grambaite, R., Hessen, E., Auning, E., Aarsland, D., Selnes, P., & Fladby, T. (2013). Correlates of subjective and mild cognitive impairment: Depressive symptoms and CSF biomarkers. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*, *3* (1), 291–300. <https://doi.org/10.1159/000354188>
- Grambaitė, R. ir Sargautytė, R. (2005). Kognityvinio funkcionavimo ir depresiško ryšys sergant išsėtine skleroze: trumpo daugiakarčio neuropsichologinio testų rinkinio taikymas Lietuvoje. *Psichologija*, *32*, 74–86. <https://doi.org/10.15388/psichol.2005.4326>
- Grambaite, R., Sundby, J., Lundervold, A. J., Solbakk, A.-K., Hessen, E., Olsen, A., & Weider, S. (2018). Undervisning i klinisk nevropsykologi på profesjonsstudiene i Norge. *Nevropsykologi*, *1*, 14–27.
- Grote, C. L. (2016). Prologue to special issue of ‘International Perspectives on Education, Training and Practice in Clinical Neuropsychology’. *Clin Neuropsychol*, *30* (8), 1151–1153. <https://doi.org/10.1080/13854046.2016.1218549>
- Grote, C. L., & Novitski, J. I. (2016). International perspectives on education, training, and practice in clinical neuropsychology: Comparison across 14 countries around the world. *Clin Neuropsychol*, *30* (8), 1380–1388. <https://doi.org/10.1080/13854046.2016.1235727>
- Group, G. B. D. N. D. C. (2017). Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Neurol*, *16* (11), 877–897. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30299-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30299-5)
- Hannay, H. J., Bieliauskas, L. A., Crosson, B. A., Hammeke, T. A., Hamsher, K. de S., & Koffler, S. (1998) (Eds.). Special Issue: Proceedings of the Houston Conference on Specialty Education and Training in Clinical Neuropsychology. *Arch. Clin. Neuropsychol*, *13* (2).
- Hessen, E., Hokkanen, L., Ponsford, J., van Zandvoort, M., Watts, A., Evans, J., & Haaland, K. Y. (2018). Core competencies in clinical neuropsychology training across the world. *Clin Neuropsychol*, *32* (4), 642–656. <https://doi.org/10.1080/13854046.2017.1413210>

Hokkanen, L., Lettner, S., Barbosa, F., Constantinou, M., Harper, L., Kasten, E., ..., Hessen, E. (2019). Training models and status of clinical neuropsychologists in Europe: Results of a survey on 30 countries. *Clin Neuropsychol*, 33 (1), 32–56. <https://doi.org/10.1080/13854046.2018.1484169>

Hokkanen, L., Nybo, T., & Poutiainen, E. (2016). Neuropsychology in Finland – over 30 years of systematically trained clinical practice. *Clin Neuropsychol*, 30 (8), 1214–1235. <https://doi.org/10.1080/13854046.2016.1196733>

Karayianni, E. (2018). A European perspective on regulating psychology: A review of the European Commission's mutual evaluation of regulated professions. *Psichologija*, 58, 125–134. <https://doi.org/10.15388/psichol.2018.7>

Kostyanaya, M. I., & Rossouw, P. (2013). Alexander Luria – life, research and contribution to neuroscience. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 1 (2), 47–55. <https://doi.org/10.12744/ijnpt.2013.0047-0055>

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras (2019). 2019 m. kovo 21 d. įsakymas Nr. V-339 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 115:2019 „Gydytojas neurologas“ patvirtinimo“.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras (2018). 2018 m. gegužės 30 d. įsakymas Nr. V-627 „Dėl Lietuvos medicinos normos „Medicinos psichologas“ patvirtinimo“.

Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministras (2015). 2015 m. rugpjūčio 27 d. įsakymas Nr. v-923 „Dėl psichologijos studijų krypties aprašo patvirtinimo“.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras (2005). 2005 m. balandžio 22 d. įsakymas Nr. V-279 „Dėl Lietuvos medicinos normos 115:2005 „Gydytojas neurologas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“.

Lietuvos Respublikos ūkio ministerija (2018). Paimta iš <https://www.verslilietuva.lt/profesijos/mokyklos-psichologas-school-psychologist-direktiva-2005-36-eb/>

Lurija, A. R. (1966 a). XVIII međžunarodnyj psichologičeskij kongress: Moskva, avgust 1966 g. *Voprosy psichologii*, 2, 3–13.

Luria, A. R. (1966 b). XVIII International Congress of Psychology. *American Psychologist*, 21 (7), 747–753. <https://doi.org/10.1037/h0021261>

Målbeskrivelse for det obligatoriske programmet i spesialiteten nevropsykologi. (2018). Paimta iš <https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning/spesialistutdanningen/spesialitetene-i-psykologi/maalbeskrivelser-for-spesialitetene-i-psykologi-ny-ordning/nevropsykologi>

Matre, M., Løvstad, M., Egeland, J., Hessen, E., & Schanke, A.-K. (2018). Historiske røtter, fagets utvikling og veien videre – en samtale mellom pionerer i norsk nevropsykologi. *Nevropsykologi*, 1, 4–12.

NAN definition of a clinical neuropsychologist (2001). Paimta iš <https://www.nanonline.org/docs/paic/pdfs/nanpositionofneuro.pdf>

Norup, A., Egeland, J., Lovstad, M., Nybo, T., Persson, B. A., Rivera, D., ..., Arango-Lasprilla, J. C. (2017). Education, training, and practice among nordic neuropsychologists. Results from a professional practices survey. *Clin Neuropsychol*, 31 (sup1), 20–41. <https://doi.org/10.1080/13854046.2017.1291857>

Olabarrieta-Landa, L., Caracuel, A., Perez-Garcia, M., Panyavin, I., Morlett-Paredes, A., & Arango-Lasprilla, J. C. (2016). The profession of neuropsychology in Spain: Results of a national survey. *Clin Neuropsychol*, 30 (8), 1335–1355. <https://doi.org/10.1080/13854046.2016.1183049>

Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Dua, T., ..., Group, D. M. A. (2016). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: Key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet*, 387 (10028), 1672–1685. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00390-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00390-6)

Puente, A. E. (1989). Historical Perspectives in the Development of Neuropsychology as a Professional Psychological Specialty. C. R. Reynolds, E. Fletcher-Janzen (Eds.), *Handbook of Child Clinical Psychology* (pp. 3–16). New York: Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-6807-4_1

Sweet, J. J., Benson, L. M., Nelson, N. W., & Moberg, P. J. (2015). The American Academy of Clinical Neuropsychology, National Academy of Neuropsychology, and Society for Clinical Neuropsychology (APA Division 40) 2015 TCN Professional Practice and ‘Salary Survey’: Professional practices, beliefs, and incomes of U.S. neuropsychologists. *Clin Neuropsychol*, 29 (8), 1069–1162. <https://doi.org/10.1080/13854046.2016.1140228>

The European Higher Education Area in 2018: Bologna Process Implementation Report (2018). Paimta iš https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/european-higher-education-area-2018-bologna-process-implementation-report_en; <https://doi.org/10.5944/reec.20.2012.7612>

The Houston Conference on Specialty Education and Training in Clinical Neuropsychology (1997). Paimta iš <https://academic.oup.com/acn/article-abstract/13/2/160/1745>

Ueland, T., Oie, M., Landro, N. I., & Rund, B. R. (2004). Cognitive functioning in adolescents with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Res*, *126* (3), 229–239. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.02.014>

Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V., & Vos, T. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: An analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS ONE*, *10* (2), e0116820. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116820>