



Yfirlit yfir sálfélagslegar meðferðir við geðklofa

Jón Rúnar Gíslason

**Lokaverkefni til BS-gráðu
Sálfræðideild
Heilbrigðisvísindasvið**



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Yfirlit yfir sálfélagslegar meðferðir við geðklofa

Jón Rúnar Gíslason

Lokaverkefni til BS-gráðu í sálfræði

Leiðbeinandi: Ingunn Hansdóttir

Sálfræðideild

Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands

Júní 2012

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BS gráðu í sálfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.

© Jón Rúnar Gíslason 2012

Prentun: Háskólaprent ehf.
Reykjavík, Ísland, 2012

Þakkarorð

Ég vil nota hér tækifærið og þakka leiðbeinanda mínum, Ingunni Hansdóttur lektor í sálfræði við Háskóla Íslands, fyrir alla þá aðstoð sem hún hefur veitt mér við skrif þessarar ritgerðar. Einnig vil ég þakka fjölskyldu minni fyrir veittan stuðning, hvatningu og hjálp við gerð og yfirllestur ritgerðarinnar sem og í námi mínu öllu.

Útdráttur

Lyfjagjöf er í dag stöðluð meðferð við geðklofa, en þrátt fyrir að hún hafi reynst árangursrík gagnvart sumum einkennum sjúkdómsins hefur hún reynst árangurslítil gagnvart öðrum. Einnig veitir lyfjagjöf, ein og sér, aðeins takmarkaðan árangur sé litið til félagslegrar virkni og lífshamingju. Tilgangur verkefnisins er að skoða hvaða sálfélagslegu meðferðir standa einstaklingum með geðklofa til boða og hvaða meðferð hentar mismunandi sjúklingum. Til að nálgast viðfangsefnið eru sjö útgáfur af sálfélagslegum meðferðum teknar til nánari skoðunar að teknu tilliti til núverandi þekkingar með tilvísun í niðurstöður rannsókna, en ótal rannsóknir hafa verið gerðar á árangri þessara inngripa við geðklofa. Hér verður leitast við að varpa með skýrum hætti ljósi á hvað í mismunandi meðferð felst og hvaða árangur þær hafa borið, meðal annars með tilliti til einkenna sjúkdómsins, endurinnlagna á stofnanir, félagslegrar virkni og lífsgæða. Draga má þá ályktun af skrifunum að sálfélagslegar meðferðir séu árangursrík inngrip sem ættu að haldast í hendur við lyfjagjöf sjúklinganna. Samt sem áður eru þessar meðferðir ólíkar og tilgangur þeirra gagnvart sjúkdómseinkennum misjafn. Í ljósi þess er mikilvægt að hver og einn fái þá meðferð sem honum hentar og er líklegust til að bera árangur.

Lykilorð: Geðklofi, sálfélagslegar meðferðir, geðrofseinkenni og bati.

Abstract

Pharmacotherapy is currently the standard treatment for schizophrenia, but even though it can effectively improve some clinical symptoms, it has less effect on others. Pharmacotherapy alone also tends to produce only limited improvement in social functioning and quality of life. The main purpose of this thesis is to examine the psychosocial treatments that are available for individuals with schizophrenia and determine what types of treatment suit different patients. To approach the subject, seven types of psychosocial treatments will be examined in terms of what is already known about them. This examination will rely on known research results, as many studies have been conducted on the effectiveness of these interventions for schizophrenia. The psychosocial treatments are explained in detail and their progress reviewed in terms of for example symptoms of the disease, re-admissions to institutions, social functioning and quality of life. It can be inferred that psychosocial treatments are an effective intervention that should go hand in hand with the patients' pharmacotherapy. However, these treatments are different and can be used in different ways to affect the patients' clinical symptoms, thus increasing the possibility that everyone receives suitable treatment that is likely to prove successful.

Keywords: Schizophrenia, psychosocial treatments, psychotic symptoms and recovery.

Efnisyfirlit

Þakkarorð	i
Útdráttur	ii
Abstract	iii
Efnisyfirlit	iv
1. Inngangur	1
2. Fræðileg umfjöllun	2
2.1 Hvað er geðklofi?	2
2.1.1 Sögulegt yfirlit og einkenni.....	2
2.1.2 Greining og undirflokkar.	4
2.1.3 Algengi, kynjamunur og upphaf einkenna.....	6
2.1.4 Eru einstaklingar með geðklofa ofbeldisfullir?.....	7
2.1.5 Orsakavaldar.	8
2.1.6 Meðferð.....	9
2.2 Sálfélagslegar meðferðir við geðklofa.....	12
2.2.1 Hugræn atferlismeðferð	12
2.2.2 Félagsfærniþjálfun	20
2.2.3 Sjálfshjálparhópar	25
2.2.4 Samþætting geðklofa- og vímuefna meðferðar.....	28
2.2.5 Hugræn þjálfun	32
2.2.6 Fjölskylduinngrip	37
2.2.7 Virk samfélagshjálp	42
3. Umræður.....	46
4. Lokaorð	54
Heimildaskrá:	55

1. Inngangur

Geðklofi er alvarlegur geðsjúkdómur sem einkennist af geðrofi, sinnuleysi, félagslegri einangrun og hugrænni skerðingu. Þessir þættir valda því að hæfni einstaklinga með geðklofa skerðist á nær öllum sviðum daglegs lífs, þar á meðal vinnu, skóla, sjálfsumhirðu, hæfni til mannlegra samskipta og að hugsa um fjölskyldu sína og heimili (Mueser og McGurk, 2004).

Þrátt fyrir að lyfjameðferðir hafi reynst einstaklingum með geðklofa mikilvægar til að draga úr geðrofseinkennum eins og ofskynjunum, ranghugmyndum og hugsanatrufnunum þá hafa þær ekki sýnt góðan árangur gagnvart öðrum einkennum sjúkdómsins eins og félagslegri einangrun og erfiðleikum í mannlegum samskiptum. Flestar sálfélagslegar meðferðir hafa það að markmiði að sjúklingar bæti félagslega virkni sína og þeir hljóti kennslu og þjálfun til að takast á við umhverfi sitt á uppbyggjandi hátt (Kern, Glynn, Horan og Marder, 2009). Þær sálfélagslegu meðferðir sem kastljósinu verður beint að hér eru; hugræn atferlismeðferð (*cognitive behavioral therapy*), félagsfærniþjálfun (*social skills training*), sjálfshjálparhópar (*self-help groups*), samþætting geðklofa- og vímuefnameðferðar (*integrated treatment for co-occurring substance abuse*), hugræn þjálfun (*cognitive training*), fjölskylduinngrip (*family intervention*) og virk samfélagshjálp (*assertive community treatment programs*). Þegar einstaklingur með geðklofa hefur fengið fræðslu um sjúkdóminn sem hann glímir við og þær meðferðir sem standa honum til boða, getur hann tekið upplýsta ákvörðun um heilsu sína í samráði við sérfræðinga. Megintilgangur þessara skrifa er að fara ofan í kjölinn á þessum meðferðum, vita um hvað þær snúast og skoða hvað rannsóknir hafa sýnt fram á.

2. Fræðileg umfjöllun

2.1 Hvað er geðklofi?

2.1.1 Sögulegt yfirlit og einkenni.

Þó 21. öldin sé vel af stað komin þá reynist einn algengasti og alvarlegasti geðsjúkdómur mannkyns, geðklofi, enn ráðgáta á margan hátt. Þrátt fyrir að heiti sjúkdómsins sé innan við 100 ára gamalt þá hefur meinsemdin að öllum líkindum fylgt mannkyninu frá upphafi. Fyrr á öldum var vitneskja um geðsjúkdóma, þar á meðal geðklofa, afar takmörkuð. Þeir sem þjáðust af geðsjúkdómum og sýndu af sér afbrigðilega hegðun voru taldir andsettir illum öndum og miskunnarlaust teknir af lífi. Þýski geðlæknirinn Emil Kraepelin varð fyrstur til að skilgreina sjúkdóminn árið 1887 og nefndi hann *dementia preacox*, sem þýðir vitræn skerðing fyrir aldur fram. Það var síðan árið 1911 að Eugen Bleuler, svissneskur geðlæknir, notaði orðið geðklofi (*schizophrenia*) í fyrsta sinn og hefur það heiti verið notað æ síðan. Hugtakið *Schizophrenia* er af grískum ættum komið þar sem *schizo* þýðir klofinn og *phrene* þýðir hugur (Kyziridis, 2005).

Í bók Henry R. Rollin, *Coping with Schizophrenia* (1980), lýsir einstaklingur með geðklofa hvað sjúkdómurinn merkir í hans huga: “Hann þýðir þreyta og ruglingur. Hann þýðir tilraunir til að flokka hverja einustu upplifun sem annað hvort raunverulega eða óraunverulega og stundum vita ekki hvenær þessir tveir heimar skarast. Hann þýðir að reyna að hugsa skýrt á meðan ógrynni upplifana eiga sér stað og þegar hugsanir eru stöðugt sogaðar út úr höfðinu á manni þannig að öll tjáskipti verða vandræðaleg. Hann þýðir að líða stundum eins og maður sé staddur inni í sínu eigin höfði og horfi á sjálfan sig ganga yfir heilann á sér, eða horfi á aðra manneskju sem klæðist manns eigin fötum framkvæma hreyfingar eins og maður hugsar þær. Hann þýðir að það er stöðugt fylgst með manni, að maður geti aldrei afrekað neitt í lífinu því öll lög beinast gegn manni og yfir hvílir vitneskjan um að eigin tortíming sé aldrei langt undan.“

Einkennum geðklofa er hægt að skipta í 3 flokka; jákvæð einkenni, neikvæð einkenni og hugræn einkenni. Ranghugmyndir, ofskynjanir, raskanir hugsana og hreyfiraskanir eru allt dæmi um jákvæð einkenni. Fólki með jákvæð einkenni missir oft tengslin við veruleikann. Einkennin koma í lotum, af mismiklum þunga og hafa mismikil áhrif á einstaklinginn. Ranghugmyndir eru hugsanir sem eiga sér enga stoð í raunveruleikanum. Einstaklingurinn trúir ranghugmyndum sínum þrátt fyrir að aðrir sanni fyrir þeim að þær séu rangar og fjarstæðukenndar. Þær geta verið margvíslegar eins og að aðrir séu að stjórna þeim, fjölmiðlar séu ýmist að senda þeim sérstök skilaboð eða að uppljóstra hugsunum þeirra, eða að þau séu eitthvað allt annað en þau eru, eins og Jesús Kristur eða hæfileikaríkasta manneskja jarðar. Ofskynjanir einstaklinga með geðklofa geta verið eitthvað sem þeir sjá, heyra, lykta og/eða finna. Hljóðrænar ofskynjanir eru algengastar og þá oftast á því formi að heyra raddir. Þessar raddir geta verið í allskonar útfærslum, til dæmis talað við einstaklinginn um hegðun hans, skipað honum fyrir eða varað hann við hættum. Eitt form hugsanaraskana er kallað óreiða í hugsun (*disorganized thinking*). Einstaklingar eiga þá erfitt með að stjórna og tengja hugsanir sínar. Þeir geta talað á afkáralegan og samhengislausan hátt sem erfitt er að skilja og flökta oft úr einu umræðuefni í annað. Einnig er þekkt að einstaklingar hætta að tala í miðri setningu og gefa þá útskýringu að hugsun þeirra hafi verið numin á brott úr höfði þeirra. Síðasti flokkur jákvæðra einkenna eru hreyfiraskanir. Einstaklingur með hreyfiröskun getur til að mynda endurtekið í sífellu tiltekna hreyfingu. Í slæmum tilfellum hætta einstaklingar að hreyfa sig og sýna engin viðbrögð við umhverfi sínu (NIMH, 2009).

Dæmi um neikvæð einkenni eru vandamál með félagslega hvatningu, áhugaleysi og fátækt í tali og tjáningu. Það er til að mynda kallað flatt geðslag (*flat affect*) þegar einstaklingur sýnir engin svipbrigði og talar í eintóna flötum tón og forðast augnsamband við aðra. Alvarlegra afbrigði er kallað viljaleysi (*anhedonia*), en það er þegar einstaklingur missir áhugann á öllu í lífinu. Fátækt í tali og tjáningu getur lýst sér þannig að einstaklingur forðast

að eiga samskipti við aðra og þegar hann er spurður spurninga eru svörin stutt og innantóm (Torrey, 2006). Rannsóknir benda til að þessi neikvæðu einkenni hafi skaðmeiri áhrif á daglegt líf einstaklinga með geðklofa en einstaklinga með jákvæð einkenni. Neikvæðu einkennin hafa tilhneigingu til að vera þrálátari og eru jafnframt erfiðari við að eiga í meðferð (Velligan, 2008).

Hugræn einkenni geðklofa eru lúmsk að því leyti að erfitt getur reynst að bera kennsl á þau sem hluta af sjúkdómnum. Dæmi um hugræn einkenni eru léleg hæfni til að skilja upplýsingar og nota þær til ákvarðanatöku, einbeitingarleysi, athyglisbrestur og vandamál með vinnsluminni, það er að notfæra sér upplýsingar strax eftir að hafa lært þær. Þessi hugrænu einkenni valda einstaklingum oft miklu uppnámi og geta leitt til mikillar tilfinningalegrar streitu (NIMH, 2009).

2.1.2 Greining og undirflokkar.

Greining sjúkdómsins byggir eingöngu á klínísku mati, þar sem þættir eins og ítarleg sjúkrasaga, geðskoðun og eftirfylgd með framvindu sjúkdómseinkenna skipta höfuðmáli (Kristófer Þorleifsson, 2008). Samkvæmt DSM-IV flokkunarkerfinu (1994) (*diagnostic and statistical manual of mental disorders*) er einstaklingur greindur með geðklofa ef hann sýnir einkenni sjúkdómsins í að minnsta kosti sex mánuði. Á þessu hálfu ári þarf að vera að lágmarki mánaðartímabil þar sem tveir eða fleiri flokkar einkenna koma fram, til dæmis rang- hugmyndir, ofskynjanir eða neikvæð einkenni og þau nógu alvarleg til að skaða daglegt líf einstaklingsins (Castle og Morgan, 2008). Undirflokkar geðklofa eru fimm talsins; ofsóknargeðklofi (*paranoid schizophrenia*), óreiðugeðklofi (*disorganized schizophrenia*), stjarfageðklofi (*catatonic schizophrenia*), ósundurgreindur geðklofi (*undifferentiated schizophrenia*) og geðklofahreytur (*residual schizophrenia*). Hver undirtegund er skilgreind í samræmi við þau einkenni sem einstaklingur upplifir á hverjum tíma og getur einstaklingur tilheyrt fleiri en einni undirtegund gegnum sjúkdómsgönguna (Rudnick og Roe 2008).

Einstaklingur með ofsóknargeðklofa, sem er algengasta undirtegundin, upplifir ítrekaðar ranghugmyndir og ofskynjanir sem leiða til vænisýki og kvíða. Neikvæðu einkennin eru lítt áberandi í þessari tegund geðklofa en sjúklingurinn er oft reiður, vænisjúkur, þrætugjarn og með hátt spennustig. Þeir sem þjást af óreiðugeðklofa sýna af sér óreiðukennda hegðun og hugsun. Þeir geta talað samhengislaust, sýnt af sér árátukennda hegðun eins og að blaka höndum sínum í sífellu, sem og tjáð tilfinningar og andlitsbrigði sem er algjörlega samhengislaust við það sem þeir eru að segja. Einstaklingar með fyrrnefndan óreiðugeðklofa eru oft verst haldnir af sjúkdómnum. Stjarsfageðklofi lýsir sér fyrst og fremst sem röskun hreyfinga sem getur falið í sér að einstaklingur hættir að hreyfa sig með öllu en einnig getur hann tekið upp á því að auka hreyfingar sínar verulega sem er ástand er nefnist stjarsfaspenna (*catatonic excitement*). Aðrar hreyfiraskanir geta einnig flokkast undir þessa undirtegund eins og þær sem virðast algjörlega tilefnislausar en eru stöðugt endurteknar. Önnur einkenni geta verið að einstaklingur sýnir undarlegar líkamsstillingar og andlitsbrigði, endurtekur eins og páfagaukur það sem aðrir segja og hermir eftir hreyfingum annarra. Þessum einkennum er oft ruglað saman við aðra röskun sem kallast síðkomnar hreyfitruflanir (*tardive dyskinesia*) sem felur í sér svipaðar óvenjulegar hreyfingar. Algengt er að sjúklingar með þessa greiningu séu skeytingarlausir um ástand sitt og gera oft lítið til að reyna að breyta því (Bengston, 2011). Þeir sem greindir eru með ósundurgreindan geðklofa sýna einkenni sem mæta ekki viðmiðum ofsóknar-, óreiðu- og stjarsfageðklofa en hafa engu að síður einkenni geðklofa eins og ranghugmyndir, ofskynjanir, óreiðu í hegðun og hugsun sem og neikvæð einkenni.

Ósundurgreindur geðklofi reynist oft langvarandi og erfiður í meðferð. Geðklofahreytur er undirtegund sem er greind ef einstaklingur sýnir ekki lengur viðvarandi einkenni sjúkdómsins, en í slíkum tilfellum hefur iðulega dregið úr alvarleika einkenna. Þó geta einkenni eins og ofskynjanir, ranghugmyndir og afbrigðileg hegðun enn verið að einhverju leyti til staðar. Venjulega er einstaklingur greindur með geðklofahreytur ef eftirfarandi atriði eiga við: (1)

Viðvarandi neikvæð einkenni eins og flatt geðslag, lítil félagsleg virkni og fátækt í tali og tjáningu, (2) vísbendingar úr fortíðinni um að minnsta kosti eitt tímabil þar sem einkenni myndu ná viðmiðsgreiningu geðklofa, (3) í það minnsta eins árs tímabil þar sem dregið hefur úr alvarleika og tíðni jákvæðra einkenna eins og ranghugmynda og ofskynjana, en neikvæð einkenni hafa verið ríkjandi og (4) engin merki um heilabilanir eða langvarandi þunglyndi og því geta einkennin ekki verið rakin til þeirra kvilla (Bengston, 2011; Lindenmayer og Khan, 2006).

2.1.3 Algengi, kynjamunur og upphaf einkenna.

Lengi hefur verið haldið fram að enginn munur sé á algengi geðklofa milli kynja en nýlegar rannsóknir benda þó til þess að sjúkdómurinn leggist heldur meira á karla og svo virðist sem ný tilfelli sjúkdómsins greinist oftar hjá þeim. Hugsanleg ástæða þess að sumar rannsóknir gefa engan kynjamun til kynna, með tilliti til algengis, getur meðal annars verið rakið til þess að fleiri karlmenn með geðklofa taka sitt eigið líf. Tíðni geðklofa er talið vera um það bil 1% af þýði og því óhætt að fullyrða að fjöldi þeirra einstaklinga sem þjást af kvillanum hlaupi á tugum milljóna á heimsvísu. (Aleman, Kahn og Selten, 2003; Bengston, 2011; Ochoa, Usall, Cobo, Labad og Kulkarni, 2012). Fyrstu einkenni geðklofa, oftar en ekki ofskynjanir og ranghugmyndir, byrja venjulega þegar einstaklingar eru á aldursbilinu 16-30 ára.

Sjúkdómurinn leggst því nánast eingöngu á ungt fullorðið fólk, en það er mjög sjaldgæft að fólk sem hefur náð fertugsaldri fái sjúkdóminn og hann þekkist vart hjá börnum. Einkennin koma fyrr fram hjá körlum en konum og flestar rannsóknir benda til að munurinn sé um það bil 5 ár. Einnig er munur á milli kynja með tilliti til eðlis sjúkdómseinkenna. Konur virðast venjulega upplifa vægari einkenni og margar rannsóknir benda til að karlkyns sjúklingar hafi ríkari tilhneigingu til að sýna fleiri og alvarlegri neikvæð einkenni (eins og flatt geðslag, fátækt í tali og tjáningu og félagslega einangrun), eru líklegri til að misnota vímuegja og sýna oftar af sér andfélagslega hegðun eins og ofbeldi. Konur eru aftur á móti líklegri til að eiga

við þunglyndi og andlega vanlíðan að stríða (Bardenstein og McGlashan, 1990; Ring, Tatitam og Motitague, 1991; Szymanski, Lieberman og Alvir, 1995; Test, Burke og Wallisch, 1990).

2.1.4 Eru einstaklingar með geðklofa ofbeldisfullir?

Það kann að vera að margir haldi að einstaklingar með geðklofa séu ofbeldisfullir og fjöldi kvikmynda hafa sterka tilhneigingu til að tengja sjúkdóminn við ofbeldisglæpi. Staðreyndin er hins vegar sú að einstaklingar með geðklofa eru að öllu jöfnu ekki ofbeldishneigðari en annað fólk en flestum þeirra væri frekar hægt að lýsa sem hlédrægum og fáskiptum. Rannsóknir hafa leitt líkum að því að þeir geðklofasjúklingar sem eru ofbeldishneigðir hafi verið það fyrir veikindi sín eða vegna lyfjamisnotkunar sinnar, en lyfjamisnotkun eykur líkurnar á ofbeldisfullri hegðun sérstaklega hjá þeim einstaklingum sem þjást af ofsóknargeðklofa. Einhverjar rannsóknir hafa bent til að jákvæð einkenni sjúkdómsins, eins og ranghugmyndir, auki líkurnar á ofbeldishegðun á meðan neikvæð einkenni, eins og félagsleg einangrun, dragi úr líkum á ofbeldi. Ofbeldishegðun þessara einstaklinga á sér oftast stað á þeirra eigin heimili og beinist í flestum tilfellum að öðrum fjölskyldumeðlimum og vinum (Harris og Lurigio, 2007; Jeffrey, Swartz, Elbogen, Wagner og Rosenheck, 2006; NIMH, 2009). Einstaklingar með geðklofa eru aftur á móti mun líklegri til að skaða sig sjálfa og þeir eru fimmtíu sinnum líklegri en aðrir til að reyna að taka sitt eigið líf, en flest ótímabær dauðsföll geðklofasjúklinga verða vegna sjálfsvíga. Næstum þriðjungur allra sjúklinga gera tilraun til sjálfsvígs og um það bil 10% þeirra taka sitt eigið líf innan 20 ára frá því að fyrstu einkenni sjúkdómsins gera vart við sig. Flest eru framin við upphaf einkenna og eru karlmenn í aukinni áhættu. Það getur verið erfitt að merkja teikn þess að sjúklingur sé í sjálfsvígshættu þar sem einstaklingar með geðklofa eru afar ólíklegir til að tjá sjálfsmorðshugleiðingar sínar (Bengston, 2011; Bostwick, Palmer og Pankratz, 2005).

2.1.5 Orsakavaldar.

Það hefur lengi verið vitað að geðklofi tengist erfðum en það hafa rannsóknir, meðal annars á tvíburum, sýnt fram á. Líkurnar á því að þróa með sér sjúkdómnum eru mestar hjá eineggja tvíburum þar sem annar tveggja hefur kvillann og hjá börnum foreldra þar sem bæði faðir og móðir eru haldin sjúkdómnum (40-65% líkur). Líkurnar eru 10% ef annað foreldrið eða önnur systkini eru haldin sjúkdómnum (Cardno og Gottesman, 2000). Margar rannsóknir hafa bent til þess að samspil margra gena tengist auknum líkum á að sýkjast af geðklofa. Nýlegar rannsóknir hafa leitt í ljós að einstaklingar með geðklofa hafi eðlishneigð til að hafa hærri tíðni sjaldgæfra erfðafræðilegra stökkbreytinga sem valda truflunum í þroska heilans (Walsh o.fl., 2008). Aðrar nýlegar rannsóknir benda til að rekja megi geðklofa að einhverjum hluta til einstaks erfðavísis sem spilar lykilhlutverk í framleiðslu mikilvægra heilaboðefna sem hafa áhrif á þroska æðri heilastöðva (Huang o.fl., 2007). Flestir sérfræðingar, ef ekki allir, eru þó sammála um að sjúkdómurinn orsakast ekki eingöngu á genasamsetningum heldur hefur umhverfið alltaf sitt að segja. Þættir eins og sýkingar, næringar- og súrefnisskortur við og fyrir fæðingu virðast hafa áhrif á tilurð og þróun sjúkdómsins og auka líkur hans (Cannon, Rosso, Bearden, Sanchez og Hadley, 1999). Ójafnvægi taugaboðefna í heila, sérstaklega dópamíns, virðist eiga sinn þátt í sjúkdómnum og hefur ofgnótt dópamíns í vissum heilastöðvum verið tengt við jákvæðu einkenni hans (Kegeles, 2010). Einnig hafa rannsóknir sýnt fram á að heili geðklofasjúklinga sé afbrigðilegur. Framheili þeirra er minni og sýnir minni virkni. Svokölluð heilahol eru stærri og grúa efni heilans, svæði þar sem skynúrvinnsla fer fram, er minna að umfangi (Mueser og McGurk, 2004). Réttast er því að líta á orsakir geðklofa sem samspil erfða og umhverfisþátta. Notuð hafa verið ýmis líkön til að lýsa orsakavöldum sjúkdómsins. Má í því sambandi nefna líkanið um líffræðilega, sálfræðilega og félagslega þætti (*biopsychosocial model*), en meginforsenda líkansins er að sjúkdómar séu afleiðing af samspili líffræðilegra, sálfræðilegra og félagslegra þátta. Næmi-streitulíkanið

(*diathesis-stress model*) hefur einnig verið notað, en það lýsir hvernig streituvaldar í umhverfinu geta stuðlað að því að sumir einstaklingar sem hafa líffræðilega eiginleika sem gera þá varnarlausari gagnvart geðklofa, þróa með sér sjúkdóminn (Harrison og Owen, 2003; Harris 2010; Jones og Fernyhough, 2007).

2.1.6 Meðferð.

Af framansögðu má ljóst vera að sjúkdómurinn geðklofi er margslunginn og einkenni hans fjölpætt og erfið við að eiga. Þótt vísindamenn séu margs vísari um orsök og uppruna geðklofa, er enn langt í land og frekari rannsókna þörf til að átta sig betur á hvernig sjúkdómurinn þróast. Þar sem enn er margt á huldu um nákvæm tildrög sjúkdómsins snúa meðferðarúrræði fyrst og fremst að því að draga úr einkennum hans. Meðferðarformin eru í megin dráttum tvennskonar; annars vegar lyfjagjöf og hins vegar mismunandi útgáfur af sálfélagslegum meðferðum. Það síðarnefnda verður í brennidepli hér. Í lyfjameðferðum hafa mörg lyf verið notuð í gegnum tíðina. Þeim hefur verið skipt í tvo flokka; hefðbundin geðrofslyf og geðrofslyf af annarri kynslóð. Hefðbundin geðrofslyf voru fyrst aðgengileg sjúklingum á sjötta áratug síðustu aldar, þar á meðal lyfin Chlorpromazine, Haldol og Prolixin. Áhrif þessara lyfja eru með þeim hætti að þau bindast viðtökum dópamíns í heila og draga þar með úr virkni þess. Hefðbundin geðrofslyf ollu ákveðnum straumhvörfum og gerðu að verkum að margir sjúklingar með geðklofa gátu útskrifast af sjúkrahúsum og stofnunum. Í fyrsta sinn gátu sjúklingar með geðklofa haft stjórn á jákvæðum einkennum sjúkdómsins eins og ranghugmyndum og ofskynjunum (Lavretsky, 2008). Í lok síðustu aldar voru ný lyf þróuð sem nefnd voru geðrofslyf af annarri kynslóð. Clozapine er eitt af þeim sem hefur reynst sumum sjúklingum vel gegn vissum einkennum sjúkdómsins, þar á meðal ofskynjunum og ranghugmyndum. Eins og hefðbundnu geðrofslyfin draga þau úr virkni dópamíns með því að bindast viðtökum þess í heila en annarrar kynslóðar lyfin virðast ólíklegri til að valda aukaverkunum á borð við líkamstífleika og ósjálfráðum skjálftum. Rannsóknir hafa bent til

að annarrar kynslóðar lyfin hafi ýmsa kosti fram yfir þau hefðbundnu, þar á meðal að fleiri sjúklingar svara þeim, þau gefi aukin lífsgæði og dragi úr tíðni sjálfsvíga (Culpepper, 2007; Horacek o.fl., 2006). Þó það sé mjög einstaklingsbundið hvernig sjúklingar svara lyfjunum þá eiga allar lyfjameðferðir geðklofa eitt sameiginlegt – neikvæðar aukaverkanir. Margir upplifa aukaverkanir og sumar hverjar mjög alvarlegar. Einhverjir finna aðeins fyrir þeim við byrjun lyfjagjafar en aðrir eru ekki svo heppnir. Dæmi um aukaverkanir eru þreyta, svimi, þokusýn, hraður hjartsláttur og tíðavandamál hjá konum. Það er einnig þekkt að annarrar kynslóðar lyfin geta valdið mikilli þyngdaraukningu og breytingu í efnaskiptum sjúklinga sem eykur líkurnar á sykursýki og háu kólesteróli. Clozapine getur þar að auki valdið alvarlegu ástandi sem kallað er kyrningahrap, en þá fækkar hvítum blóðkornum sem leiðir til hrönnunar í ónæmiskerfinu (Gogtay og Rapoport, 2008; Lieberman o.fl., 2005).

Önnur meðferðarúrræði snúa að sálfélagslegum meðferðum en á því sviði er fjöldinn allur af áhugaverðum hlutum í gangi fyrir einstaklinga sem þjáast af geðklofa. Lyfjameðferð er sjúklingum að sjálfsögðu mikilvæg og viss grunnur sem verður að byggja á. Aðrar meðferðir, þar á meðal sálfélagslegar meðferðir, þurfa samt sem áður að vera til staðar og eru ekki síður mikilvægar fyrir fólk sem þjáist af geðklofa en heillavænlegast er að líta svo á að besta leiðin að árangri sjúklinga sé samvinna þessara meðferðaforma (Kristófer Þorleifsson, 2008). Þrátt fyrir að geðlyfin hafi reynst mikilvæg gegn jákvæðum einkennum sjúkdómsins, eins og ofskynjunum og ranghugmyndum, hafa þau ekki sýnt góðan árangur gegn neikvæðum einkennum á borð við félagslega einangrun, fátækt í tali og tjáningu og skort á hvatningu (Tamminga, 1997). Það er afar mikilvægt að huga að þeim þætti, því þó að einstaklingur með geðklofa sé tiltölulega laus við geðrænu einkennin, eiga margir þeirra erfitt með þætti eins og mannleg samskipti, sjálfsumhirðu og að stofna til og viðhalda sambandi við aðra. Við vandamálum sem þessum eru sálfélagsleg meðferðarform líklegust til að bera árangur (Kern o.fl., 2009). Þeir sjúklingar sem sækja reglulega sálfélagslegar meðferðir eru einnig líklegri til

að halda lyfjatöku sinni áfram og það dregur úr líkum á bakslögum í meðferð ásamt því að endurinnlögnum fækkar á stofnanir (Greig, Zito, Wexler, Fiszdon og Bell, 2007).

2.2 Sálfélagslegar meðferðir við geðklofa

2.2.1 Hugræn atferlismeðferð.

Hugræn atferlismeðferð (HAM) er samtalsmeðferð sem snýr að því að breyta atferli (bæði hugsun og hegðun) einstaklinga sem hana sækja og byggir á þeirri forsendu að tengsl séu á milli hugsana, tilfinninga og hegðunar. Albert Ellis, bandarískur sálfræðingur, var fyrstur til að kynna hugræna atferlismeðferð til sögunnar á sjöunda áratug síðustu aldar og nefndi *rational emotive behavior therapy*. Flestar hugrænar atferlismeðferðir sem notast er við í dag eiga hins vegar rætur að rekja til hugrænnar meðferðar sem Aaron T. Beck, samlandi Alberts, þróaði við þunglyndi og kynnti til sögunnar á áttunda áratugnum. Sú meðferð hefur síðan verið í stöðugri þróun til dagsins í dag og notuð við ýmsum geðrænum vandamálum eins og kvíðaröskunum, átröskunum, áfallastreituröskunum og geðklofa (Beck, 1979; Ellis, 1962; Tai og Turkington, 2009).

Í hugrænu líkani Aarons T. Beck (2004) er litið á einkenni geðklofa sem villu í hugsun. Sjálfhverfar hugsanavillur (*egocentric bias*) er þegar sjúklingur tengir marga óviðeigandi atburði við sjálfan sig og ályktar þar af leiðandi að einhver atburður beinist gagnvart sér og verður ofurmeðvitaður um sig sjálfan og telur til dæmis alla aðra vera að fylgjast með sér. Oft leiða þessar hugsanir til að sjúklingur álitur aðra einstaklinga ætla sér eitthvað illt og eftir því sem þessar hugsanir ágerast fer sjúklingur að mistúlka jafnvel vinaleg samskipti sem fjandsamleg. Þessar hugsanir leiða síðan til hegðanavillu (*externalizing bias*). Sjúklingur fer að skima eftir hættum í umhverfi sínu og telur sig vera í sífelldri hættu. Einstaklingur með geðklofa hefur tilhneigingu til eignunarvillu og ályktar að orsakasambönd tengist utanaðkomandi hlutum eins og öðru fólki eða yfirnáttúrulegum fyrirbærum. Nefna má sem dæmi að ef póstur sjúklings kemur seinna en venjulega getur hann talið það vera vegna afskipta lögreglunnar (Rector og Beck, 2004). Þrátt fyrir að einkennasvið geðklofa (ranghugmyndir, ofskynjanir og neikvæð einkenni) virðast aðskilin þá er hægt að sýna fram á

að þau eiga sér sameiginlegar rætur í villu hugsana. Þegar þessar hugsanir eru orðnar full-þróaðar eru þær tjáðar að stórum hluta á aðskildum sviðum sem felast í skynjun (heyrn og sjónræn), hugrænni túlkun (ranghugmyndir) og hegðun (neikvæð einkenni). Stöðug jórtrun (*ruminat*ion) hugsana eins og að finnast maður vera lítilsvirtur, mismunað og undir smásjá annarra getur leitt til að sjúklingur verður algjörlega sannfærður um að svo sé. Útkoman verður síðan myndun ranghugmynda þar sem sjúklingur túlkar aðstæður sínar á afskræmdan og rangan hátt. Myndun ofskynjana getur þróast á svipaðan hátt. Sannfæring um eigið varnarleysi og fjandskap annarra leiðir til alls kyns ógnvekjandi hugsana sem sjúklingur síðan skynjar og upplifir sem ofskynjanir (Beck og Rector, 2003).

Neikvæðum einkennum sjúkdómsins eins og fátækt í tali og tjáningu, skort á áhugahvöt og félagsleg einangrun er líka hægt að lýsa með hugrænu módeli. Það er staðreynd að þessir sjúklingar standa sig illa í vissum prófum sem tengjast starfsferlum skilvitundar (*neurocognitive tests*) sem stafar meðal annars af hægri hugsun, lélegu minni og einbeitingarleysi. Þessi hugrænu vandamál, ein og sér, gera hins vegar ekki grein fyrir þeim neikvæðu væntingum sem hrjá sjúklinga með geðklofa. Flókið samspil margra samverkandi þátta meðal annars vegna sálfræðilegrar, félagslegrar og vistmunalegrar skerðingar leiðir til skaðlegra viðhorfa (*dysfunctional attitudes*) sem stuðla að og viðhalda skerðingu á vitsmunalegri virkni. Fyrst ályktar sjúklingurinn (stundum réttilega) að með honum sé stöðugt fylgst og hann metinn á neikvæðan hátt fyrir hegðun sína. Við aðstæður sem þessar temur hann sér flóttahegðun til varnar þeirri streitu sem hann upplifir og einangrar sig frá öðru fólki og það helst svo í hendur við fátækt í tali og tjáningu. Þarna má sjá rót þess félagslega vanda sem einstaklingar með geðklofa upplifa, en þar sem þetta ferli virðist ósjálfrátt taka þeir sjaldnast eftir því sjálfir. Flestir þessara sjúklinga segjast alltaf hafa verið feimnir og þegar þeir eru undir félagslegum þrýstingi má greina hjá þeim flöt andlitsbrigði. Því má líta á félagslega einangrun, minnkaða tjáningu og hömlun andlitsbrigða sem afleiðingu þessa ferlis. Skortur á

áhugahvöt einstaklinga, sem er annað dæmi um neikvætt einkenni, er að hluta hægt að rekja til þeirrar trúar að þeir geti ekki staðið sig vel í tilteknu verkefni og verði þar af leiðandi metnir á neikvæðan hátt fyrir frammistöðu sína. Vísbendingar eru um að sjúklingar með þessi neikvæðu einkenni búi einnig við ákveðna hugræna og skynjunarlega skerðingu eins og að skilja tilfinningar annarra út frá hegðun þeirra. Eðlislægri feimni sjúklinganna er því gjarnan blandað saman við félagslega erfiðleika sem þessa. Niðurstaðan er sú að sjúklingur einangrar sig í ferli sem verður honum eðlislægt en er engu að síður ekki óviðsnúanlegt (Beck, 2004).

Þær hugrænu atferlismeðferðir sem notaðar eru við geðklofa fela meðal annars í sér eftirfarandi atriði: (1) Gera sjúklingum grein fyrir tengslum milli hugsana, tilfinninga og hegðunar með tilliti til núverandi og/eða fyrri einkenna og virkni, (2) endurmeta trú þeirra og röksemd tengdum einkennum þeirra, (3) hjálpa sjúklingum við að fylgjast með þeirra eigin hugsunum, tilfinningum og hegðun gagnvart sjúkdómseinkennum, (4) efla bjargráð þeirra gagnvart einkennum, (5) draga úr streitu og (6) efla virkni þeirra (The British Psychological Society og The Royal College of Psychiatrists, 2010).

Með tilliti til hugræns líkans Aarons T. Beck (2004) um geðklofa snúast aðferðir HAM um að byggja upp traust milli meðferðaraðila og sjúklings. Unnið skal í sameiningu að því að skilja merkingu einkenna og túlkanir sjúklings á núverandi og liðnum atburðum, einkum þeim sem sjúklingur telur tengjast þróun og viðheldni vandamála þeirra. Þá skal einnig veita sjúklingi fræðslu um sjúkdóm sinn og þjálfa félagslega færni hans með tilliti til líkansins, þar á meðal sambandsins milli hugsana, tilfinninga og hegðunar. Við neikvæðum einkennum eins og félagslegri einangrun, skort á hvatningu og viljaleysi (*anhedonia*) eru Beck og Rector (2005) talsmenn þess að beita aðferðum á borð við sjálfsvöktun hegðunar (*self-monitoring*) og að virkja sjúklinga til athafna. Svo draga megi úr áhrifum jákvæðra einkenna er meðal annars notast við ákveðna spurningatækni sem kallast jaðarspurningar (*peripheral questioning*), en þar er sjúklingur spurður um ákveðna hluti tengdum þeim

ranghugmyndum sem hann upplifir til að reyna að skilja afhverju hann heldur uppi þeim hugmyndum og fá hann til að rökstyðja þær. Svör hans eru svo tengd við raunveruleikapróf þar sem tilraun er gerð til að gera sjúklingi grein fyrir sínum fjarstæðukenndu hugmyndum og um leið útskýrt fyrir honum aðrar mögulegar skýringar. Svo dæmi sé tekið gæti sjúklingur sem telur sig vera ofsóttan af pólitískum öflum verið spurður hvenær hann fékk þá hugdettu og afhverju hann telur svo vera í þeirri stöðu og reynt að fá hann til að útskýra og rökstyðja hugsanir sínar í smátriðum. Hugmyndin með þessu er að leitast við að finna veikleika í þeirri trú sem sjúklingurinn viðheldur og með því móti að fá hann til að átta sig á þeirri fjarstæðu sem felst í hugmyndum hans. Önnur aðferð er að draga úr áhrifum geðrofsupplifana (*normalizing*) eins og hljóðrænna ofskynjana. Það er hægt til dæmis með því að útskýra fyrir sjúklingi að fullt sé af fólki sem heyri raddir undir vissum kringumstæðum, eins og þegar fólk er mjög þreytt og svefnþurfi eða í mikilli sorg, og draga þannig úr streitu sjúklinga. Í töflu 1 má sjá nokkur dæmi um hvernig tiltekin einkenni geðklofa eru meðhöndluð með HAM (Beck og Rector, 2005; Morrison, 2009; Turkington, Kingdon og Weiden, 2006).

Tafla 1.

Einkenni geðklofa og dæmi um aðferðir HAM.

Einkenni	Aðferð
Jákvæð einkenni	Notast við útskýringar fyrir sjúklinga (<i>Alternate explanations to patient</i>)
Ofskynjanir	Draga úr áhrifum geðrofsupplifana (<i>normalizing</i>) Efla bjargráð sjúklinga (<i> coping strategies</i>)
Ranghugmyndir	Jaðarspurningar (<i>peripheral questioning</i>)
Neikvæð einkenni	Inngrip sem snúa að hegðun
Skortur á hvatningu	Sjálfsvöktun hegðunar (<i>self-monitoring</i>) Virka sjúkling til athafna
Flatt geðslag (<i>affective blunting</i>)	Félagsfærniæfingar

Margar rannsóknir (sjá meðal annars töflu 2) hafa sýnt fram á að HAM sé árangursrík, þar á meðal við jákvæðum og neikvæðum einkennum sjúkdómsins. Dæmi um þetta er rannsókn Tarriers og félagar (1999) á árangri HAM við geðklofa þar sem megintilgangur meðferðarinnar var að efla bjargráð sjúklinganna og koma í veg fyrir hrösun þeirra í meðferð. Sjúklingarnir fengu 2 tíma á viku í samtals 10 vikur. Niðurstöðurnar bentu til að HAM væri árangursríkara en hefðbundin meðferð (*treatment as usual*) við að draga úr tíðni og alvarleika bæði jákvæðra og neikvæðra einkenna og 12 mánuðum síðar var munurinn enn marktækur HAM í vil. Annað dæmi er rannsókn Garety's og félagar (2000) sem báru HAM saman við samanburðarhóp sem byggðist á stuðningi og vináttu (*befriending*) yfir 9 mánaða tímabil. Að lokinni meðferð mældist marktækur árangur hjá báðum hópum með tilliti til almennra geðrofseinkenna. En einungis þeir sjúklingar sem gengust undir HAM, en ekki sjúklingar samanburðarhópsins, viðhéldu árangri sínum þegar áhrifin voru mæld 9 mánuðum síðar. Niðurstöðurnar benda til að aðferðir HAM hjálpa einstaklingum með geðklofa til að þróa með sér bjargráð við þeim erfiðleikum sem stafa af geðrofseinkennum og þar með draga úr streitufullum upplifunum.

The Schizophrenia Update Guideline Development Group (GDG, 2010) (hópur sem er meðal annars skipaður af sérfræðingum í geðlækningum, sálfræði og hjúkrunarfræðum) stóð fyrir samantekt á 31 rannsóknarniðurstöðu (alls með 3.052 þátttakendum með geðklofa) sem framkvæmdar voru á árunum 1996-2008. Sú úttekt benti til sannfærandi vísbendinga um að HAM sé árangursríkt meðferðarúrræði við geðklofa. Eftirfarandi atriði eru til marks um það:

1. Það dróg úr endurinnlögnum sjúklinga á stofnanir. Árangurinn viðhélst í allt að eitt og hálf ár borið saman við hefðbundna meðferð.
2. Dögum sem sjúklingar þurftu að verja inni á spítölum fækkaði (að meðaltali um 8 daga).

3. Það dróg úr alvarleika jákvæðra og neikvæðra einkenna geðklofa. Árangurinn var enn til staðar við 12 mánaða eftirfylgni.
4. Það dróg úr þunglyndiseinkennum sjúklinga borið saman við aðrar meðferðir.
5. Sjúklingar sýndu betri félagslega virkni miðað við alla aðra samanburðarhópa og árangurinn viðhélst í allt að eitt ár eftir meðferð (The British Psychological Society og The Royal College of Psychiatrists, 2010).

PORT (2009) (*The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team*) mælir með að þeir geðklofasjúklingar sem hafa viðvarandi geðrofseinkenni standi til boða hugræn atferlis- meðferð. Meðferðin gæti farið fram hvort sem er á formi einstaklings- eða hóptíma og ætti meðferðin að standa yfir í um það bil 4-9 mánuði svo tryggja megi eins góðan árangur og mögulegt er (Kreyenbuhl, Buchanan, Dickerson og Dixon, 2010).

Tafla 2.

Samantekt rannsóknarniðurstaðna tengdum hugrænum atferlismeðferðum.

Höfundar	Þátttakendur	Meðferðartími	Samanburður	Niðurstöður	Eftirfylgni/Umræða/Athugasemdir
Tarrier, Yusupoff, Kinney, McCarthy, Gledhill, Haddock, o.fl., 1998 og Tarrier, o.fl., 1999.	87 einstaklingar með geðklofa. Til að geta tekið þátt í rannsókninni þurftu jákvæð einkenni þeirra að hafa varið í að minnsta kosti 6 mánuði.	Meðferðin varði í 10 vikur og fékk hver þátttakandi samtals 20 klukkustunda meðferð.	Stuðningshópur + hefðbundin meðferð, einungis hefðbundin meðferð.	Voru líklegri til að sýna árangur (um helmingur þátttakenda) miðað við samanburðarhópa. Þeir sýndu marktæka minnkun á fjölda og alvarleika jákvæðra einkenna og var árangurinn betri en í hinum hópunum.	Þeir sem sóttu hugræna atferlismeðferð mældust með færri og vægari jákvæð einkenni eftir eins árs eftirfylgni. Þeir fengu líka hefðbundna meðferð.
Kuipers o.fl., 1997 og Kuipers, Fowler, Garety, Chisholm, Freeman og Dunn, 1998.	60 einstaklingar með geðklofa.	Mat var lagt á sjúklinga eftir 9 mánaða tímabil.	Hefðbundin meðferð.	Sýndu almennt meiri bata við almennum einkennum sjúkdómsins en samanburðarhópur.	Hjá þeim sem sóttu hugræna atferlismeðferð var árangurinn enn til staðar eftir 9 mánaða eftirfylgni. Aðferðafræðilegur veikleiki: Matsmenn voru ekki blindir á meðferð sjúklinganna. Lyfjagjöf var ekki fullkomlega stjórnað sem gæti hafa skekkt niðurstöður. Þeir fengu líka hefðbundna meðferð.
Rector, Seeman og Segal, 2000.	42 einstaklingar með geðklofa.	20 einstaklingstímar í 6 mánuði.	Hefðbundin meðferð.	Betri árangur gagnvart almennum einkennum geðklofa miðað við samanburðarhóp. Niðurstöðurnar voru byggðar á viðtölum.	6 mánuðum síðar var árangur enn að aukast hjá báðum hópum en hugræna atferlismeðferðin leiddi til marktækari betri árangurs gagnvart neikvæðum einkennum. Þeir fengu líka hefðbundna meðferð.
Tarrier, Beckett, Harwood, Baker, Yusupoff og Ugarteburu, 1993.	28 einstaklingar með geðklofa.	6 mánaða meðferðartímabil.	Vandamálalausna miðuð meðferð (<i>problem-solving therapy</i>), einstaklingar á biðlista.	Betri árangur hjá þeim sem sóttu hugræna atferlismeðferð gagnvart jákvæðum einkennum og minni mælanleg streita. 50% minnkun einkenna, 60% svöruðu meðferð.	Aðeins 25% þátttakenda svöruðu <i>problem-solving</i> meðferð á meðan ríflega helmingur svaraði hugrænu atferlismeðferðinni.
Drury, Birchwood, Cochrane og MacMillan, 1996.	40 einstaklingar á upphafsstigi sjúkdómsins.	3ja mánaða meðferðartímabil.	Óformleg stuðningsmeðferð.	Árangur hjá báðum hópum, en þó betri árangur gagnvart jákvæðum einkennum sjúkdómsins.	Lyfjagjöf var ekki fullkomlega stjórnað sem gæti hafa skekkt niðurstöður.

Tafla 2. Framhald.

Samanantekt rannsóknarniðurstaðna tengdum hugrænum atferlismeðferðum.

Höfundar	Þátttakendur	Meðferðartími	Samanburður	Niðurstöður	Eftirfylgni/Umræða/Athugasemdir
Sensky, Turkington, Kingdon, Scott, Siddle, O'Carroll, o.fl., 2000.	90 einstaklingar með geðklofa.	19 einstaklingstímar á 9 mánaða tímabili.	Hefðbundin meðferð. Í báðum inngrípum nutu þátttakendur handleiðslu tveggja reyndra hjúkrunarfræðinga með reglulegu millibili.	Enginn marktækur munur reyndist á milli hópanna, en báðir hóparnir sýndu þó árangur með tilliti til jákvæðra og neikvæðra einkenna sem og betri líðan.	9 mánuðum eftir að rannsókn lauk héldu þeir sem sóttu hugræna atferlismeðferð áfram að bæta sig á meðan samanburðarhópur gerði það ekki. Það gefur til kynna að hugræn atferlismeðferð gefi góðan árangur til lengri tíma.
Wykes, Parr og Landau, 1999.	21 einstaklingur með geðklofa.	Hópmeðferð, 1 tími á viku í 6 vikur.	Einstaklingar á biðlista fyrir meðferð.	Einstaklingarnir sem sóttu hugræna atferlismeðferð sýndu marktækan árangur með tilliti til jákvæðra einkenna sem og höndlun aðstaðna.	Árangurinn var enn til staðar eftir 3 mánuði. Draga má alhæfingargildi rannsóknarinnar í efa vegna fámenns úrtaks.
Drury, Birchwood, Cochrane og MacMillan, 1996 og Drury, 1999.	40 einstaklingar með geðklofa.	Hóp og einstaklingstímar, 3svar sinnum í viku í 3 mánuði.	Hópur sem fékk óformlegan stuðning.	Þeir sem sóttu hugræna atferlismeðferð sýndu færri jákvæð einkenni eftir 7 vikur og aftur eftir 12 vikur. Þeir vorðu einnig helmingi minni tíma inni á spítala á meðan rannsókn stóð.	Eftir 5 ára eftirfylgni var enginn marktækur munur á tíðni endurinnlagna sjúklinganna eða fjölda jákvæðra einkenna þeirra. Aðferðafræðilegir vankantar snerta skort á samræmi í lyfjagjöf á milli hópanna sem og voru matsmenn meðvitaðir um meðferð skjólstaðinga sinna.
Kingdon og Turkington, 1991 og 1994.	64 einstaklingar með geðklofa.	Meðferðin spannaði 5 ára tímabil. Lengd hvers tíma var misjöfn eftir einstaklingum sem og hversu oft þeir voru haldnir.	Enginn samanburðarhópur.	35 af 64 þátttakendum sýndu engin bráð einkenni að lokinni meðferð. Enginn þeirra framdi sjálfsmorð og 62 þeirra lifðu úti í samfélaginu.	Auðsjáanlegur aðferðafræðilegur vankantur er skortur á öllum samanburði.
Haddock, Bentall og Slade, 1996 og 1998.	34 einstaklingar með geðklofa.	1 einstaklingstími í viku í 20 vikur.	Einstaklingar á biðlista fyrir meðferð.	Hugræna atferlismeðferðin leiddi til minnkunar jákvæðra einkenna, meiri lífshamingju sem og aukins sjálfstrausts.	Eftirfylgni eftir 2 ár leiddi í ljós að árangurinn hafði minnkað. Meðferðin skilaði tilætluðum árangri á meðan á henni stóð en því miður ekki til lengri tíma. Fámennt úrtak rannsóknarinnar gerir alla alhæfingu niðurstaðna varhugaverða.

2.2.2 Félagsfærniþjálfun.

Félagsfærni er lærd hegðun og að því gefnu má alltaf bæta hana með þjálfun. Síðustu hálfu öldina eða svo hafa margar útgáfur af félagsfærni meðferðum litið dagsins ljós, en allar eiga þær það sammerkt að byggja á lögmálum atferlisfræðinnar og félagsnámskenninga (Gottlieb, Pryzgodá og Schuldberg, 2005). Eins og áður áður hefur verið komið inn á felast einkenni geðklofa meðal annars í vandamálum með félagslega hvatningu og almennt áhugaleysi gagnvart einu og öllu sem leiðir oft af sér mikla félagslega einangrun. Þessi einkenni eru oft með fyrstu einkennum geðklofasjúkdómsins og verður þeirra stundum vart nokkrum árum áður en geðrofseinkenni gera vart við sig (Tarbox og Pogue-Geile, 2008). Útkoman eru erfiðleikar á flestum ef ekki öllum félagslegum sviðum, svo sem vandamál með mannleg samskipti og að útvega sér vinnu og halda henni sem allt eru þættir sem stuðla að félagslegri einangrun. Félagsfærniþjálfun fyrir einstaklinga með geðklofa var þróuð með það að leiðarljósi að auka félagslegt sjálfstraust þeirra, efla getu þeirra til að takast á við félagslegar aðstæður, draga úr félagslegri streitu, auka lífsgæði þeirra og, þegar unnt er, að draga úr einkennum sjúkdómsins og minnka líkurnar á bakslagi í meðferð (Bellack, Mueser, Gingerich og Agresta, 2004).

Félagsfærniþjálfun byrjar á því að félagsfærni sjúklinga er metin á nákvæman hátt, sem er síðan fylgt eftir annaðhvort með einstaklingstímum eða hóptímum, þar sem notast er við jákvæðar styrkingar, markmiðssetningu, herminám, hlutverkaleiki og endurgjöf. Venjulega eru fyrstu skrefin í þjálfuninni að vinna í litlum félagslegum verkefnum, eins og að bregðast við óyrstum félagslegum merkjum (*non-verbal social cues*) og smám saman er flóknari hegðun æfð eins og að eiga innihaldsrík tjáskipti við annan einstakling. Þá er einnig lögð rík áhersla á að sjúklingar vinni ákveðna heimavinnu í því skyni að auka líkurnar á að hegðun, sem hefur verið lærd, alhæfist yfir á daglegt líf þeirra (Heinssen, Liberman og Kopelowicz, 2000).

Rökin fyrir félagsfærniþjálfun eru þau að geðklofasjúklingar geta aukið félagsfærni sína og þannig aukið líkurnar á sjálfstæðri búsetu og hefur eftirfylgni allt að einu ári eftir meðferðarlok sýnt fram á góðar líkur á að færni viðhaldist (Lehman o.fl., 2004). Niðurstöður rannsókna á einstaklingum með geðklofa (sjá meðal annars töflu 3) hafa gefið tilefni til bjartsýni á að félagsfærniþjálfun sé áranguríkt meðferðarinngríp fyrir þá. Dæmi um það er rannsókn Spencer, Gillespie og Ekisa (1983) þar sem geðklofasjúklingum var af handahófi skipt annað hvort í félagsfærniþjálfun eða umræðuhóp. Þeir sem sóttu félagsfærniþjálfun sýndu betri árangur í félagslegri færni borið saman við umræðuhópinn og efirfylgni eftir 2 mánuði sýndi að árangurinn var enn til staðar. Enginn munur reyndist hins vegar á hópunum með tilliti til almennra geðrofseinkenna og alhæfingargildi niðurstaðna var ekki kannað. Í svipaðri rannsókn báru Brown og Munford (1983) félagsfærniþjálfun saman við hefðbundna meðferð sem leiddi í ljós að félagsfærniþjálfunin bætti félagslega færni sjúklinga, jók sjálfstraust þeirra og dróg úr þunglyndiseinkennum. Alhæfingargildi þessa árangurs yfir á raunaðstæður var hins vegar ekki kannað.

Þrátt fyrir að þetta meðferðarúrræði fyrir geðklofasjúklinga hafi átt töluverðum vinsældum að fagna í Bandaríkjunum síðan á níunda áratug síðustu aldar, hefur það ekki hlotið eins mikið brautargengi á Bretlandseyjum. Þar hafa menn dregið alhæfingargildi meðferðarinnar yfir á raunaðstæður í efa (Bellack, 2004; Shepherd, 1978;). GDG hópurinn (2010) stóð fyrir samantekt 23 rannsóknarniðurstaðna (alls með 1.471 þátttakanda með geðklofa) sem framkvæmdar voru á árunum 1983-2007. Niðurstaða þeirrar samantektar er vonbrigði fyrir félagsfærniþjálfun. Árangur hennar við neikvæðum einkennum reyndist takmarkaður þar sem flestar nýlegar rannsóknir náðu ekki að sýna fram á marktækan árangur. Engu að síður skal tekið fram að þessar niðurstöður byggðust flestar á litlum úrtökum sem hefur í för með sér aðferðafræðileg vandamál og getur það skýrt að hluta til hvers vegna erfitt var að sýna fram á marktækan árangur á milli hópa (The British Psychological Society og The

Royal College of Psychiatrists, 2010). Þrátt fyrir þetta hefur fjöldi rannsókna (samanber sumar rannsóknir í töflu 3) gefið til kynna að af félagsfærniþjálfun hljótist góður árangur fyrir geðklofasjúklinga. PORT (2009) (*The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team*) mælir með að einstaklingum með geðklofa, sem eiga við félagsleg vandamál að stríða, sé boðið upp á félagsfærniþjálfun meðal annars til að efla félagsleg samskipti þeirra og auka líkur þeirra á sjálfstæðri búsetu (Kreyenbuhl o.fl., 2010).

Tafla 3.

Samantekt rannsóknarniðurstaðna tengdum félagsfærniþjálfun.

Höfundar	Þátttakendur	Meðferð	Samanburður	Niðurstöður	Eftirfylgni/Umræða/Athugasemdir
Granholm, McQuaid, McClure, Lisa og Perivoliotis, 2005.	76 miðaldra og eldri einstaklingar með geðklofa.	24 vikna hópmeðferð. Markmið hennar var að þjálfra félagslega hæfni og vandamálalausn.	Hefðbundin meðferð.	Að lokinni rannsókn mældust þátttakendur félagsfærniþjálfunar virkari félagslega og sýndu betri árangur með tilliti til jákvæðra einkenna.	Einstaklingarnir öðluðust betra hugrænt innsæi sem hjálpaði þeim að takast á við veikindi sín.
Spencer, Gillespie og Ekisa, 1983.	24 einstaklingar með geðklofa.	2 tímar á viku í 2 mánuði. Markmiðið var að þjálfra yrta og óyrta hegðun.	Leiklistarhópur, Umræðuhópur.	Einstaklingar sem sóttu félagsfærniþjálfun sýndu á marktækan hátt betri félagslega hæfni.	Eftirfylgni 2 mánuðum síðar leiddi í ljós að árangur var enn til staðar. Alhæfingargildi meðferðarinnar utan stofnunar var hins vegar ekki kannað.
Bellack, Turner, Hemen og Luber, 1984.	64 einstaklingar með geðklofa.	3 tímar í viku í 3 mánuði. Markmiðið var að þjálfra mannleg samskipti og félagshæfni.	Hefðbundin meðferð.	Enginn marktækur batamunur var á tilrauna- og samanburðarhópi.	Athyglisverð er sú staðreynd að þó enginn munur hafi verið á hópunum tveimur eftir 3 mánuði voru þeir sem sóttu félagsfærniþjálfun mun betur staddir með tilliti til sjúkdóms-einkenna hálfu ári síðar. Þjálfunin virðist hafa haft skýr langtímaáhrif.
Liberman, Mueser og Wallace 1986; Wallace og Liberman, 1985.	28 einstaklingar með geðklofa.	5 sinnum í viku, 2 klukkustundir í senn, í 9 vikur. Markmiðið var að þjálfra hæfni til vandamálalausna (<i>problem solving skills</i>).	Hópur sem hlaut þjálfun í slökun og höndlun streitu.	Einstaklingar sem sóttu félagsfærniþjálfun sýndu meiri hæfni í mannlegum samskiptum. Alhæfingarpróf sem fólst í að eiga samtál við ókunnugan sýndu einnig fram á marktækan mun á milli hópanna, félagsfærniþjálfun í hag. Enginn munur reyndist hins vegar á sjúkdóms-einkennum milli hópa sem mælt var með sjálfsmati.	Mælingar sem fjölskyldur og aðstandendur þátttakenda gerðu á félagshæfni þátttakenda voru í samræmi við niðurstöðurnar.
Dobson, McDougall, Busheikin og Aldous, 1995.	33 einstaklingar með geðklofa.	4 tímar á viku í 9 vikur. Markmiðið var að þjálfra samskiptahæfni.	Umhverfismeðferð (<i>social milieu treatment</i>).	Einstaklingar félagsfærniþjálfunarhópsins mældust með færri neikvæð einkenni að 9 vikum liðnum.	Enginn munur reyndist á hópunum eftir hálfis árs eftirfylgni.

Tafla 3. Framhald.

Samantekt rannsóknarniðurstaðna tengdum félagsfærniþjálfun.

Höfundar	Þátttakendur	Meðferð	Samanburður	Niðurstöður	Eftirfylgni/Umraeda/Athugasemdir
Munroe-Blum og McCleary, 1995.	100 einstaklingar með geðklofa.	4 tímar á viku í 3 mánuði. Markmiðið var að þjálfra hæfni til vandamálalausna (<i>problem solving skills</i>).	Fjölskyldufræðsla um geðsjúkdóma.	Einstaklingar sem sóttu félagsfærniþjálfun sýndu betri félagslega virkni.	Þátttakendur sem voru hluti af fjölskyldu sem tjáðu miklar tilfinningar voru með herra hlutfall endurinnlagna en aðrir.
Hayes, Halford og Varghese, 1995.	63 einstaklingar með geðklofa.	2 tímar á viku í 18 vikur með auknum hvata (<i>booster sessions</i>) á 6 vikna fresti. Markmiðið var að auka samskiptahæfni og hæfni til vandamálalausna.	Umræðuhópur.	Einstaklingar sem sóttu félagsfærniþjálfun sýndu aðeins marktækan umframárangur í mannlegum samskiptum en ekki í hæfni til vandamálalausna né í almennum einkennum sjúkdómsins.	Í þessari rannsókn helltust margir úr lestinni á meðan á rannsókn stóð, eða um 35% allra þátttakenda.
Marder, Wirshing, Mintz, McKenzie, Lebell og Liberman, 1995.	80 einstaklingar með geðklofa.	4 tímar á viku í hálf t ár og síðan 2 tímar á viku í eitt ár. Markmiðið var að þjálfra hæfni til vandamálalausna sem og að auka stjórn einkenna og lyfjagjafar.	Stuðningshópur.	Þátttakendur sem tóku þátt í félagsfærni meðferðinni sýndu betri félagslega aðlögunarhæfni, betri andlega líðan og jákvæðari svörun við lyfjagjöf.	Á þeim tíma sem rannsóknin stóð yfir var enginn munur á hópunum með tilliti til tíðni einkenna sjúkdómsins.
Brown og Munford, 1983.	28 einstaklingar með geðklofa.	140 klukkustundir á 7 vikna tímabili. Markmiðið var að auka hæfni til sjálfstæðrar búsetu.	Hefðbundin meðferð.	Einstaklingar sem sóttu félagsfærniþjálfun sýndu betri hæfni til sjálfstæðrar búsetu sem og meiri lífshamingju.	Í þessari rannsókn var lítið gert til að meta endingu árangurs eða alhæfingu á færni.
Roger, 2006.	36 einstaklingar með geðklofa sem voru þá stundina inni á stofnunum. Allir voru þeir frá Hong Kong í Kína.	2 sinnum í viku í 2 mánuði. Alls 30 klukkustundir. Markmiðið var að þjálfra almmenna félagslega hæfni.	Stuðningshópur.	Það var enginn munur á milli hópa með tilliti til félagslegrar virkni og tíðni einkenna sjúkdómsins.	Þeir sem stóðu að rannsókninni héldu því fram að félagsfærniþjálfun sé ekki áhrifarík meðferðarleið fyrir einstaklinga með geðklofa í Hong Kong í Kína.

2.2.3 Sjálfshjálparhópar.

Í handbók sjálfshjálparhópa hjá Geðhjálp á Íslandi eru sjálfshjálparhópar skilgreindir sem:

„Hóp(ur) fólks með sameiginlegt viðfangsefni sem sækist eftir því að efla eigin bjargráð með því að deila reynslu sinni og hlusta á reynslu annarra. Þessi samskipti hafa það markmið að nýta reynslu á jákvæðan hátt fyrir sjálfan sig og aðra“ (Guðbjörg Daníelsdóttir og Arndís Ósk Jónsdóttir, 2006). Í Sjálfshjálparhópum finna einstaklingar sem glíma við erfiðleika fyrir stuðningi, samstöðu, vináttu og ekki síst geta þeir miðlað af reynslu sinni til annarra og um leið lært af öðrum. Geðhjálp gerði eigindlega könnun árið 2005 um kosti þess að vera hluti af sjálfshjálparhópi. Í grundvallaratriðum voru bæði sjúklingar og aðstandendur þeirra sammála um kosti meðferðarinnar sem voru meðal annars: (1) Samkennd og stuðningur, (2) gefur sjúklingum fastan punkt í vikunni til að staldra við og taka stöðuna á sjálfum sér og veikindum sínum, (3) aukið sjálfstraust, (4) hjálpar til við að koma hugsunum þeirra í orð og (5) aukin félagsleg tengsl og virkni (Guðbjörg Daníelsdóttir og Arndís Ósk Jónsdóttir, 2006). Sjálfshjálparhópar fyrir einstaklinga með geðklofa og fjölskyldur þeirra er meðferðarúrræði sem notið hefur æ meiri vinsælda hin síðari ár. Þar koma sérfræðingar ekki beint að meðferðinni heldur eru það sjúklingarnir sjálfir sem leita ráða hvor hjá öðrum og veita hvorum öðrum stuðning (NIMH, 2009). Þó svo að sérfræðingar sjái ekki um meðferðina með beinum hætti, er samt nauðsynlegt að þeir komi að henni og fylgist með framgangi hennar svo draga megi úr líkum á að hóparnir flosni upp og hætti (Snowdon, 1980).

Sem meðferðarúrræði er oft litið framhjá sjálfshjálparhópum, ef til vill vegna þess hve lítil afskipti sérfræðingar hafa af þeim. Það ætti samt að gæta þess að líta ekki á sjálfshjálparhópa sem upphafsmeðferð vegna þess hve einstaklingar með geðklofa eiga oft á tíðum erfitt með félagsleg samskipti. Meðferðin er mun heillavænni möguleiki þegar einstaklingur hefur sýnt bata og framför í öðrum meðferðum. Önnur útfærsla af meðferðinni snýr að fjölskyldumeðlimum sjúklingsins. Það getur fylgt því mikið álag fyrir ástvini að horfa upp á einstakling

sem er manni náinn með þennan sjúkdóm. Sjálfshjálparhópar fyrir fjölskyldumeðlimi eru fyrir fjölskyldur sjúklinga, þar sem þær koma saman, deila reynslu sinni og læra nýjar leiðir til að takast á við neikvæðar tilfinningar, eins og reiði og hjálparleysi (Grohol, 2011).

Sjálfshjálparhópar skera sig frá öðrum hópmeðferðum með tilliti til að það er lögð megináhersla á sjálfsstyrkingu, reynsluþekkingu og persónulegan stuðning. Þrátt fyrir þá staðreynd að í nútíma meðferðarúrræðum eigi frumkvæði sjúklinga að vera í hávegum haft, eru kerfisbundnar mælingar fyrir áhrif sjálfshjálparhópa af skornum skammti og hvað þá fyrir fólk með geðklofa (Chue, Dickson, Sanderson og Mardon, 2004). Í töflu 4 má sjá samantekt rannsóknarniðurstaðna fyrir sjálfshjálpar- og stuðningshópa. Niðurstöður allra þeirra rannsókna eru jákvæðar og gefa tilefni til bjartsýni um að þetta meðferðarform geti reynst geðklofasjúklingum gagnlegt. Að því sögðu er rétt að halda því til haga að þessar rannsóknir hafa aðferðafræðilega vankanta sem rýrir alhæfingargildi þeirra á fólk með geðklofa. Í fyrsta lagi skortir samanburðarhópa og í annan stað er aðeins hluti þátttakenda með geðklofa og þar með er alvarlega vegið að réttmæti þessara rannsókna í garð geðklofasjúklinga.

Sjálfshjálparhópar eru ekki einhver ein tilgreind meðferð. Hugtakið felur í sér að sjúklingar styrkist, andlega og félagslega, og byrji að hugsa um sjálfa sig sem einstaklinga sem eru fullfærir um að takast á við verkefni daglegs lífs og hefur þetta meðferðarúrræði reynst mörgum vel (Chamberlin, 1990). Árið 2005 var stofnaður sjálfshjálparhópur fyrir einstaklinga með geðklofa á Íslandi og eru haldnir fundir einu sinni í viku. Þeim til halds og trausts eru tveir geðhjúkrunarfræðingar sem starfa við heimageðhjúkrun á vegum geðsviðs Landspítalans. Þátttakendur hópsins deila reynslusögum og þiggja ráð og stuðning hver frá öðrum með það að markmiði að auka samkennd og lífsgæði. Geðhjúkrunarfræðingarnir sem standa að hópnum láta vel af störfum hans og segja reynslu sína bæði ánægjulega og lærdómsríka (Garðar Sölvi Helgason, Guðrún Inga Tryggvadóttir, Helgi Júlíusson og Margrét Eiríksdóttir, 2010).

Tafla 4.

Samantekt rannsóknarniðurstaðna tengdum sjálfshjálparhópum.

Höfundar	Þátttakendur	Meðferðartími	Samanburður	Niðurstöður	Eftirfylgni/Umræða/Athugasemdir
Castelein, Bruggeman, Gaag, Stant og Knegtering, 2008.	106 þátttakendur; 56 í tilraunahópi og 50 í samanburðarhópi. 3/4 hluti þátttakenda voru með geðklofa, aðrir haldnir öðrum geðsjúkdómum.	2svar sinnum í viku í 8 mánuði.	Einstaklingar á biðlista fyrir meðferð.	Þátttakendur sem tóku þátt í sjálfshjálpar- og stuðningshópi sýndu jákvæðan árangur með tilliti til félagslegra þátta í samanburði við samanburðarhóp. Þeir sem stunduðu meðferðina betur í tilraunahópnum mældust með auknið sjálfssálit og aukna lífshamingju.	Þeir sem stóðu að rannsókninni drógu þá ályktun að stuðningurinn sem sjúklingar veita hvor öðrum á jafnréttisgrundvelli sé áhrifaríkt inngríp fyrir þá. Betri árangur meðferðarinnar hélst í hendur við betri mætingu og þátttöku. Aðferðafræðilegur löstur er lítil stjórn á samanburðarhópi með tilliti til lyfjagjafar.
Kaufmann, Ward-Colasante og Farmer, 1993.	478 þátttakendur sem allir voru greindir með geðsjúkdóma, þar á meðal geðklofa. Allir voru þeir hluti af sjálfshjálpar- og stuðningshópum á 9 mismunandi stöðum.	Rannsóknin spannaði hálf ár, þar sem hóparnir hittust að meðaltali 28 sinnum á því tímabili.	Enginn.	Á heildina litið líkaði þátttakendum vel það afslappaða andrúmsloft sem skapast í þessum hópum og fannst gott að eiga þennan örugga samastað.	Auðsjáanlegur aðferðafræðilegur vankantur er skortur á öllum samanburði sem og lítil aðgerðabinding sem rýrir niðurstöður. Engu að síður gefur umsögn þátttakenda tilefni til bjartsýni. Athuga að varasamt er að alhæfa niðurstöður á einstaklinga með geðklofa þar sem þeir voru ótilgreindur hluti af úrtaki.
Kaufmann, 1995.	146 þátttakendur, allir greindir með alvarlega geðsjúkdóma.	Rannsóknin stóð yfir í eitt ár, þar sem mælingar voru gerðar eftir 6 mánuði og svo aftur við lok meðferðar.	Enginn.	Við lok rannsóknarinnar mældist betri árangur þátttakenda með tilliti til atvinnamála. Fleiri höfðu fasta vinnu o.s.frv.	Auðsjáanlegur aðferðafræðilegur vankantur er skortur á öllum samanburði. Athuga að varasamt er að alhæfa niðurstöður á einstaklinga með geðklofa þar sem þeir voru aðeins lítill ótilgreindur hluti af úrtaki.
Chamberlin, Rogers og Ellison, 1996.	271 þátttakandi sem voru hluti af sjálfshjálparhópum í 6 mismunandi borgum í BNA.	Ótilgreindur.	Enginn.	Marktækur árangur mældist á eftirfarandi þáttum: Lífshamingju, sjálfstrausti og félagslegri þátttöku.	Auðsjáanlegur aðferðafræðilegur vankantur er skortur á öllum samanburði. Athuga að varasamt er að alhæfa niðurstöður á einstaklinga með geðklofa þar sem þeir voru aðeins ótilgreindur hluti af úrtaki.
Roberts, Salem, Rappaport, Toro og Seidman, 1999.	98 einstaklingar með alvarlega geðsjúkdóma sem voru þátttakendur í 15 sjálfshjálparhópum.	Meðferðartími var 6-13 mánuðir með meðaltalslengdina 8 mánuði.	Enginn.	Þátttakendur hópanna sýndu árangur með tilliti til sálfræðilegra og félagslegra þátta.	Skortur er á öllum samanburði. Athuga að varasamt er að alhæfa niðurstöður á einstaklinga með geðklofa þar sem þeir voru aðeins ótilgreindur hluti af úrtaki.

2.2.4 Samþætting geðklofa- og vímuefna meðferðar.

Það er staðreynd að næstum helmingur allra einstaklinga með geðklofa misnota vímugjafa, oftast áfengi og/eða kannabisefni, og eru þeir þrisvar sinnum líklegri en aðrir til að misnota efni af þessu tagi. Geðklofasjúklingar sem eiga við vímuefnafíkn að stríða eru líklegri en aðrir geðklofasjúklingar til að (1) hafa aukinn alvarleika einkenna, (2) hafa hærri tíðni endurinnlagna, (3) smitast frekar af sjúkdómum, (4) sýna frekar ofbeldishegðun, (5) búa á götunni og (6) svara mun verr lyfjagöf (Dixon, 1999). Þessi samtvíning geðklofa og vímuefnafíknar á ekki bara við hjá einstaklingum með langvarandi geðklofa, heldur er það mjög algengt að einstaklingar sem eru að upplifa sín fyrstu einkenni misnoti vímugjafa. Til að mynda hafa sumar rannsóknir sýnt fram á að meira en helmingur einstaklinga með byrjunareinkennum sjúkdómsins noti kannabisefni og einnig að neyslan tengist flýkkun geðklofaeinkenna (Green o.fl., 2004). Allsherjargreining (*meta-analysis*) Large og félagi (2011) á rannsóknum tengdum þessu leiddi í ljós að vísbendingar eru um tengsl á milli kannabisneyslu og flýkkun geðrofseinkenna (*psychotic symptoms*) og styður þá kenningu að kannabisneysla auki líkurnar á að sumir einstaklingar þrói með sér sjúkdóminn. Orsakatengslin hafa meðal annars verið rakin til þess að neysla vímuefna eykur magn dópamíns á taugamótum í heila (ofmagn dópamíns í heila er talið tengjast geðklofa, sjá fræðilega umfjöllun) og getur með þeim hætti haft áhrif á þróun sjúkdómsins. Einnig sýnir nýleg rannsókn fram á að rýrnunarferli gráa efni heilans (einnig talið tengjast geðklofa) næstum tvöfaldaðist hjá þeim sjúklingum sem neyttu kannabisefna yfir 5 ára tímabil (Murray, Casadio, Fernandes og Forti, 2011; Volkow, 2009).

Þrátt fyrir að vímuefnaneysla sé algengasti fylgikvilli geðklofa, mæta hefðbundin meðferðarform fyrir vímuefnafíkla oft ekki þörfum geðklofa. Nauðsynlegt er að meðferðar aðilar hafi í huga mögulega vímuefnamisnotkun skjólstæðinga sinna sem þjást af geðklofa. Sérstaklega er mikilvægt fyrir þá að vera vakandi fyrir ýmsum vísbendingum, þegar þeir vinna með óstöðugum einstaklingum, eins og þegar þeir missa oft af tilsettum meðferðartíma

eða svara illa lyfjagjöf (Rosenberg o.fl., 1998). Einstaklingar með geðklofa hafa hag af því að sækja sálfélagslegar meðferðir eins og aðrir sem það gera, en þessi inngríp virðast hafa lítil sem engin áhrif á vímuefnafíkn þeirra. Drake og félagar (2008) tóku saman 45 rannsóknarniðurstöður sem sýndu fram á mikilvægi þess að geðklofasjúklingar sem eiga við vímuefnafíkn að stríða, fái viðeigandi samþættandi meðferð. Þá er átti við meðferð sem snýr að einkennum geðklofa og um leið meðferð við vímuefnaneyslu þeirra. Inngríp sem sameinar lyfjagjöf, sálfélagslegar meðferðir og vímuefnameðferðir í eina heildstæða og yfirgrípsmikla meðferð hafa gefið bestu möguleikana á bata sem meðal annars má mæla í minni vímuefnanotkun og færri endurinnlögnum. Samþætting meðferða af þessu tagi ætti að; (1) stuðla að hugarfarsbreytingu hjá sjúklingi gagnvart eigin vímuefnanotkun og þannig auka líkur á bættri hegðun, (2) veita honum aðgang að ýmiskonar þjónustu eins og félagsstuðningi og (3) hún ætti að gefa færi á að fylgjast með ástandi sjúklingsins til lengri tíma þar sem algengt er að sjúklingar falli í sama farið eftir að eiginlegri meðferð er lokið. Dæmi um meðferð af þessum toga myndi geta falið í sér að sérfræðingar úr nokkrum áttum (oftast klínískir sálfræðingar og geðlæknar) sameina krafta sína til að veita vandaða samþættandi hjálp (Mueser, Noordsy, Drake og Fox, 2003). Eins og áður er vikið að benda niðurstöður rannsókna á samþættingu geðklofa- og vímuefnameðferðar til að af þeim hljótist góður árangur. Í rannsókn Drake og félaga (2006) fengu 130 einstaklingar sem þjáðust bæði af geðklofa og vímuefnafíkn samþættaða meðferð (við geðklofa og vímuefnafíkn). Eftir þriggja ára meðferð lauk tilraunaaðstæðum og fengu þá sjúklingarnir hefðbunda meðferð. Þátttakendum var svo fylgt eftir á 10 ára tímabili. Árangur langflestra þátttakenda jókst stöðugt yfir tímabilið með tilliti til geðrofseinkenna, vímuefnanotkunar, félagslegrar virkni og lífsgæða. Önnur rannsókn skoðaði þriggja ára meðferðarárangur 152 þátttakenda með sömu greiningar. Niðurstöður hennar voru í meginatriðum þær sömu (Xie, McHugo, Helmstetter og Drake, 2005). Í töflu 5 má sjá samantekt rannsóknarniðurstaðna á þessu viðfangsefni. Þar má

meðal annars líta rannsókn Bellack og félag (2006) á 129 þátttakendum (40% með geðklofa, aðrir með annarskonar geðraskanir). Tilraunahópur rannsóknarinnar gekkst undir samþættingu félagsfærniþjálfunar og samtalsmeðferðar (sem miðaði að því að draga úr vímuefnaneyslu) í hálf ári og var stuðningshópur notaður til samanburðar. Þátttakendur tilraunahópsins mældust með marktækt betri árangur með tilliti til eftirfarandi þátta: (1) Minni vímuefnaneyslu, (2) betri meðferðarheldni, (3) meiri félagsleg virkni, (4) aukin lífshamingja og (5) færri endurinnlagnir. Þetta eru jákvæðar vísbendingar um gagnsemi þessa inngríps fyrir geðklofasjúklinga og ætti að gefa talsmönnum samþættingu geðklofa- og vímuefnameðferðar byr undir báða vængi.

Tafla 5.

Samantekt rannsóknarniðurstaðna tengdum samþættingu geðklofa- og vímuefna meðferðum.

Höfundar	Þátttakendur	Meðferð	Samanburður	Niðurstöður	Eftirfylgni/Umræða/Athugasemdir
Barrowclough, Haddock, Tarrier, Lewis, Moring, O'Brien, o.fl., 2001.	36 þátttakendur með geðklofa eða geðklofaeinkenni sem áttu við vímuefnafíkn að stríða.	Samþætting hugrænnar atferlismeðferðar, inngríps sem byggir á fjölskylduviðtölum og hefðbundinni meðferð í því skyni að draga úr vímuefnaeyslu, í 9 mánuði.	Hefðbundin meðferð.	Eftir 1 ár mældust þátttakendur tilraunahóps með minni tíðni endurinnlagna, minni notkun vímugjafa, minni neikvæð og jákvæð einkenni.	Almenn virkni þátttakenda jókst á meðan á rannsókninni stóð og 3 mánuðum síðar var árangurinn enn til staðar. Lítið úrtak gerir alhæfingu niðurstaðna varhugaverða.
Graeber, Moyers, Griffiths, Guajardo og Tonigan, 2003.	30 þátttakendur með geðklofa og áfengissýki.	Samþætting samtalsmeðferðar og fræðslu með það að markmiði að minnka áfengisneyslu. Árangur var metinn eftir 4, 8 og 24 vikur.	Hefðbundin samtalsmeðferð.	Áfengisneysla tilraunahópsins minnkaði á marktækan hátt.	Höfundar rannsóknarinnar tjáðu þessar niðurstöður gefa tilefni til bjartsýni varðandi samþættingu þessara meðferðarinngrípa fyrir einstaklinga með geðklofa og áfengissýki. Lítið úrtak gerir alhæfingu niðurstaðna varhugaverða.
Hellerstein, Rosenthal og Miner, 1995.	47 þátttakendur með geðklofa eða geðklofaeinkenni sem áttu við vímuefnafíkn að stríða.	Samþætting meðferða sem byggir á stuðningshópi og fræðslu í 8 mánuði.	Hefðbundin meðferð.	Enginn marktækur munur reyndist á milli hópa að meðferð lokinni með tilliti til vímuefnaneyslu.	Meðferðin hafði ekki heldur áhrif á fjölda daga sem sjúklingarnir vorðu inni á stofnunum.
Bellack, Bennett, Gearon, Brown og Yang, 2006.	129 þátttakendur sem áttu við vímuefnafíkn að stríða (kókaín, heróín og kannabis). 40% þátttakenda var greindur með geðklofa. Aðrir með annarskonar geðsjúkdóma.	Samþætting félagsfærniþjálfunar og samtalsmeðferðar með það að markmiði að draga úr vímuefnaneyslu í 6 mánuði.	Stuðningshópur.	Árangur tilraunahóps var marktækt betri en samanburðarhópsins. Minni vímuefnaneysla, betri aðsókn í meðferð, meiri félagsleg virkni, aukin lífshamingja og lægri tíðni endurinnlagna.	Niðurstöðurnar eru afar jákvæðar. En ytra réttmæti þeirra er ekki mikið. Til að auka það þarf fleiri þátttakendur sem eru tilbúnir til að taka þátt í meðferðarinngrípum sem þessum.
Lehman, Herron, Schwartz og Myers, 1993.	54 þátttakendur sem voru greindir með geðklofa, geðhvarfasýki eða þunglyndi og áttu við vímuefnafíkn að stríða.	Samþætting hefðbundinnar geðklofa- og vímuefna meðferðar í eitt ár.	Hefðbundin meðferð.	Enginn marktækur munur reyndist á milli hópa að meðferð lokinni með tilliti til andlegrar heilsu eða vímuefnaneyslu.	Meðferðin hafði ekki heldur áhrif á fjölda daga sem sjúklingarnir vorðu inni á stofnunum. Athuga að hér er aðeins hluti úrtaks með geðklofa sem gerir alhæfingu niðurstaðna óréttmæta.

2.2.5 Hugræn þjálfun.

Undanfarin ár hafa vinsældir hugrænnar þjálfunar aukist til muna sem meðferðarúrræði við geðklofa. Einstaklingar með geðklofa búa við djúpstæða hugræna skerðingu sem lýsir sér meðal annars í lélegri hæfni til að skilja upplýsingar og nota þær til ákvarðanatöku, einbeitingarleysi og athyglisbrestis (NIMH, 2009; Weinberger, Berman og Illowsky, 1988). Þessi hugræna skerðing leiðir til þess að daglegt líf sjúklinga raskast mjög (oft meira en af völdum jákvæðra og neikvæðra einkenna) meðal annars með tilliti til félagslegrar virkni, sjálfstæðrar búsetu og atvinnumála. Ólíkt geðrofseinkennum, sem hafa tilhneigingu til að aukast og minnka yfir tímabil, er þessi hugræna skerðing viðvarandi og geðrofslyf sýna lítinn árangur gagnvart henni (Bratti og Bilder, 2006; Green, 1996; Keefe, Bilder og Davis, 2007). Hægt er að skilgreina hugræna þjálfun sem leið sem hefur það að markmiði að; (a) bæta hugræna virkni einstaklinga, svo sem vinnsluminni og athygli og (b) auka virkni þeirra í daglegu lífi meðal annars með tilliti til félagslegra þátta (Kern, Glynn, Horan og Marder, 2009). Fræðimenn hafa notað misjöfn heiti á þessum meðferðum, en tvær vinsælar eru hugrænar úrbætur (*cognitive remediation*) og hugræn endurhæfing (*cognitive rehabilitation*). Þjálfunaræfingar í gegnum tölvur hafa einnig notið vinsælda en slík nálgun á sér langa sögu, enda langt síðan menn byrjuðu að þróa forrit sem ætluð eru fyrir fólk með heilaskemmdir (Twamley, Jeste og Bellack, 2003).

Meðferðarinnngrip sem byggist á hugrænum endurbótum hefur notið töluverðra vinsælda síðasta áratuginn og var þróað af Englendingnum Til Wykes, prófessor í klínískri sálfræði, og hans teymi. Hugrænar endurbætur er yfirheiti aðferða sem kenna ákveðna tækni hugsunar og felur í sér meðal annars að; (1) bæta hugræna virkni (eins og munnlegt og sjónrænt vinnsluminni og skipulagsgetu), (2) auka hvatningu og að (3) yfirfæra hæfni yfir á daglegt líf. Allt eru þetta þættir sem hjálpa sjúklingum að auka virkni sína í samfélaginu (Wykes og Van der Gaag, 2001). Þessar nálganir spanna allt frá þröngt skilgreindum

inngrípum, sem ganga út á að kenna þátttakendum að bæta frammistöðu sína á tauga-sálfræðilegum prófum, til yfirgrípsmikilla úrbótaæfinga sem felast í auknum mæli í tölvunámi (Galletly, Clark og MacFarlane, 2000). Þar sem þessar aðferðir fyrir geðklofasjúklinga eru enn að taka breytingum og þróast og rannsóknir sýnt misjafnan árangur (Pilling o.fl., 2002), ríkir óvissa um hvaða tækni sé árangursríkust og hvort niðurstöður séu jákvæðar, bæði hvað varðar viðvarandi áhrif á hugarstarf (eins og minni) og félagslega virkni (Wykes og Van der Gaag, 2001).

Markmið hugrænnar endurhæfingar er að yfirstíga vitsmunalegan sjúkleika til að bæta virkni sjúklings með því að nýta eins og kostur er þá vitsmunalegu þætti sem eru óskaddaðir. Tvær helstu aðferðir sem beitt er í hugrænni endurhæfingu eru: (1) Villulaust nám (*errorless learning*) sem snýst um þjálfun er byggir á þeirri forsendu að geri maður mistök leiði það til neikvæðra afleiðinga. Villulaust nám er tækni sem kemur í veg fyrir að þátttakendur geri villur á meðan á námi stendur en rannsóknir hafa sýnt að mistök við nám geta reynst einstaklingum með geðklofa afar þungbær. Verkefni eru smætтуð í minni og einfaldari verkefni og smám saman er erfiðleikastig þeirra aukið eftir því sem þátttakanda fer fram. Á meðan sjúklingur leysir verkefni er ýmsum kennsluáðferðum beitt til að hindra mistök og markhegðun styrkt. Þegar verkefnið er svo leyst er það endurtekið svo sjúklingur nái fullkomnu valdi á því. Hér er sem sé unnið með að koma í veg fyrir mistök á meðan tiltekið verkefni er leyst og þess gætt að þátttakandi nái fullkomnu valdi á verkefni sínu (O'Carroll, Russell, Lawrie og Johnstone, 1999). (2) Hugræn aðlögunarþjálfun (*cognitive adaptation training*) er annað dæmi um nálgun í hugrænni endurhæfingu. Hún snýst um að stuðla að því að einstaklingur með geðklofa nýti sér þær einföldu vísbendingar sem honum bjóðast í umhverfi sínu, eins og atriðalista og lyfjaleiðbeiningar, og tileinki sér ákveðna rútnu eins og að fylgjast með sínum eigin gjörðum. Þjálfunin er leið til að koma í veg fyrir mistök og hliðarspor í átt að bata hjá sjúklingum (Velligan, Mahurin, Lefton, True og Flores, 1996).

Rannsóknir hafa sýnt að þjálfunin leiðir til betri aðlögunarhæfni, aukinnar lífsgæða og færri jákvæðra einkenna. Hugræn aðlögunarþjálfun hefur einnig verið tengd lægri tíðni endurinnlagna sjúklinga, aukins áhugahvatar og félagsvirkni. Þrátt fyrir að villulaust nám og hugræn aðlögunarþjálfun notist við ólíkar nálganir virðast þær báðar vera gagnlegar sem meðferðarúrræði fyrir geðklofasjúklinga (Velligan og Bow-Thomas, 2000; Velligan Prihoda og Ritch, 2002).

Tölvuforrit sem ætluð eru til hugrænnar þjálfunar eru vinsæl og eiga sér allanga sögu enda langt síðan menn byrjuðu að nýta sér tæknina til að þróa forrit til hjálpar fólki með heilaskemmdir. Þessi forrit snúa aðallega að athyglisþæfni fremur en að lausn verkefna. Forskotið sem þessi nálgun hefur byggir meðal annars á; (1) að hægt er að breyta erfiðleikastigi verkefna á kerfisbundinn hátt, (2) tölvuforritin gefa endurgjöf samstundis, (3) hægt er að nota mismunandi styrkingarhætti og (4) þau gefa betri heildarsýn yfir námsferlið. Þó þessi aðferð hafi sína kosti eru engu að síður á henni ýmsir vankantar. Sjúklingur í þessu meðferðarformi framkvæmir sín verkefni einn og á ekki í samskiptum við annað fólk á meðan á þeim stendur og fer því á mis við þá kosti sem fylgja því að leysa verkefni með öðrum. Rannsóknir sýna einnig fram á lágt alhæfingargildi þessara aðferða og fáar vísbendingar eru til þess fallnar að tölvuforritin leiði til almennra bætinga fyrir virkni sjúklingsins (Tomás, Fuentes, Roder og Ruiz, 2010).

Sumar rannsóknaniðurstöður sem tengjast hugrænni þjálfun gefa tilefni til bjartsýni á að inngripið stuðli að framförum hjá geðklofasjúklingum, meðal annars með tilliti til hugrænnar virkni eins og minni, athygli og aðlögunarhæfni (sjá nánar í töflu 6). Hugræn þjálfun er einnig mikilvæg í ljósi þess að hugræn skerðing (eins og skert athygli) getur truflað og dregið úr árangri annarra sálfélagslegra meðferða eins og félagsfærniþjálfunar og hugrænna atferlismeðferða (Bell og Berson, 2001). Aðrar niðurstöður eru öllu neikvæðari. Því er haldið fram að þrátt fyrir vinsældir þessara inngripa sé árangurinn vonbrigði og sumir

ganga svo langt að leyfa sér að efast um hvort hugræn þjálfun sé þess virði að eyða tíma og fjármunum í (Silverstein og Wilkniss, 2004). GDG hópurinn (2010) tók saman niðurstöður 25 rannsókna (alls með 1.390 einstaklingum með geðklofa eða geðklofaeinkenni) á árangri hugrænnar þjálfunar sem gerðar voru á árunum 1994-2008. Samantektin leiddi í ljós að engar sannfærandi vísbendingar eru um að hugræn þjálfun leiði til marktæks betri árangurs borið saman við hefðbundna umönnun eða önnur meðferðarúrræði með tilliti til hugrænna eða annarra mikilvægra þátta eins og minnkun geðrofseinkenna (The British Psychological Society og The Royal College of Psychiatrists, 2010).

Tafla 6.

Samantekt rannsóknarniðurstaðna tengdum hugrænni þjálfun.

Höfundar	Þátttakendur	Meðferð	Samanburður	Niðurstöður	Eftirfylgni/Umræða/Athugasemdir
Wykes, Reeder, Williams, Corner, Rice og Everitt, 2003.	Þátttakendur voru 33 einstaklingar með geðklofa.	17 þátttakendur fengu inngrip byggt á hugrænum úrbótum og 16 skipuðu samanburðarhóp.	Hefðbundin meðferð.	Meðferðin leiddi til aukinnar hugrænnar virkni og aukins sjálfstrausts hjá tilraunhópnum. Þeir mældust einnig með færri geðræn einkenni sem og bætingu í félagslegri færni.	6 mánuðum síðar var árangurinn enn til staðar hjá þátttakendum tilraunahópsins, sérstaklega hvað varðar minnishæfni. Niðurstaðan er jákvæð þó frekari rannsókna sé þörf að mati höfunda.
Wykes, Reeder, Landau, Everitt, Knapp og Patel, 2007.	85 einstaklingar með geðklofa.	Helmingur þátttakenda fengu inngrip byggt á hugrænum úrbótum í 40 vikur. Árangur vinnslu-minnis, hugræns sveigjanleika og skipulagningar var mældur eftir 14 vikur og svo aftur í lok meðferðar.	Hefðbundin meðferð.	Marktækur árangur í bætingu vinnsluminnis mældist hjá þátttakendum tilraunahópsins sem og í hugrænum sveigjanleika. Aukinn árangur tengdum vinnsluminni hélst í hendur við aukna félagslega virkni.	Hugrænar úrbætur leiða til varanlegs árangurs varðandi minni. Þessi árangur er svo beintengdur aukinni félagslegri virkni sem leiðir til meiri lífsgæða fyrir sjúklinga.
Gaag, Kern, Bosch og Liberman, 2002.	42 einstaklingar með geðklofa sem voru inni á stofnunum.	Helmingur þátttakenda fengu inngrip byggt á hugrænum úrbótum í 3 mánuði. Markmiðið var að auka félagslegan og tilfinningalegan skilning sem og bæta minni og félagslega virkni.	Tómstundahópur.	Tilraunahópurinn mældist með aukinn tilfinningalegan skilning og aukna félagslega virkni.	Niðurstaðan gefur tilefni til hóflegar bjartsýni þó árangur hafi ekki aukist á öllum þeim breytum sem mældar voru.
Kern, Liberman og Kopelowicz, 2002.	65 einstaklingar með geðklofa sem voru atvinnulausir.	Þátttakendur tilraunhópsins gengust undir hugræna endurhæfingu (villulaust nám) í 3 mánuði.	Hefðbundin kennsla.	Hugræna endurhæfingin leiddi til betri árangurs (færri villur) í þeim verkefnum sem lögð voru fyrir hópana sem og meiri sköpunargleði. Það var enginn munur á hversu fljótir þátttakendur voru að vinna verkefnin.	Þegar árangurinn var skoðaður eftir 3 mánuði kom í ljós að færmin hafði minnkað á marktækan hátt. Niðurstaða rannsóknarinnar var jákvæð en frekari rannsókna er þörf til að staðfesta notagildi hennar til lengri tíma.
Hogarty, Greenwald og Eack, 2006.	121 einstaklingur með geðklofa eða geðklofaeinkenni. 106 einstaklingar kláruðu meðferðirnar.	67 einstaklingar sóttu hugræna þjálfun og 54 skipuðu samanburðarhóp yfir 2ja ára tímabil. Ætlunin var að kanna langtímaáhrif meðferðarinnar.	Stuðningsmeðferð.	Þátttakendur tilraunahópsins sýndu betri árangur á eftirfarandi þáttum: vinnsluminni, hugrænum þáttum, félagslegum skilningi og aðlögunarhæfileikum.	Þessi yfirgripsmikla rannsókn gefur afar jákvæðar niðurstöður með tilliti til árangurs hugrænnar þjálfunar til lengri tíma.

2.2.6 Fjölskylduinnngrip.

Frá því á áttunda áratug síðustu aldar hefur fjölskyldum geðklofasjúklinga staðið til boða sálfélagsleg innngrip. Þessi meðferðarnálgun þróaðist út frá rannsóknum tengdum fjölskyldu- umhverfi sjúklinga og hugsanlegum áhrifum þess á einkenni og þróun sjúkdómsins. Þegar talað er um fjölskyldu í þessu samhengi er verið að vísa í einstaklinga sem eru nákomnir sjúklingi og tengjast honum tilfinningalegum böndum eins og foreldrar, systkini eða vinir (Barbato og D'Avanzo, 2000; Lam, 1991). Dæmi um rannsóknarverkefni tengdu fjölskyldu- umhverfi sjúklings er rannsókn unnin af Brown og félögum (1962) sem útfærðu mælieiningu fyrir tjáðar tilfinningar (*expressed emotions*) innan fjölskyldna og gátu sýnt fram á jákvæð tengsl á milli tjáðra tilfinninga og aukinnar tíðni endurinnlagna sjúklinga. Mikilvægi þessarar vinnu lá í því að þarna var kominn grunnur sem hægt var að byggja á meðferðarúræði (í þessu tilfelli fjölskylduinnngrip) sem gætu haft áhrif á þróun sjúkdómsins. Fjölskylduinnngrip hafa mismunandi eiginleika og aðferðir, en forsendur þeirra eru þær sömu og eru eftirfarandi samkvæmt Gale og Long (1996):

1. Sjúklingi og fjölskyldu hans er veitt fræðsla um líffræðilegt eðli sjúkdómsins og helstu meginþemu meðferða sem standa til boða.
2. Fjölskyldan er skilgreind sem bandamenn og stuðningsfólk og er hvött til að forðast neikvæðar tilfinningar eins og sorg, ótta og sektarkennd. Sumum fjölskyldum finnst þeim bera, að einhverju leiti, ábyrgð á ástandi ástvinnar síns og finna til vanmáttar sem leiðir til sorgar og kvíða. Sektarkenndin getur sprottið upp því þeim finnst þau ekki geta gert meira fyrir hann. Þessar neikvæðu tilfinningar geta verið streituvaldandi bæði fyrir aðstandendur og sjúklingin sjálfan (Leff, 1998).
3. Sérstök fræðslumiðstöð er sett á laggirnar við upphaf meðferðar þar sem haldnir eru reglulegir fundir. Sérfræðingar geta veitt stuðning en oftast veita aðrar fjölskyldur stuðning sem eru í sömu aðstöðu.

4. Inngripid er hugsað til langtíma, yfirleitt í tvö ár að minnsta kosti.
5. Fjölskyldumeðlimum er hjálpað við að bæta samskipti sín við sjúkling en rannsóknir hafa sýnt að þættir eins og fjandsemi og of mikil afskipti (*overinvolvement*) tengjast hærrí tíðni endurinnlagna þeirra (líklega vegna þeirrar streitu sem þessir þættir valda báðum aðilum) á meðan hlýja og kærleikur tengist góðum árangri með tilliti til þessa (Leff, 1998). Endurinnlagnir einstaklinga með geðklofa eru tíðar, eða um 50-60% að meðaltali, fyrsta árið. Rannsóknir hafa gefið til kynna að með fjölskyldumeðferðum megi draga úr tíðni endurinnlagna niður í 5-10%.
6. Inngripin eru hluti af heildar meðferðarpakkanum – meðfram reglubundinni lyfjagjöf og öðrum klínískum meðferðum (Gingerich og Bellack, 1995). Megintilgangurinn er að fræða fjölskyldu sjúklingsins um sjúkdóminn og hvernig best sé að bregðast við þeirri afbrigðilegu hegðun sem kvillanum fylgir.

Dæmi um lýsandi fjölskylduinngrip er eftirfarandi: Meðferðaraðili fær sjúkling og eins marga fjölskyldumeðlimi og tök eru á, til að taka þátt í meðferðinni (foreldra, systkini, eiginkonu/eiginmann, kærustu/kærasta, frænkur/frændur, vini og svo framvegis). Síðan eru þau, en ekki sjúklingur á þeim tímapunkti, boðuð á eins konar fræðsluráðstefnu (*psycho-educational workshop*) þar sem nokkrir meðlimir annarra fjölskyldna koma einnig til að ræða málin og deila reynslu (algengt um það bil fimm fjölskyldur). Megintilgangur þess að fá þau saman er að koma á framfæri fræðslu um sjúkdóminn og hvernig best sé að bregðast við þeim þáttum sem honum fylgja. Fengnir eru gestafyrirlesarar, til dæmis læknar, hjúkrunarfræðingar og sálfræðingar, og eru fjölskyldumeðlimir hvattir til að spyrja spurninga á meðan á fyrirlestri stendur. Umsjónarmann hópsins má líta frekar á sem kennara en meðferðaraðila, hann veitir upplýsingar, stuðning og tillögur. Einnig eru fjölskyldumeðlimir hvattir til að deila reynslu sinni með öðrum og með því móti fundið stuðning og samstöðu sem dregur úr streitu og kvíða. Eftir að hafa sótt fræðslusetrið er sjúklingi og fjölskyldumeðlimum boðið að hitta

stuðningshóp sem hittist, í um það bil 90 mínútur, mánaðarlega. Þar er meginþemað það sama og á fræðslusetrinu þar sem veitt er fræðsla og stuðningur, oft með gestafyrirlesurum. Reynt er að hafa andrúmsloftið sem mest afslappað og eru meðlimir hópsins hvattir til að tjá sig og taka þátt í umræðunni. Oftar en ekki myndast sterk tengsl milli meðlima hópsins og gerist það ósjaldan að þeir skipuleggi eitthvað upp á eigin spýtur, eins og teiti eða aðra hittinga (Schooler o.fl., 1994).

Margar rannsóknir hafa gefið góðar vísbendingar um að fjölskylduinngrip geti komið í veg fyrir bakslag sjúklings í meðferð. Í töflu 7 má sjá samantekt rannsóknarniðurstæðna tengdum mismunandi gerð fjölskylduinngripa og þar má einnig finna jákvæðar niðurstæður með tilliti til sjúkdómseinkenna og tíðni endurinnlagna. Dæmi um það er rannsókn Fallonn og féлага (1982), en þar fékk tilraunahópurinn fjölskyldumeðferð með það að markmiði að bæta hegðun, samskipti og streitustjórnun á 40 fundum yfir tveggja ára tímabil. Þátttakendur samanburðarhópsins fengu stuðningsmeðferð. Þátttakendur fjölskyldumeðferðarinnar mældust með betri árangur gagnvart sjúkdómseinkennum sem og með færri endurinnlagnir. Einnig var heilbrigðiskostnaður þessara þátttakenda lægri en fyrir þátttakendur samanburðarhópsins. GDG hópurinn (2010) tók saman 38 rannsóknarniðurstæður (samtals með 3.134 geðklofasjúklingum) frá árunum 1978-2008. Rannsóknarteymið ályktaði út frá þeim gögnum að fjölskylduinngrip sé áhrifarík leið til að draga úr endurinnlögnum einstaklinga með geðklofa. PORT (2009) (*The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team*) mælir með að þeir geðklofasjúklingar sem eru í sambandi við fjölskyldu sína eigi að bjóða upp á fjölskylduinngrip sem varir í að minnsta kosti 6-9 mánuði. Inngrip að þeirri lengd hafa sýnt marktækan árangur gagnvart bakslögum og endurinnlögnum hjá sjúklingum, en slík inngrip draga einnig úr álagi og streitu hjá fjölskyldumeðlimum (Kreyenbuhl o.fl., 2010; The British Psychological Society og The Royal College of Psychiatrists, 2010). Eftirgrennslan á því hvaða þættir fjölskylduinngripa eru áhrifamestir hafa sýnt; (1) að hægt er að halda fram með þokkalegu

öryggi, að sálfræðileg kennsla ein og sér um sjúkdóminn, sýni lakari árangur en inngríp sem byggir á samþættingu atriða eins og stuðning meðfram kennslunni og (2) að inngríp þar sem nokkrar fjölskyldur taka þátt í meðferð sýna betri árangur en þegar fjölskyldan er ein (Dixon og Lehman, 1995).

Tafla 7.

Samantekt rannsóknarniðurstaðna tengdum fjölskylduinngripum.

Höfundar	Þátttakendur	Meðferð	Samanburður	Niðurstöður	Eftirfylgni/Umræða/Athugasemdir
Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Fries og Sturgeon, 1982.	24 þátttakendur með geðklofa. Kynjahlutfall var jafnt og meðalaldur var 35 ár.	Fjölskylduinngrip þar sem fjölskyldur hittu meðferðaraðila í 21 skipti yfir 9 mánaða tímabil. Inngripið snerist um að draga úr endurinnlögnum.	Hefðbundin meðferð.	Að meðferð lokinni mældist tilraunahópurinn með betri árangur bæði með tilliti til sjúkdómseinkenna og tíðni endurinnlagna.	2 árum síðar var enginn munur á milli hópanna. 2 af þátttakendum tilraunahópsins höfðu þá framið sjálfsmorð.
Fallon, Boyd, McGill, Razani, Moss og Gilberman, 1982.	36 þátttakendur með geðklofa. 67% karlar og meðalaldur 26 ár.	Fjölskyldumeðferð sem einblíndi á hegðun, samskiptahæfni, hæfnisþjálfun, streitukennsl, streitu-stjórnun og hæfni til vandamálalausna. Samtals 40 fundir á 2 árum.	Stuðningsmeðferð.	Tilraunahópur mældist með marktækan betri árangur með tilliti til tíðni endurinnlagna og sjúkdómseinkenna.	Heilbrigðiskostnaður tilraunahópsins var lægri en samanburðarhópsins sem þýðir að fleiri þættir eru undir sólinni en heilsa sjúklinganna.
Glick, Spencer og Clarkin, 1990.	92 þátttakendur með geðklofa eða geðklofaeinkenni. Kynjahlutfall svipað og meðalaldur 27 ár.	Fjölskyldumeðferð sem einblíndi á almenna virkni, fjölskyldubönd og sjúkdómseinkenni. Hver fjölskylda fékk að meðaltali 8,6 fundi á tæpum 2 mánuðum.	Hefðbundin meðferð.	Enginn munur á hópunum hvað varðar almenna virkni, sjúkdómseinkenni og viðhorf sjúklinga til fjölskyldna sinna.	Við 6 mánaða eftirfylgni mældust konur með betra viðhorf gagnvart fjölskyldum sínum en að öðru leyti var enginn munur á þátttakendum hópanna. Eftir 18 mánuði mældust svo aðeins konur með betri árangur með tilliti til almennrar virkni, sjúkdómseinkenna og viðhorfa til fjölskyldna sinna.
Zastowny, Lehman, Cole og Kane, 1992.	30 þátttakendur með geðklofa. 80% karlar og meðalaldur 24 ár.	Fjölskyldumeðferð sem einblíndi á sjúkdómseinkenni, almenna virkni, samfélagsumráðarétt, fjölskyldubönd og lífshamingju. 16 vikulegir fundir og svo einu sinni í mánuði í eitt ár.	Hefðbundin meðferð.	Niðurstöður þegar 4 mánuðir voru liðnir gáfu til kynna neikvæðan árangur fyrir báða hópa, en þó aðeins lítillaga tilraunahópi í hag. Sama niðurstaða var uppi á teningnum við lok meðferðar.	
Zhang, Wang, Jianjun og Phillips, 1994.	78 þátttakendur með geðklofa. Allt karlmenn og meðalaldur 24 ár.	Fjölskyldumeðferð sem stóð yfir í 1½ ár. Að meðaltali 6 fundir. Einblínt var á almenna virkni og sjúkdómseinkenni.	Hefðbundin meðferð.	Við lok meðferðar mældust þátttakendur tilraunahópsins með betri marktækan árangur, bæði varðandi almenna virkni og sjúkdómseinkenni.	6% þátttakenda hættu í meðferð á meðan á rannsókn stóð.

2.2.7 Virk samfélagshjálp.

Virk samfélagshjálp er aðferð þar sem fólki með alvarlega geðræna kvilla er veitt meðferð í samfélaginu. Fyrstu prófanir þessa meðferðarforms voru gerðar fyrir rúmum þremur áratugum sem tilraun til að draga úr tíðni endurinnlagna sjúklinga (McGrew, Bond og Dietzen, 1994; Thompson, Griffity og Leaf, 1990). Þessi leið hefur reynst vel sem þjónusta við geðklofa-sjúklinga og felur í sér sérhæft meðferðarteymi sem veitir einstaklingum heildstæðan stuðning eftir þörfum hvers og eins utan stofnanna (Bond, 2002).

Samkvæmt Bond (2002) felast mikilvægustu þættir virkrar samfélagshjálpar meðal annars í eftirfarandi þáttum: (1) Meðferðarteymi, samsett af fólki með sérfræðikunnáttu á sínu sviði, sem veitir þverfaglega og einstaklingsmiðaða geðþjónustu. Þetta geta verið geðlæknar, sálfræðingar, hjúkrunarfræðingar, félagsráðgjafar, atvinnuráðgjafar, iðjuþjálfar og vímuefnaráðgjafar. Sem dæmi þá felst starf sálfræðings í teyminu meðal annars í sér sálfræðilega meðferð sjúklinga, handleiðslu og fræðslu (Helga Ólafsdóttir, 2010). (2) Samfélagsleg hjálpar veitir samþætta aðstoð sem felur meðal annars í sér að halda einkennum sjúkdómsins í skefjum og að takast á við viðvarandi einkenni hans, veita sjúklingum sem eiga við vímuefnavanda að stríða aðstoð og veita fjölskyldu sjúklings hjálpar svo eitthvað sé nefnt. Árangur samþættingu meðferðanálgana er vel þekktur. (Bond, 1998; Drake, Becker, Xie, & Anthony, 1995; Rosenheck o.fl.,1998). (3) Hver og einn sérfræðingur í meðferðarteyminu sér um og er í góðu sambandi við ákveðinn fjölda sjúklinga. Meðferðarteymið hittist svo daglega til að ræða mál skjólstæðinga sinna og gang meðferðar. (4) Meðferðarteymið sér um að heimsækja skjólstæðinga sína. Þumalputtareglan gengur út á það að minnsta kosti 80% allra samskipta milli meðferðaraðila og sjúklinga fari fram utan stofnana. Ástæðan er sú að haldið er fram að fundir við sjúklinga utan spítala hafi meiri áhrif á viðkomandi sökum þess að kennsla sem fram fer inni á stofnunum yfirferist síður á daglegt líf sjúklingsins (Dilk og Bond, 1996). (5) Meta skal vandlega þá lyfjagjöf sem hver og einn sjúklingur gengst undir. (6) Lögð er mikil

áhersla á að hjálpa sjúklingum með hluti sem skipta máli í daglegu lífi eins og ýmis innkaup, borga reikninga og að eiga í öruggt húsnæði að venda. Að lokum (7) er mikilvægt að átta sig á að þetta meðferðarúrræði miðast ekki við nein tímamörk. Sjúklingarnir útskrifast ekki, heldur er þeim veitt hjálp eins lengi og þeir teljast þurfa.

Bond og félagar (2001) tóku saman niðurstöður 25 samanburðarrannsókna á áhrifum samfélagshjálpar á geðklofa og drógu þá ályktun að samfélagshjálp sé mjög árangursrík leið til að hvetja sjúklinga til að taka þátt í meðferðum. Hún fækkar dögum sem sjúklingar þurfa að verja á stofnunum, eykur líkur á sjálfstæðri búsetu og veitir miðlungs framfarir gagnvart geðrofseinkennum og lífsgæðum. Scott og Dixon (1995) skoðuðu einnig áhrif virkrar samfélagshjálpar og gefa niðurstöður þeirra einnig sterklega til kynna að aðferðin dragi úr tíma sem sjúklingar þurfa að verja inni á stofnunum sem og að draga úr tíðni endurinnlagna. Annað dæmi um ágæti samfélagshjálpar er frá Test og Stein (1980) sem unnu með sjúklingum með geðklofa þar sem þeim var veitt inngríp á heimili sínu eða nánasta samfélagi í 14 mánuði og svo var þeim fylgt eftir í 28 mánuði eftir það. Framfarir þessara einstaklinga voru bornar saman við framfarir annars hóps sem fékk hefðbundna lyfjameðferð á spítala við jákvæðum einkennum sjúkdómsins. Þeir einstaklingar sem fengu meðhöndlun á sínu eigin heimili voru ólíklegri en einstaklingar samanburðarhópsins til að þurfa endurinnlögn á spítala og voru ólíklegri til að vera atvinnulausir. Þar að auki tjáðu sjúklingar tilraunahópsins meiri lífsgæði og minna magn jákvæðra einkenna. Taka skal þó með í reikninginn að þátttakendur tilraunahóps gætu hafa verið betur staddir til að byrja með. Í töflu 8 má sjá samantekt rannsóknar-niðurstaðna tengdri virkri samfélagshjálpi, þar sem rauði þráðurinn er sá að hjálpin virðist fækka þeim dögum sem sjúklingar þurfa að dvelja á spítala eða stofnunum. GDG hópurinn (2010) tók saman niðurstöður úr 22 rannsóknum sem gerðar voru í Bandaríkjunum (18), Kanada (2), Svíþjóð (1) og Bretlandi (1) þar sem allir þátttakendur (alls 3.722) voru greindir með alvarlega geðkvilla (þar á meðal geðklofa). Hópurinn ályktaði að það ætti að bjóða

einstaklingum með alvarlega geðkvilla upp á virka samfélagshjálp, einkum þeim sem eiga sér sögu um tíða hrösun í meðferð (The British Psychological Society og The Royal College of Psychiatrists, 2010).

Samfélagshjálp er mest notuð í Bandaríkjunum en einnig í löndum eins og Bretlandi, Ástralíu, Svíþjóð og Danmörku (Félagsmálaráðuneytið, 2006). Hér á landi hefur þessi tegund meðferðar verið að skjóta rótum, en í janúar 2010 var svokallað samfélagsgeðteymi sett á laggirnar á vegum Landspítalans sem tveggja ára tilraunarverkefni. Markmið samfélagsgeðteymisins eru eftirfarandi samkvæmt Helgu Ólafsdóttur (2010):

1. Að veita þverfaglega og einstaklingsmiðaða geðþjónustu í nærsamfélaginu.
2. Að minnka þörf á innlögnum og stytta innlagnartíma með því að tryggja góðan stuðning og eftirfylgd.
3. Að rjúfa félagslega einangrun og hvetja skjólstaðinga til virkrar þátttöku í eigin bata með sjálfstæðri búsetu utan stofnana og virkni í samfélaginu.
4. Að greiða leið einstaklinga að viðeigandi þjónustu.
5. Að viðhalda og styrkja félagslegt tengslanet einstaklingsins.

Mikilvægt er að huga að ýmsum þáttum þegar kemur að inngripi eins og samfélags-hjálpin er. Tryggja þarf að þjónusta við geðfatlað fólk utan heilbrigðisstofnana sé nógu öflug svo hún geti skilað árangri og náð tilætluðum markmiðum. Því hefur verið haldið fram, meðal annars hér á landi, að geðheilbrigðisþjónusta utan sjúkrahúss sé ódýrari í rekstri en sú sem fer fram innan veggja þess. Niðurstöður rannsókna gefa aftur á móti til kynna að svo sé málum ekki endilega háttáð og þá sérstaklega ekki þegar þjónustuþörfin er mikil eins og raunin er í mörgum tilfellum hjá fólki sem glímir við geðklofa (Félagsmálaráðuneytið, 2006).

Tafla 8.

Samantekt rannsóknarniðurstæðna tengdum virkri samfélagshjálp.

Höfundar	Þátttakendur	Meðferðartími	Samanburður	Niðurstöður	Eftirfylgni/Umræða/Athugasemdir
Lehman, Dixon, Kernan, DeForge og Postrado, 1997.	152 þátttakendur greindir með alvarlega geðsjúkdóma, meðal annars geðklofa, sem allir voru heimilisláusir.	Tilraunahópurinn fékk virka samfélagshjálp (<i>assertive community treatment</i>) þar sem árangur var mældur eftir 2, 6, og 12 mánuði.	Hefðbundin samfélagsþjónusta.	Þátttakendur tilraunahópsins mældust á marktækan hátt með færri daga inni á stofnunum og færri neyðarheimsóknir umsjáraðila til þeirra. Þeir sýndu einnig meiri árangur gagnvart einkennum sjúkdómsins og meiri lífshamingju.	Þessar niðurstöður gefa án efa notagildi virkrar samfélagshjálpar byr undir báða vængi. Þetta er stórt úrtak en hafa skal samt sem áður í huga að geðklofasjúklingar eru aðeins hluti af úrtaki og því alhæfingargildi niðurstæðna ekki eins mikið á þeirra þýði.
McGrew, Wilson og Bond, 2002.	182 einstaklingar með geðsjúkdóma.	Rannsóknin snerist um að vita hvað einstaklingum sem fá virka samfélagshjálp líkar síst við inngripið. Þátttakendur komu í viðtal og svöruðu spurningalista.	Enginn.	44% þátttakenda sögðust ekki mislíka neitt og höfðu ekkert nema jákvæða hluti um inngripið að segja. Um það bil 10% kvörtuðu helst undan því að þjónustan væri ekki nógu oft til staðar og önnur 10% að hún væri uppþrengjandi.	Þetta var fyrsta alvöru rannsóknin sem kannaði þetta viðfangsefni þegar hún var framkvæmd.
Salkever, Domino, Burns, Santos, Deci, Dias o.fl., 1999.	144 einstaklingar með geðsjúkdóma.	Tilraunahópurinn fékk virka samfélagshjálp þar sem gögnum var safnað saman frá ágúst 1989 til júlí 1991. Tilgangurinn var að kanna áhrif hennar á stofnanavist.	Hefðbundin umönnun.	Þátttakendur tilraunahópsins voru 40% ólíklegri til að þurfa vistun á stofnunum. Áhrifin voru greinilegri eftir því sem einstaklingarnir voru eldri.	18 mánaða eftirfylgni leiddi í ljós að áhrifin voru enn til staðar. Hafa skal í huga að geðklofasjúklingar eru aðeins hluti af úrtaki og því alhæfingargildi niðurstæðna ekki eins mikið á þeirra þýði.
Bustillo, Lauriello, Horan og Keith, 2001.	Ótilgreindur fjöldi sjúklinga sem allir voru greindir með geðklofa.	Höfundar söfnuðu rannsóknarniðurstæðum tengdum virkri samfélagshjálp fyrir einstaklinga með geðklofa og horfðu sérstaklega í rannsóknir frá 1996 til 2000.	Misjafn.	Árangur virkrar samfélagshjálp er skýr með tilliti til áhrifa á afturfarir í bata og endurinnlagna sjúklinga. Árangur inngripsins á sjúkdómseinkenni og almenna virkni er ekki eins ljós.	Þeim sjúklingum, sem ítrekað eru endurinnlagðir inn á stofnanir ætti að vera boðið virka samfélagshjálp og þá sérstaklega ef stuðningur fjölskyldu þeirra er ekki fyrir hendi.
Latimer, 1999.	Ótilgreindur fjöldi einstaklinga með geðsjúkdóma.	34 rannsóknarniðurstæður tengdri virkri samfélagshjálp voru teknar saman til að skoða áhrif hennar á þann fjölda daga sem sjúklingar þurfa að verja inni á stofnunum.	Misjafn.	Inngripið fækkaði fjölda daga sem sjúklingar þurftu að verja inni á stofnunum um 23%. Inngripið virðist auka árangur þeirra við sjálfstæða búsetu.	Inngripið virðist auka árangur sjúklinga við sjálfstæða búsetu. Samantekt þessara niðurstæðna benti einnig til að virk samfélagshjálp getur leitt til lægri heilbrigðiskostnaðar.

3. Umræður

Geðklofi er margslunginn sjúkdómur og er samsafn fjölda einkenna af mörgum hugsanlegum orsökum. Í því ljósi er í raun hægt að líta á geðklofa sem sjúkdómsheilkenni, sem þýðir að einkennin eru einstaklingsbundin og margvísleg og því afar erfitt að benda á eina sérstaka leið að meðferð og bata. Sjúkdómurinn er í eðli sínu þannig að hann ræðst á félagslega virkni einstaklinga og í mörgum tilfellum lamar þá með tilliti til félagslegra þátta. Öll meðferðarúrræði fyrir einstaklinga með geðklofa ættu að byggjast á því að þeir fái innsýn í sjúkdóm sinn og geti lifað við afleiðingar hans en um leið unnið að úrbótum sem leiða til betri lífsgæða. Svo árangur meðferðar eigi að vera sem mestur er grundvallaratriði að tengsl milli sjúklings, aðstandenda og meðferðaraðila séu góð, en brestir í tengslum þeirra á milli leiðir yfirleitt til að meðferðin nýtist sjúklingi ekki sem skyldi. Þegar kemur að því að velja meðferð fyrir sjúkling skal ætíð huga að eftirfarandi atriðum: (1) Skapgerð, greind og þroska einstaklings, en þessir þættir gefa vísbendingu um getu hans til að takast á við sjúkdóminn, (2) umhverfi hans, samskiptum hans við annað fólk og viðbrögðum aðstandenda gagnvart sjúkdóminum og (3) alvarleika sjúkdómseinkenna. Mikilvægt er að gera sér grein fyrir því að þó lyf geti haldið klínískum einkennum sjúkdómsins í skefjum þá lækna þau hann ekki. Ef árangur sálfélagslegra meðferða er góður getur það jafnvel leitt til þess að lyfjameðferð verði ónauðsynleg og henni hætt. Sú hætta fylgir þó alltaf að einkennin geri vart við sig að ákveðnum tíma liðnum frá því að lyfjainntöku var hætt, sem gerist raunar hjá flestum, og því skynsamlegast að líta á sem svo að samþætting lyfjameðferðar og sálfélagslegra meðferða sé heillavænlegasti kosturinn (Lárus Helgason, 1993).

Sálfélagslegar meðferðir hafa verið í stöðugri þróun síðustu áratugi og margar rannsóknarniðurstöður gefa vísbendingar um að af þeim geti hlotist góður árangur. Ástæður þess að sálfélagsleg meðferðarúrræði hafa átt auknum vinsældum að fagna eru meðal annars þær að lyfjagjöf hefur oft í för með sér slæmar aukaverkanir, virkni sumra lyfja hefur verið

dregin í efa og margir sjúklingar svara þeim illa eða ekki og þá hefur lyfjameðferð ekki sýnt árangur við hegðunarröskunum (til dæmis mannlegum samskiptum og sjálfsumhirðu) sem fylgja sjúkdómnum. Samantektarrannsóknir benda aukinheldur til þess að árangur nýju annarrar kynslóðar lyfjanna sé minni en í fyrstu var talið. Krafa var því orðin knýjandi að þróa ný meðferðarúræði fyrir fólk með geðklofa (Geddes, Freemantle, Harrison og Bebbington, 2000; Kane, 1996; Liberman, 1994).

Rökstuðningurinn fyrir lyfjameðferð og sálfélagslegum meðferðum fyrir geðklofa koma úr mörgum áttum sem varða líffræðilega-, sálfræðilega-, og félagslega þætti. Aftur á móti hefur þróunin á næmi-streitulíkaninu (*the stress-vulnerability model*) án efa átt sinn þátt í því að auðvelda fræðilega og hagnýta samþættingu ólíkra meðferðanálgana. Í líkaninu þróa einstaklingar varnarleysi gagnvart geðrofi af völdum líffræðilegra, sálfræðilegra og/eða félagslegra þátta. Meðferðir, bæði lyfja og sálfélagslegar, miða að því að vernda einstaklinginn og draga úr líkum á bakslagi, draga úr alvarleika geðrofseinkenna og meðhöndla vandamál í tengslum við viðvarandi einkenni. Sálfélagsleg inngríp snúast einnig um að bæta sálræna eða félagslega starfsemi einstaklinga til lengri tíma (Zubin og Spring, 1977). Forsendan fyrir öll sálfélagsleg inngríp er sú að virkja sjúkling á jákvæðan hátt og að samband milli sjúklings og meðferðaraðila sé byggt á trausti og velvild. Það getur reynst erfitt að fá sjúkling sem glímir við geðklofaeinkenni til að taka þátt í meðferð á skilvirkan hátt og það krefst sveigjanleika í aðferðum til að mæta mismunandi kröfum ólíkra einstaklinga. Þar að auki er jafn mikilvægt að þegar sjúklingur hefur myndað gott samband við meðferðaraðila, að sambandið endist, oft yfir langan tíma, þar sem ný vandamál geta orðið til sem þarf að vinna úr. Félagleg einangrun, vitsmunaleg skerðing og afleiðing þess að tilheyra brenni-merktum og útskúfuðum hópi fólks eru allt þættir sem gera meðferð við geðklofa enn umfangsmeiri og flóknari. Hjálpin sem felst í sálfélagslegum meðferðum sjúkdómsins er mikil og fjölþætt. Meðferðirnar eru byggðar þannig upp að þær hjálpa sjúklingum á mörgum

sviðum, meðal annars eftirfarandi: Minnka næmi (*vulnerability*) einstaklingsins (með öðrum orðum að styrkja þá til að takast á við áreiti í umhverfinu), draga úr áhrifum á streituvaldandi atburðum og aðstæðum, minnka streitu, draga úr einkennum sjúkdómsins, auka lífsgæði og bæta mannleg samskipti (Roth, Fonagy og Parry, 1996). Í ljósi þess hve geðklofi hefur margbreytileg birtingarform er mjög mismunandi hvaða meðferðarræði henta hverjum og einum. Hér hefur verið farið í saumana á þeim sjö helstu sálfélagslegu inngrípum sem fólk með geðklofa hefur möguleika á að undirgangast.

Hugræn atferlismeðferð er samtalsmeðferð sem er hvað mest rannsökuð með tilliti til árangurs hjá geðklofasjúklingum, en hugmyndafræði hennar má að mörgu leyti rekja til hugrænnar meðferðar Aarons T. Beck við þunglyndi frá áttunda áratugnum. Hún hefur reynst sjúklingum gagnleg og þá sérstaklega með tilliti til jákvæðra einkenna (sjá meðal annars töflu 2). Þrátt fyrir það snýr hún einnig að neikvæðu einkennunum með það að markmiði að hjálpa sjúklingum félagslega, með félagsfærniæfingum og með því að virkja þá til athafna (Perivoliotis og Cather, 2009). Undanfarin 15-20 ár hafa rannsóknir bent til þess að hugræn atferlismeðferð sé árangursrík meðferð við geðklofa. Wykes og félagar (2008) gerðu allsherjargreiningu (*meta-analysis*) á árangri hugrænnar atferlismeðferðar miðað við samanburðarhóp sem skipaður var fólki með geðklofa. Þetta voru í heildina 34 rannsóknir sem flestar voru framkvæmdar á Bretlandseyjum. Niðurstöðurnar leiddu í ljós eftirfarandi meðaltalsáhrifastærðir fyrir árangur hugrænnar atferlismeðferðar við mismunandi einkennum, þar sem n jafngildir fjölda rannsókna. Athuga þarf hér að áhrifastærð er mælikvarði á áhrif frumbreytu á fylgibreytu, í þessu tilfalli áhrif hugrænnar atferlismeðferðar við mismunandi einkennum og Cohens d er viðmið til að meta áhrifin þar sem 0,2 eru lítil áhrif, 0,5 miðlungs og 0,8 mikil áhrif (Thalheimer og Cook, 2002); jákvæð einkenni ($d = -0.372$, $n = 32$), neikvæð einkenni ($d = 0.437$, $n = 23$), virkni í samfélaginu ($d = 0.378$, $n = 15$), lunderni ($d = 0.363$, $n = 15$), vonleysi ($d = -0.190$, $n = 4$), andfélagslegur kvíði ($d = 0.353$, $n = 2$). Hafa skal

í huga að allar rannsóknirnar, utan tveggja, útlistuðu niðurstöður gagnvart jákvæðu einkennunum á meðan færri gerðu grein fyrir öðrum útkomum. Þessar niðurstöður benda til lítils til miðlungs áhrifastærða meðferða sem snúa að; jákvæðum og neikvæðum einkennum, lunderni og félagslegri virkni. Almennt eru þetta jákvæðar niðurstöður sem benda til þess að hugræn atferlismeðferð sé árangursríkt inngríp gagnvart einkennum sjúkdómsins, sem og árangursrík við að auka lífsgæði og félagavirkni sjúklinganna sem hana sækja (Kern o.fl., 2009). Sérstaklega er mælt með hugrænni atferlismeðferð fyrir þá geðklofasjúklinga sem eiga við viðvarandi geðrofseinkenni að stríða (Kreyenbuhl o.fl., 2010).

Markmið félagsfærniþjálfunar er að efla félagslega færni þeirra geðklofasjúklinga sem hana sækja, meðal annars með því að auka sjálfstraust þeirra og færni í mannlegum samskiptum (Kopelwicz, Liberman, Zarate, 2006). Það hafa verið gerðar nokkrar allsherjargreiningar á niðurstöðum rannsókna á árangri félagsfærniþjálfunar með mismunandi niðurstöðum. Kurtz og Mueser (2008) framkvæmdu allsherjargreiningu á 22 rannsóknum til glöggvunnar á áhrifum félagsfærniþjálfunar á geðklofasjúklinga. Niðurstaða þeirrar greiningar var eftirfarandi: Stór áhrifastærð gagnvart skilningi á félagsfærni ($d = 1.20$), miðlungsáhrifastærð gagnvart félagslegri hæfni ($d = 0.52$), miðlungsáhrifastærð gagnvart virkni í samfélaginu ($d = 0.52$) og lítil áhrifastærð gagnvart bakslagi í meðferð ($d = 0.23$). Þó svo að félagsfærniþjálfun hafi rótgróna sögu á bakvið sig sem inngríp fyrir geðklofa, þá er erfitt að túlka niðurstöður rannsókna henni tengdri því niðurstöður mismunandi þátta hennar (til dæmis bakslag) eru undir áhrifum margra breyta. Rannsóknir benda hins vegar til að þátttakendur í félagsfærniþjálfun verði fyrir áhrifum margra þátta sem stuðla að bata sem geta haft víðtæk áhrif á sjúklingana til hins betra, sérstaklega hvað varðar félagslega virkni (Heinssen, Liberman og Kopelowicz, 2000). Það ætti að bjóða þeim geðklofasjúklingum sem eiga við félagsleg vandamál að stríða (eins og félagslega einangrun) að sækja félagsfærni-

þjálfun meðal annars til að efla sjálfstraust þeirra við félagslegar aðstæður og auka líkur þeirra á sjálfstæðri búsetu (Kreyenbuhl o.fl., 2010).

Sjálfshjálparhópar snúast um að einstaklingar sem glíma við erfiðleika tengdum sínum sjúkdómi finni fyrir stuðningi og samstöðu og geti miðlað reynslu sinni til annarra og um leið lært af öðrum. Það ætti ekki að líta á sjálfshjálparhópa sem fyrsta mögulegan úrræðakost í ljósi þess hve einstaklingar með geðklofa eiga erfitt með félagsleg samskipti. Sjálfshjálparhópar eru mun líklegri til að bera árangur eftir að einstaklingur hefur sýnt bata og framför í öðrum meðferðum (Grohol, 2011). Því miður er lítið til um kerfisbundnar mælingar á árangur sjálfshjálparhópa fyrir fólk sem þjáist af geðklofa og það sem hrjáir þær fáu sem til eru er skortur á samanburði (sjá töflu 4). Chue og félagar (2004) framkvæmdu rannsókn sem tók til 33 geðklofa einstaklinga. Þeir voru látnir svara spurningum og mátu með sjálfsmati árangur meðferðarinnar. 27 af þeim 33 (82%) þátttakendum sem tóku þátt í rannsókninni mátu það sem svo að andleg heilsa þeirra hefði batnað fyrir tilstuðlan sjálfshjálparhópsins. Það er því alls ekki óvarlegt að halda því fram að sjálfshjálparhópar geti sannarlega borið árangur fyrir geðklofa, þrátt fyrir hversu lítt rannsakaðir þeir eru og þá aðferðafræðilegu vankanta á rannsóknum þeim tengdum (Chue, o.fl., 2004).

Hugræn þjálfun er vinsælt meðferðarúrræði við geðklofa, en tvær þekktustu útfærslur hennar eru hugrænar úrbætur (*cognitive remediation*) og hugræn endurhæfing (*cognitive rehabilitation*), en einnig hafa æfingar í gegnum tölvur átt auknum vinsældum að fagna. Þessi þjálfun hefur það að markmiði að bæta hugræna virkni sjúklinganna (eins og vinnsluminni og athygli) og auka virkni þeirra í daglegu lífi, meðal annars með tilliti til félagslegra þátta (Kern, Glynn, Horan og Marder, 2009). Rannsóknarniðurstöður eru ekki einróma þegar kemur að því að meta árangur þessara meðferða. Í heildina má segja að vísbendingar um ágæti hugrænna þjálfana, einar og sér, séu ekki nægar til að fullyrða um að þær geti með marktækum hætti bætt árangur sjúklinga með tilliti til þátta eins og tíðni endurinnlagna, bakslaga og lífsgæða.

Aftur á móti hafa sumar niðurstöður gefið tilefni til hjartsýni, þrátt fyrir aðferðafræðilega vankanta og því er skynsamlegt að líta á hugræna þjálfun sem góðan kost meðfram öðrum meðferðarúrræðum (The British Psychological Society og The Royal College of Psychiatrists, 2010).

Það þarf ekki að velkjast í vafa um að aðstandendur einstaklinga með geðklofa þurfa að þola mikið álag, en meðferð sem sniðin er að þeirra þörfum hefur staðið til boða í langan tíma. Megintilgangurinn er að fræða fjölskyldu sjúklingsins um sjúkdóminn og hvernig best sé að höndla þá afbrigðilegu hegðun sem honum fylgir og þannig minnka líkur á endurinnlögnum á geðdeild. Endurinnlagnir einstaklinga með geðklofa eru tíðar, eða um 50-60% að meðaltali fyrsta árið, og þær sterku tilfinningar sem fjölkyldumeðlimir þurfa að glíma við geta haft neikvæð áhrif á einkenni sjúkdómsins og þannig aukið tíðni endurinnlagna. Rannsóknir hafa gefið til kynna að með fjölskyldumeðferðum megi draga úr tíðni endurinnlagna niður í 5-10% sem verður að þykja afar athyglisverður árangur (Long, 1996). Allsherjargreining (*meta-analysis*) Pilling og félagar (2002) á fjölskyldumeðferðum sýndi fram á að öll fjölskylduinnngrip (bæði fyrir stakar fjölskyldur og nokkrar saman) leiddu til betri árangurs við að draga úr tíðni endurinnlagna en allar aðrar samanburðarmeðferðir.

Fólk sem glímir við geðklofa er í sérstökum áhættuhópi þegar kemur að vímuefnum, en næstum helmingur allra einstaklinga með sjúkdóminn misnotar vímugjafa og þá oftast áfengi og kannabisefni. Þeir sjúklingar sem eiga við vímuefnavandamál að stríða eru í mun meiri áhættuhópi hvað varðar aukinn alvarleika sjúkdómseinkenna, sýna frekar af sér ofbeldishegðun, búa frekar á götunni og er heilbrigðiskostnaður þeirra meiri en annarra sjúklinga. Það er því afar mikilvægt að það sé til meðferðarúrræði sem samþættir meðferðir gagnvart einkennum geðklofa annarsvegar og vímuefnafíknar hins vegar (Dixon, 1999). Árangur þessarar samþættingar hefur ekki látið á sér standa, en niðurstöður rannsókna (sjá meðal annars töflu 5) benda til að af þeim hljótist góður árangur. Dæmi um það er yfirgríps-

mikil rannsókn Drake og féлага (2006) á 130 einstaklingum sem þjáðust bæði af geðklofa og vímuefnafíkn þar sem þeir fengu samþættaða meðferð (við geðklofa og vímuefnafíkn).

Meðferðin spannaði þriggja ára tímabil en eftir það var þátttakendum fylgt eftir í 10 ár þar sem þeir sóttu hefðbundna meðferð. Árangur langflestra þátttakenda jókst stöðugt yfir tímabilið með tilliti til geðrofseinkenna, vímuefnanotkunar, félagslegrar virkni og lífsgæða. Það leikur því ekki vafi á að þetta meðferðarúrræði er eitt af grundvallarinnngripum fyrir geðklofasjúklinga sem þjást af vímuefnafíkn, en sú blanda er því miður alltof algeng.

Þeir geðklofa einstaklingar sem hafa tilhneigingu til tíðra endurinnlagna eða hafa af einhverjum ástæðum misst íbúð sína eða heimili og eiga í engin hús að venda, ætti að vera veittur aðgangur að virkri samfélagshjálpi. Þetta meðferðarúrræði hefur reynst vel fyrir fólk með geðklofa, sérstaklega þegar fyrrgreind atriði eiga við. Samfélagshjálpin er vel skilgreint úrræði sem tekur meðal annars til eftirfarandi þriggja þátta: (1) Sjá til þess að einstaklingar með geðklofa (eða aðra geðsjúkdóma) séu í reglulegu sambandi við meðferðaraðila, (2) að draga úr tíma á spítala og þar með minnka kostnað og að (3) auka lífsgæði og félagslega virkni (McGrew og Bond 1995). Samfélagshjálpin er gríðarlega umfangsmikið inngríp og kostar mikla vinnu og fjármuni en niðurstöður rannsókna henni tengdri hafa þó lokað mjög góðu (sjá töflu 8). Hún er enn sem komið er mest notuð í Bandaríkjunum en hefur einnig rutt sér til rúms hér á landi, en í janúar 2010 var sett af stað tilraunarverkefni til tveggja ára hjá Landspítalanum þar sem svokallað samfélagsgeðteymi veitir fólki með alvarlegar geðraskanir þverfaglega og einstaklingsmiðaða þjónustu í samfélaginu (Helga Ólafsdóttir, 2010). Svo samfélagshjálpin megi ganga upp þarf að tryggja að þjónusta við geðfatlað fólk utan heilbrigðisstofnana sé nógu öflug til að þjóna öllum sem á henni þurfa að halda en sum nágrennalanda okkar hafa einmitt brennt sig á þeim þætti. (Félagsmálaráðuneytið, 2006).

Af ofangreindu má ljóst vera að úrræði, að undanskilinni lyfjameðferð, fyrir einstaklinga með geðklofa eru mörg og ólík. Það skiptir miklu máli þegar veita á sjúklingi

sérstaka sálfélagslega meðferð að hún henti honum og geti á skilvirkan hátt unnið í átt að bata hans. Sérfræðingar ættu að meta, í samráði við sjúkling ef unnt er, hvaða meðferð henti hverjum og einum og brýnt er að fylgst sé náið með framgangi meðferðarinnar.

4. Lokaorð

Vinnsla ritgerðarinnar var einstaklega áhugaverð og fræðandi. Eftir að hafa kynnt mér hvað raunverulega felst í sjúkdómnum geðklofa, hefur mér opnast víðari sýn á lífið og er góð áminning á þann fjölbreytileika sem lífið hefur upp á að bjóða. Ég held að það sé ekki óvarlegt að fullyrða að þessi hópur einstaklinga sé á vissan hátt brennimerktur og viðhorf gagnvart þeim einkennast oft af ótta og jafnvel andúð sökum þeirrar vanþekkingar sem ríkir um sjúkdóminn. Geðklofi getur rænt fólki öllum áhuga á því sem lífið hefur upp á að bjóða og verður oftast fyrstu einkenna sjúkdómsins vart hjá ungu fólki í blóma lífsins á þeim árum sem flestir jafnaldrar þeirra eru að mennta sig, koma upp fjölskyldu og spreyta sig á lífinu utan foreldrahúsa. Þó að geðklofi sé enn sem komið er ólæknanlegur, er engu að síður hægt að halda einkennum hans í skefjum og auka lífsgæði þeirra einstaklinga sem við hann glíma. Bakland einstaklinga sem haldnir eru geðklofa og forsaga, er jafn mismunandi og þeir eru margir. Einkenni sjúkdómsins eru þar að auki afar fjölbreytt og ólík og því ljóst að engin ein meðferð hentar öllum. Það er gott til þess að vita að fjöldinn allur af ólíkum sálfélagslegum meðferðum hafa reynst árangursríkar og standa einstaklingum með geðklofa til boða.

Heimildaskrá:

- Aleman, A., Kahn, R. S. og Selten, J. P. (2003). Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 60, 565-571.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV, 4th ed.* Washington (DC): American Psychiatric Association.
- Barbato, A. og D'Avanzo, B. (2000). Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatr Scand*, 102, 81-97.
- Bardenstein, K. K. og McGlashan, T. H. (1990). Gender differences in affective, schizoafektive and schizophrenic disorders. A review. *Schizophrenia Research*, 3, 159-172.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'Brien, R. o.fl. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1706-1713.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. og Rector, N. A. (2003). A cognitive model of hallucinations. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 19-51.
- Beck, A. T. (2004). A Cognitive Model of Schizophrenia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 18, 281-288.
- Beck, A. T. og Rector, N. A. (2005). Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. *Ann Rev Clin Psychol*, 1, 577-606.
- Bell, M. og Berson, G. (2001). Work rehabilitation in schizophrenia: does cognitive impairment limit improvement? *Schizophrenia Bulletin*, 27, 269-279.

- Bell, M., Fiszon, J., Greig, T., Wexler, B. og Bryson, G. (2007). Neurocognitive enhancement therapy with work therapy in schizophrenia: 6-month follow-up of neuropsychological performance. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44,761-770.
- Bellack, A. S. (2004). Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 375-391.
- Bellack, A. S., Bennett, M. E., Gearon, J. S., Brown, C. H. og Yang, Y. (2006). A Randomized Clinical Trial of a New Behavioral Treatment for Drug Abuse in People With Severe and Persistent Mental Illness. *Arch Gen Psychiatry*, 26, 426-432.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S. og Agresta, J. (2004). *Social Skills Training For Schizophrenia: A Step-by-Step Guide* (2. Útgáfa). New York: The Guilford Press.
- Bellack, A. S., Turner, S. M., Hemen, M. og Luber, R. F. (1984). An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 1023-1028.
- Bengston, M. (2011). Types of Schizophrenia. *Psych Central*. Sótt 28. apríl, 2012, af <http://psychcentral.com/lib/2006/types-of-schizophrenia/>.
- Bond, G. R. (1998). Principles of the Individual Placement and Support model: Empirical support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(1), 11-23.
- Bond, G. R. (2002). *Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness*. Indiana University-Purdue University Indianapolis.
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T. og Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients. *Disease Management & Health Outcomes*, 9, 141-159.
- Bostwick, J. M., Palmer, B. A., Pankratz, V. S. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia. *Arch Geb Psychiatry*, 62, 247-253.

- Bratti, I. M. og Bilder, R. M. (2006). Neurocognitive deficits and first-episode schizophrenia; characterization and course. In: Sharma T, Harvey PD, eds. *The Early Course of Schizophrenia*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M., o.fl. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 55-68.
- Brown, M. A. og Munford, A. M. (1983). Life skills training for chronic schizophrenics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 466-470.
- Bustillo, J. R., Lauriello, J., Horan, W. P. og Keith, S. J. (2001). The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: *An Update*. *Am J Psychiatry*, 158, 163-175.
- Cannon, T. D., Rosso, I. M., Bearden, C. E., Sanchez, L. E., Hadley, T. (1999). A prospective cohort study of neurodevelopment processes in the genesis and epigenesis of schizophrenia. *Development and Psychopathology*, 11, 467-485.
- Cardno, A. G., Gottesman, I. I. (2000). Twin studies of schizophrenia: from bow-and-arrow concordances to star wars Mx and functional genomics. *American Journal of Medical Genetics*, 97, 12-17.
- Castelein, S., Bruggeman, R., Gaag, M. V. D., Stant, A. D. og Kneegtering, H. (2008). The effectiveness of peer support groups in psychosis: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*, 118, 64-72.
- Castle, D. J., Morgan, V. (2008). Epidemiology. In K. T. Mueser & Dilip V. Jeste (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia* (pp. 14-24). New York: Guilford Press.
- Chamberlin, J. (1990). The ex-patients' movement: where we've been and where we're going. *J Mind Behaviour*, 11, 323-326.
- Chamberlin, J., Rogers, E. S. og Ellison, M. (1996). Self-help programs: A description of their characteristics and their members. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 33-42.

- Chue, P., Dickson, R., Sanderson, M. og Mardon, A. (2004). The Impact of a Self-Help Group on People with Schizophrenia. *Community Psychiatry*, 8-10.
- Culpepper, L. (2007). A Roadmap to Key Pharmacologic Principles in Using Antipsychotics, Primary Care Companion To The Journal of Association of Medicine and Psychiatry 9(6) 444-454. Sótt 26. Apríl, 2012, af: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2139919/>.
- Dilk, M. N. og Bond, G. R. (1996). Meta-analytic evaluation of skills training research for individuals with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1337-1346.
- Dixon, L. (1999). Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophr Res*, 35, 93-100.
- Dixon, L. B. og Lehman, A. F. (1995). Family Interventions for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4), 631-643.
- Dobson, D. J. G., McDougall, G., Busheikin, J. og Aldous, J. (1995). Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. *Psychiatric Services*, 46,376-380.
- Drake, R. E., Becker, D. R., Xie, H., & Anthony, W. A. (1995). Barriers in the brokered model of supported employment for persons with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 5, 141-150.
- Drake, R. E., McHugo, G. J., Xie, H., Fox, M., Packard, J. og Helmstetter, B. (2006). Ten-Year Recovery Outcomes for Clients With Co-Occurring Schizophrenia and Substance Use Disorders. *Schizophrenia Bulletin* , 32, 464-473.
- Drake, R. E., O'Neal, E. L. og Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial interventions for people with co-occurring substance use and severe mental disorders. *J Subst Abuse Treat*, 34, 123-138.

- Drury, V. (1999). Follow-up to study of CBT in acute schizophrenia. *Schizophrenia Conf.*, Beck Institute, Philadelphia, PA.
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R. og MacMillan, F. (1996). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *British Journal Psychiatry* 169, 593-601.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel Press.
- Fallonn, I. R. H., Boyd, J. L., McGill, C. W., Razani, J., Moss, H. B. og Gilberman, A. M. (1982). Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *N Engl J Med*, 306, 1437-1440.
- Félagsmálaráðuneytið. (2006). *Þjónusta við geðfatlað fólk - áfangaskýrsla*. Reykjavík.
- Gaag, M. V. D., Kern, R. S., Bosch, R. J. og Liberman, R. P. (2002). A controlled trial of cognitive remediation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 28, 167-176.
- Gale, J. og Long, J. (1996). Foundations of family therapy. In D. Sprenkle, F. Piercy, & J. Wetchler (Eds.) *Sourcebook of marital and family therapy*, 1-24. New York: Guilford.
- Galletly, C. A., Clark, C. R. og MacFarlane, A. C. (2000). Treating cognitive dysfunction in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 25, 117-124.
- Garðar Sölvi Helgason, Guðrún Inga Tryggvadóttir, Helgi Júlíusson og Margrét Eiríksdóttir. (2010). *Geðklofahópurinn: Samstarfsverkefni geðhjúkrunarfræðinga og fólks með geðklofa*. Geðvernd.
- Garety, P. A., Fowler, D., Kuipers, E., Freeman, D., Dunn, G. og Bebbington, P. (1997). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosisII: Predictors of outcome. *British Journal of Psychiatry*, 171, 420-426.
- Geddes, J., Freemantle, N., Harrison, P. og Bebbington, P. (2000). Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *British Medical Journal* 321, 1371-1376.

- Gingerich, S. L. og Bellack, A. S. (1995). Research-based family interventions for the treatment of schizophrenia. *The Clinical Psychologist*, 48(1), 24-27.
- Glick, I. D., Spencer, J. H., Clarkin, J. F. (1990). A randomized clinical trial of inpatient family intervention: IV. Followup results for subjects with schizophrenia. *Schizophr Res*, 3, 187-200.
- Glynn, S. M., Marder, S. R., Liberman, R. P., Blair, K., Wirshing, W. C., Wirshing, D. A., Ross, D. og Mintz, J. (2002). Supplementing clinic-based skills training for schizophrenia with manual-based community support: Effects on social adjustment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159, 829-837.
- Gogtay, N. og Rapoport, J. (2008). Clozapine use in children and adolescents. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 9, 459-465.
- Gottlieb, J. D., Pryzgod, J., Neal, A. og Schuldberg, D. (2005). Generalization of skills through the addition of individualized coaching: Development and evaluation of a social skills training program in a rural setting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 324-338.
- Graeber, D. A., Moyers, T. B., Griffiths, C., Guajardo, E. og Tonigan, S. (2003). A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Mental Health Journal*, 39, 189-202.
- Granholm, E., McQuaid, J. R., McClure, F. S., Auslander, L. A., Perivoliotis, D., Pedrelli, P. o.fl. (2005). A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162, 520-529.
- Granholm, E., McQuaid, J. R., McClure, F. S., Lisa, A. A. og Perivoliotis, D. (2005). A Randomized, Controlled Trial of Cognitive Behavioral Social Skills Training for Middle-

- Aged and Older Outpatients With Chronic Schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 162, 520-529.
- Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry*, 153, 321-330.
- Green, A. I., Tohen, M., Hamer, R. M., Strakowski, S. M., Lieberman, J., Glick, I., o.fl. (2004). First-episode schizophrenia-related psychosis and substance use disorders: acute response to olanzapine and haloperidol. *Schizophr Res*, 66, 125-135.
- Greig, T. C., Zito, W., Wexler, B. E., Fiszdon, J., Bell, M. D. (2007). Improved cognitive function in schizophrenia after one year of cognitive training and vocational services. *Schizophrenia Research*. 2007, 96, 156-161.
- Grohol, J. M. (2011). *Schizophrenia Treatment*. Sótt 10. mars, 2012, af <http://psychcentral.com/disorders/sx31t.htm>.
- Guðbjörg Daníelsdóttir og Arndís Ósk Jónsdóttir. (Febrúar, 2006). *Handbók fyrir sjálfshjálparhópa*. Geðhjálp.
- Haddock, G., Bentall, R. P. og Slade, P. D. (1996). Psychological treatment of auditory hallucinations: Focusing or distraction? In: Haddock, G., Slade, P. (Eds.). *Cognitive-behavioral Interventions with Psychotic Disorders*. Routledge. London, 45-70.
- Haddock, G., Slade, P. D., Bentall, R. P., Reid, D. og Faragher, E. B. (1998). A comparison of the long-term effectiveness of distraction and focusing in the treatment of auditory hallucinations. *British Medical Journal*, 71, 339-349.
- Hansen, L., Kingdon, D., Turkington, D. (2006). The ABCs of Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia. *Psychiatric Times*, 23, (7), 49-50.
- Harris A. 2010. Pharmacological Treatment of Schizophrenia. (2010). Sydney: University of Sydney. Sótt 29. apríl, 2012, af:

- http://sydney.edu.au/medicine/psychiatry/workshops/presentations/pharmacological_treatment_schiz.pdf.
- Harris, A. og Lurigio, A. J. (2007). Mental illness and violence: a brief review of research and assessment strategies. *Aggression and violent behavior*, 12, 542-551.
- Harrison P. J. og Owen, M. J. (2003). Genes for schizophrenia? Recent findings and their pathophysiological implications. *Lancet*, 361, 417-419.
- Hayes, R. L., Halford, W. K. og Varghese, F. T. (1995). Social skills training with chronic schizophrenic patients: Effects on community functioning. *Behavior Therapy*.
- Heinssen, R. K., Liberman, R. E, og Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: Lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 21-46.
- Helga Ólafsdóttir. (2010). *Bæklingur samfélagsgeðteymis*. Landspítali-Háskólasjúkrahús. Geðsvið.
- Hellerstein, D. J., Rosenthal, R. N. og Miner, C. R. (1995). A prospective study of integrated outpatient treatment for substance-abusing schizophrenic patients. *American Journal on Addictions*, 4, 33- 42.
- Hogarty, G. E., Greenwald, D. P. og Eack, S. M. (2006). Durability and mechanism of effects of cognitive enhancement therapy. *Psychiatr Serv*, 57, 1751-1757.
- Horacek, J., Bubenikova-Valeova, V., Kopecek, M., Palenicek, T., Dockery, C., Mohr, P. og Höschl, C. (2006). *Mechanism of Action of Atypical Antipsychotic Drugs and the Neurobiology of Schizophrenia*, *CNS Drugs*, 20, 389-405.
- Huang, H. S., Matevossian. A., Whittle, C., Kim, S. Y., Schumacher, A., Baker, S. P., Akbarian, S. (2007). Prefrontal dysfunction in schizophrenia involves missed-lineage leukemia 1-regulated histone methylation at GABAergic gene promoters. *Journal of Neuroscience*, 27, 11254-11262.

- Jeffrey, W., Swartz, M. S., Elbogen, E. B., Wagner, R. og Rosenheck, R. A. (2006). A National Study of Violent Behavior in Persons With Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 490-499.
- Jones, S. R. og Fernyhough, C. (2007). A New Look at the Neural Diathesis Stress Model of Schizophrenia: The Primacy of Social-Evaluative and Uncontrollable Situations. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1171-1177.
- Kane, J. M. (1996). Treatment resistant schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 35-40.
- Kaufmann, C. L. (1995). The self-help employment center: Some outcomes from the first year. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18, 145-162.
- Kaufmann, C. L., Ward-Colasante, C. og Farmer, J. (1993). Development and evaluation of drop-in centers operated by mental health consumers. *Hospital and community psychiatry*, 44, 675-678.
- Keefe, R. S., Bilder, R. M. og Davis, S. M. (2007). CATIE Investigators; Neurocognitive Working Group. Neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic schizophrenia in the CATIE Trial. *Arch Gen Psychiatry*, 64, 633-647.
- Kegeles, L. S., Abi-Dargham, A., Frankle, G., Gil, R., Cooper, T. B. og Slifstein, M. (2010). Increased Synaptic Dopamine Function in Associative Regions of the Striatum in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 67, 231-239.
- Kern, R. S., Glynn, S. M., Horan, W. P. og Marder, S. R. (2009). Psychosocial Treatments to Promote Functional Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 347-361.
- Kern, R. S., Liberman, R. P., Kopelowicz. (2002). Applications of errorless learning for improving work performance in persons with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 159, 1921-1926.

- Kingdon, D. G. og Turkington, D. (1991). The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia: preliminary report. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 179, 207-211.
- Kingdon, D. G. og Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral Therapy of Schizophrenia*. Guilford, New York.
- Kopelwicz, A., Liberman, R. P. og Zarate, R. (2006). Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 12-23.
- Kreyenbuhl, J., Buchanan, R. W., Dickerson, F. B. og Dixon, L. B. (2010). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2009. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 94-103.
- Kristófer Þorleifsson. (2008). Greining og horfur í geðklofasjúkdómi. *Geðvernd*, 37, 21-27.
- Kuipers, E., Fowler, D., Garety, P., Chisholm, D., Freeman, D. og Dunn G. (1998). London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for psychosis. III: Follow up and economic evaluation at 18 months. *Br J Psychiatry*, 173, 61-68.
- Kuipers, E., Garety, P., Fowler, D., Dunn, G., Bebbington, P., Freeman, D. og Hadley C. (1997). London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for psychosis. I: Effects of the treatment phase. *Br J Psychiatry*, 171, 319-327.
- Kurtz, M. M. og Mueser, K. T. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J Consult Clin Psychol*, 76, 491-504.
- Kyziridis, T. C. (2005). Notes on the history of schizophrenia. *German Journal of Psychiatry*, 8, 42-48.
- Lam, D. H. (1991). Psychosocial family intervention in schizophrenia: A review of empirical studies. *Psychological Medicine*, 21, 423-441.

- Large, M., Sharma, S., Compton, M. T., Slade, T. og Nielssen, O. (2011). Cannabis Use and Earlier Onset of Psychosis A Systematic Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 68, 555-561.
- Latimer, E. A. (1999). Economic Impacts of Assertive Community Treatment: A Review of the Literature. *Can J Psychiatry*, 44, 443-454.
- Lavretsky, H. (2008). History of schizophrenia as a psychiatric disorder. Í K. T. Mueser og D. V. Jeste (Eds), *Clinical handbook of schizophrenia* (pp. 3-13). New York: Guilford Press.
- Lárus Helgason. (1993). Geðklofi. *Geðvernd*, 24, 5-11.
- Leff, J. (1998). Needs of the Families of People with Schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 4, 277-284.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Fries, R. og Sturgeon, D. (1982). A controlled trial of intervention in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*, 141, 121-134.
- Lehman, A. F., Dixon, L. B., Kernan, E., DeForge, B. R. og Postrado, L. T. (1997). A Randomized Trial of Assertive Community Treatment for Homeless Persons With Severe Mental Illness. *Arch Gen Psychiatry*, 54, 1038-1043.
- Lehman, A. F., Herron, J. D., Schwartz, R. P. og Myers, C. P. (1993). Rehabilitation for adults with severe mental illness and substance use disorders. *A clinical trial. Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 86-90.
- Lehman, A. F., Kreyenbuhl, J., Buchanan, R. W., Dickerson, F. B., Dixon, L. B., Qoldberg, R. o.fl. (2004). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 193-217.
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins D. O. o.fl. (2005). Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE).

- Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 12, 1209-1223.
- Liberman, R. P. (1994). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry*, 57, 104-114.
- Liberman, R. P., Glynn, S., Blair, K.E., Ross, D. og Marder, S.R. (2002). In vivo amplified skills training: Promoting generalization of independent living skills for clients with schizophrenia. *Psychiatry*, 65, 137-155.
- Liberman, R. P., Mueser, K. T. og Wallace, C. J. (1986). Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse. *American Journal of Psychiatry*, 143, 523-526.
- Lindenmayer, J. P., Khan, A. (2006). Psychopathology. In J. A. Lieberman, T. S. Stroup, og D.O. Perkins (Eds.), *Textbook of schizophrenia* (pp. 187-221). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Marder, S. R., Wirshing, W. C., Mintz, J., McKenzie, J., Lebell, M., og Liberman, R. P. (1995). Behavioral skills training versus group psychotherapy for chronic schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*.
- McGrew, J. H., Bond, G. R, Dietzen, L. o.fl. (1994). Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 670-678.
- McGrew, J. H. og Bond, G. R. (1995). Critical ingredients of assertive community treatment: judgments of the experts. *Journal of Mental Health Administration*, 22, 113-125.
- McGrew, J. H., Wilson, R. G. og Bond, G. R. (2002). An Exploratory Study of What Clients Like Least About Assertive Community Treatment. *Psychiatric Services*, 53, 761-763.

- Mental Health, N. (2006). Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Psych Central*. Sótt 27.febrúar, 2012, af <http://psychcentral.com/lib/2006/psychosocial-treatments-for-schizophrenia>.
- Morrison, A. K. (2009). Cognitive Behavior Therapy for People with Schizophrenia. *Psychiatry (Edgmont)*, 6, 32-39.
- Mueser, K. T. og McGurk, S.R. (2004). Schizophrenia. *Lancet*, 363, 2063-2072.
- Mueser, K. T., Noordsy, D., Drake, R.E. og Fox M. (2003). Integrated Treatment for Dual Disorders: *A Guide to Effective Practice*. New York: Guilford.
- Munroe-Blum, H. og McCleary, L. (1995). RIX Social treatments for schizophrenia: 12 month findings. *Schizophrenia Research*, 15, 221.
- Murray, R. M., Casadio, P., Fernandes, C. og Forti, M. D. (2011). Cannabis use in young people: The Risk for schizophrenia. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35, 1779-1787.
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2009). *Schizophrenia: causes, symptoms, signs, diagnosis and treatment* (Kindle Edition). Washington, DC: Author.
- O'Carroll, R. E., Russell, H. H., Lawrie, S. M. og Johnstone, E. C. (1999). Errorless learning and the cognitive rehabilitation of memory-impaired schizophrenia patients. *Psychological Medicine*, 29, 105-112.
- Ochoa, S., Usall, J., Cobo, J., Labad, X. og Kulkarni, J. (2012). Gender Differences in Schizophrenia and First-Episode Psychosis: A Comprehensive Literature Review. *Schizophrenia Research and Treatment*.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E. o.fl. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32, 783-791.

Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G. o.fl. (2002).

Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32, 763-782.

Rector, N. A. og Beck, A. T. (2004). *Dysfunctional attitudes and symptom expression in psychosis*. Samþykkt kynningarefni á fundi hjá Society for Research in Psychopathology, Toronto, Kanada.

Rector, N. A., Seeman, M. V. og Segal, Z. V. (2000). Cognitive therapy for schizophrenia: Treatment outcomes and follow-up effects from the Toronto Trial Study. Trial paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association. Chicago.

Ring, N., Tatitam, D. og Motitague, L. (1991). Gender differences in the incidence of definite schizophrenia and atypical psychosis - Focus on negative symptoms of schizophrenia. *Acta Psyehiatr. Scand*, 84, 489-496.

Roberts, L., Salem, D., Rappaport, J., Toro, P., Luke, D. og Seidman, E. (1999). Giving and receiving help: Interpersonal transactions in mutual-help meetings and psychosocial adjustment of members. *American Journal of Community Psychology*, 27, 841-868.

Roger, M. K. (2006). Social skills training in Hong Kong Chinese. Patients with chronic schizophrenia. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 16, 16-20.

Rollin, H. R. (1980). *Coping with schizophrenia*. London. Burnett Books in association with Andre Deutsch.

Rosenberg, S. D., Drake, R. E., Wolford, G. L., Mueser, K. T., Oxman, T. E., Vidaver R. M. o.fl. (1998). Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI): a substance use disorder screen for people with severe mental illness. *Am J Psychiatry*, 155, 232-238.

Rosenheck, R., Morrissey, J., Lam, J., Calloway, M., Johnsen, M. og Goldman, H o.fl. (1998). Service system integration, access to services, and housing outcomes in a

- program for homeless persons with severe mental illness. *American Journal of Public Health*, 88, 1610-1615.
- Roth, A., Fonagy, P og Parry, G. (1996). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York: Guilford.
- Rudnick, A., Roe, D. (2008). Diagnostic interviewing. In K. T. Mueser & D. V. Jeste (Eds.), *Clinical handbook of schizophrenia* (pp. 117-124). New York: Guilford Press.
- Salkever, D., Domino, M. E., Burns, B. J., Santos, A. B., Deci, P. A., Dias, J. o.fl. (1999). Assertive community treatment for people with severe mental illness: the effect on hospital use and costs. *Health Serv Res*, 34, 577-601.
- Schooler, N. R., Keith S. J., Severe, J. B., Matthews, S. M., Bellack A. S., Glick, I. D., Hargreaves, W. A., Kane, J. M., Ninan, P. T., Frances, A., Jacobs, M., Lieberman, J. A., Mance, R., Simpson, G. M., og Woerner, M. (1994). *Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia: The effects of dose reduction and family treatment*, Manuscript submitted for publication.
- Scott, J. E. og Dixon, L. B. (1995). Assertive Community Treatment and Case Management for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 657-668.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J. L., Siddle, R., O'Carroll, M. o.fl. (2000). A Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Persistent Symptoms in Schizophrenia Resistant to Medication. *Arch Gen Psychiatry*, 57, 165-172.
- Shepherd, G. (1978). Social skills training: the generalisation problem - some further data. *Behavioural Research and Therapy*, 16, 297-299.
- Silverstein, S. M. og Wilkniss, S. M. (2004). At Issue: The Future of Cognitive Rehabilitation of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 679-692.
- Snowdon, J. Self-help groups and schizophrenia. (1980). *Aust N Z J Psychiatry*, 14, 265-268.

- Spencer, P. G., Gillespie, C. R. og Ekisa, E. G. (1983). A controlled comparison of the effects of social skills training and remedial drama on the conversational skills of chronic schizophrenic inpatients. *British Journal of Psychiatry*, 143, 165-172.
- Szymanski, S., Lieberman, J. A. og Alvir, J. M. (1995). Gender differences in onset of illness, treatment response, course and biological indices in first episode schizophrenic patients. *Amer. J. Psychiatry*, 152, 698-703.
- Tai, S. og Turkington, D. (2009). The Evolution of Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Current Practice and Recent Developments. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 865-873.
- Tamminga, C. A. (1997). The Promise of New Drugs for Schizophrenia Treatment. *Can J Psychiatry*, 42, 265-273.
- Tarbox, S. I. og Pogue-Geile, M. F. (2008). Development of social functioning in preschizophrenia children and adolescents: A systematic Review. *Psychological Bulletin*, 34, 561-583.
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L. og Ugarteburu, I. (1993). A trial of two cognitive-behavioral methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients: I. Outcome. *Br J Psychiatry*, 162, 524-532.
- Tarrier, N., Wittkowski, A., Kinney, C., McCarthy, E., Morris, J. og Humphreys L. (1999). Durability of the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up. *Br J Psychiatry*, 174, 500-504.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A., Haddock, G. og Morris, J. (1998a). Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, 317, 303-307.
- Test, M. A., Burke, S. S. og Wallisch, I. S. (1990). Gender differences of young adults with Schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 19-29.

- Thalheimer, W. og Cook S. (2002). How to calculate effect sizes from published research: A simplified methodology. *Work-Learning Research*.
- The British Psychological Society og The Royal College of Psychiatrists. (2010). Schizophrenia. *The Nice Guideline On Core Interventions In The Treatment And Management Of Schizophrenia In Adults In Primary And Secondary Care*. Great Britain: Stanley Hunt.
- Thompson, K. S., Griffity, E. E. H. og Leaf, P. J. (1990) A historical review of the Madison Model of community care. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 625-634.
- Torrey, E. F. (2006). *Surviving Schizophrenia: A manual for families, patients, and providers*. New York: HarperPaperbacks.
- Tomás, P, Fuentes, I., Roder, V. og Ruiz, J. C. (2010). Cognitive Rehabilitation Programs in Schizophrenia: Current Status and Perspectives. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 191-204.
- Turkington, D., Kingdon, D. og Weiden, P. J. (2006). Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 163, 365-373.
- Twamley, E. W., Jeste, D. V. og Bellack, A. S. (2003). A Review of Cognitive Training in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 359-382.
- Velligan, D. I. (2008, 1.mars). Negative Symptoms in Schizophrenia: The Importance of Identification and Treatment. *Psychiatric Times*, 25. Sótt 23.febrúar 2012 af <http://www.psychiatrictimes.com/schizophrenia/content/article/10168/1147581>.
- Velligan, D. I. og Bow-Thomas, C. C. (2000). Two case studies of cognitive adaptation training for outpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 51, 25-29.
- Velligan, D. I., Mahurin, R. K., True, J. E., Lefton, R. S. og Flores, C. V. (1996). Preliminary evaluation of cognitive adaptation training to compensate for cognitive deficit in schizophrenia. *American Psychiatric Association*, 47, 415-417.

- Velligan, D. I., Prihoda, T. J. og Ritch, J. L. (2002) A randomized single-blind pilot study of compensatory strategies in schizophrenia outpatients. *Schizophr Bull.* 2002;28:283-292.
- Volkow, N. D. (2009). Substance Use Disorders in Schizophrenia—Clinical Implications of Comorbidity. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 469-472.
- Walsh, T., McClellan, J. M., McCarthy, S. E., Addington, A. M., Pierce, S. B., Cooper, G. M., o.fl. (2008). Rare structural variants disrupt multiple genes in neurodevelopmental pathways in schizophrenia. *Science*, 25, 539-543.
- Weinberger, D. R., Berman, K. F. og Illowsky, B. P. (1988). Physiological dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia. III. A new cohort and evidence for a monoaminergic mechanism. *Archives of General Psychiatry*, 45, 609-615.
- Wykes, T., Parr, A.-M. og Landau, S. (1999). Group treatment for auditory hallucinations: An exploratory study of effectiveness. *British Journal. Psychiatry*, 175, 180-185.
- Wykes, T., Reeder, C., Landau, S., Everitt, B., Knapp, M. og Patel, A. (2007). Cognitive remediation therapy in schizophrenia. Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 421-427.
- Wykes, T., Reeder, C., Williams, C., Corner, J., Rice, C. og Everitt B. (2003). Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable? Results from an exploratory trial in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 61, 163-174.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B. og Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 523-537.
- Wykes, T. og Van der Gaag, M. (2001) Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis - cognitive remediation therapy (CRT)? *Clinical Psychology Review*, 8, 1227-1256.

- Xie, H., McHugo, Helmstetter, B. og Drake, R. E. (2005). Three-year recovery outcomes for long-term patients with co-occurring schizophrenic and substance use disorders. *Schizophrenia Research*, 75, 337-348.
- Zastowny, T. R., Lehman, A. F., Cole, R. E. og Kane, C. (1992). Family management of schizophrenia: a comparison of behavioral and supportive family treatment. *Psychiatr Q*, 63, 159-186.
- Zhang, M., Wang, M., Jianjun, L. I. og Phillips, M. R. (1994). Randomised-control trial of family intervention for 78 male schizophrenic patients. An 18-month study in Suzhou, Jiangsu. *Br J Psychiatry*, 165, 96-102.
- Zubin, J. og Spring, B. (1977). Vulnerability - a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.