

Félagsfærniþjálfun einstaklinga með geðklofasjúkdóm

Geðklofi er sjúkdómur í heila sem veldur líf-fræðilegum og starfrænum truflunum. Algengi er um 1% (1). Sjúkdómsmyndin er flókinn og margbreytileg í eðli sínu og greining getur verið vandasöm en hún er byggð á skilgreindum skilmerkjum í DSM-IV (1). Aðaleinkenni sjúkdómsins er truflun á hugsun. Einkennum geðklofa er skipt í 5 víddir. Algengustu jákvæðu einkennin (positive symptoms) eru ranghugmyndir, ofskynjanir og hugsanatrufnanir en undir neikvæð einkenni (negative symptoms) flokkast hugsanafátækt, fámælg, tilfinningaleg flatneskja, framtaksleysi, félagsleg einangrun, truflun á geðslagi og skert vitræn geta. Skerðing á vitrænni getu (cognitive symptoms) lýsir sér helst í skertri athygli, minni, einbeitingu, hæfni til að skipuleggja og að vinna með fleiri en eitt áreiti í einu. Þunglyndi og vonleysi (affective symptoms) eru algengustu truflanir á geðslagi hjá fólki með geðklofa (1, 2). Fimmta vídd einkenna eru svo árásgirni og fjandsemi (aggressive and hostile symptoms). Segja má að þessar einkenna víddir passi saman líkt og púsluspil. Þær eru gagnlegar við kortlagningu hvers einstaklings varðandi getu, þarfir og alvarleika einkenna.

Miklar truflanir á hugsun, skynjun, tilfinningalífi og hegðun geta birist og er afleiðingin oft veruleg fötlun, með skertri færni til sjálfstæðrar búsetu, námsgetu og vinnufærni, félagslegri einangrun og takmarkaðri sjálfshirðu. Sjúkdómurinn er langvinnur þar sem einkenni sjúkdómsins breytast að styrkleika og eðli eftir því hvort um brátt veikindatímabil er að ræða eða ekki. Þróun sjúkdómsins er þó einstaklingsbundin. Talið er að 1/3 sjúklinga nái með heildstæðri meðferð góðum bata á milli bráðu veikindatímabilanna þar sem virkni þeirra verður sú sem hún var fyrir bakslagið (3). Um 1/3 sjúklinga veikjast mun oftar



í gegnum lífið og virðast ekki ná almennilegum bata á milli bráðu veikindatímabilanna. Þessir sjúklingar eiga oft margar innlagnir að baki en geta þó haldið sjálfstæði sínu og búið úti í samfélaginu. Þriðjungur sjúklinga sem greinast með geðklofa flokkast undir þá sem eru með alvarlegasta afbrigði sjúkdómsins og eru stöðugt með mjög mikil einkenni og þarfnast þar með nær stöðugs eftirlits. Afleiðingin af endurteknum veikindum er færniskerðing, sjúklingnum hrakar stöðugt og lífsgæði glatast.

Einn af hornsteinum meðferðar við geðklofa er notkun geðlyfja en vegna neikvæðra einkenna (4), lélegrar meðferðarhaldni (5) og takmarkaðra áhrifa lyfjameðferðar á sálfélagslega aðlögun sjúklinga (6) eru margvísleg inngríp nauðsynleg samhliða lyfjameðferð. En léleg meðferðarhaldni sjúklinga í lyfjameðferð á stóran þátt í háu hlutfalli bakslaga og endurinnlagna meðal geðklofasjúklinga (7). Til að auka lífsgæði sjúklinga með geðklofa er mikilvægt að efla þá svo þeir geti verið áræðnari í samskiptum við meðferðaraðila sína og þar með virkari þátttakendur í ákvarðanatöku um eigin meðferð. Meginviðfangsefni þessarar greinar er að kynna félagsfærniþjálfun geðklofasjúklinga sem er afar mikilvægur og nauðsynlegur liður í endurhæfingu þessa sjúklingahóps.

Meðferð við geðklofa

Samhliða komu nýju geðrofslyfjanna á síðasta áratug hafa nokkrar gagnvirkar (*evidence-based*) sálfélagslegar meðferðarleiðir litið dagsins ljós (8, 9, 10, og 11). Þannig hefur meðferð við geðklofa breyst og meiri áhersla lögð á virka endurhæfingu sjúklinga búsetta úti í samfélaginu sem fá sálfélagslega meðferð af ýmsum toga samhliða lyfjameðferð. En með sálfélagslegum meðferðarúrræðum gefst tækifæri til að auka meðferðar-

Tafla 1. Áhrif ólíkra sálfélagslegra meðferða á einstaklinga með geðklofa.

Meðferð	Rannsóknarstuðningur	Lítill rannsóknarstuðningur
Hugræn atferlismeðferð	Geðræn einkenni, eftirstöðvar einkenna	Meðferðarheldni, félagsleg virkni
Fjölskyldumeðferð	Meðferðarheldni, bakslag, innlög, álag	Eftirstöðvar einkenna, fél. virkni
Félagsfærniþjálfun	Félagsleg virkni, athafnir daglegs lífs	Meðferðarheldni, eftirstöðvar eink.
Vitræn endurhæfing	Vitræn starfsemi	Eftirstöðvar einkenna, fél. virkni
Sambættar meðferðir	Félagsleg virkni, eftirstöðvar einkenna	Meðferðarheldni, bakslag

fylgni, draga úr einkennum og líkum á bakslagi og endurinnlögnum, auka virkni sjúklinga og veita fjölskyldum stuðning og fræðslu. Algengustu inngrípin hafa töluverðan rannsóknarstuðning en þau eru fjölskyldufræðsla og fjölskyldumeðferð (8, 12, 13, 14), félagsfærniþjálfun (15, 16, 17), hugræn atferlismeðferð (13, 18) og vitræn endurhæfing (19, 20, 21). Þessi ólíku meðferðarform taka á mismunandi þáttum og þarf því að velja þau af kostgæfni svo þau henti þörfum hvers sjúklings hverju sinni. Í þessari grein er einvörðungu fjallað um félagsfærniþjálfun en í Töflu 1 má sjá á hvaða þáttum ofangreindar meðferðir taka.

Félagsfærni einstaklinga með geðklofa

Í bernsku læra börn af sínu nánasta umhverfi hvernig þau eiga að hegða sér við ólíkar aðstæður. Ef félagsmótun barna er bágborin er hætt við að félagsfærni þeirra á fullorðinsárum verði slök. Félagsfærni er hugtak sem er notað yfir ýmis konar félagslega viðurkennda, lærða hegðun sem gerir fólki kleift að uppfylla félagslegar og tilfinningalegar þarfir sínar. Í því felst til dæmis að geta eignast vin, að tjá tilfinningar, hrósa eða að fá eitthvað frá annarri manneskju. Einstaklingur sem býr yfir góðri félagsfærni getur þannig skynjað og réttilega greint óljós félagsleg merki og sýnt viðeigandi viðbrögð við þeim (22). Á hinn bóginn getur takmörkuð félagsfærni meðal annars leitt til vandamála í samskiptum og oft á tíðum skertra lífsgæða.

Eitt af aðal einkennum geðklofa er félagsleg einangrun (23). Minni ásókn í félagsskap og afturför í samskiptum við fólk er í raun með fyrstu einkennum sem verður vart í byrjandi geðklofa og koma þau jafnvel fram nokkrum árum áður en geðrofseinkenna verður vart (24). Rannsóknir sýna að geðklofasjúklingar eiga í verulegum erfiðleikum með að taka á móti og vinna úr félagslegum yrtum og óyrtum upplýsingum og einnig að ákveða hvernig sé viðeigandi að bregðast við

hverju sinni með yrtum og óyrtum leiðum (25, 26). Hæfni þeirra til að taka eftir, merkja og tjá tilfinningar er einnig ábótavant (27, 28). Sjúklingar með geðklofa eiga því oft afar erfitt með samskipti við fólk almennt, að eignast vini eða að leysa vandamál sín á árangursríkan hátt. Að auki reynist þeim erfitt að útvega sér atvinnu og að halda henni sem veldur enn meiri einangrun frá samfélaginu (22). Rannsóknir sýna að þessi skerta félagsfærni sem hér hefur verið lýst sé nátengd bakslagi og endurinnlögnum enda álitin mikilvægur áhrifaþáttur á bata sjúklinga (29).

Skert félagsfærni hefur ekki aðeins hamlandi áhrif á lífsgæði sjúklinga heldur einnig á meðferðarheldni í öðrum meðferðum. Þannig getur skert félagsfærni leitt til þess að sjúklingar veigri sér við því að þiggja sálfélagslega meðferð af ýmsum toga og þar með hindrað að sjúklingar njóti til fulls annarra sálfélagslegra meðferðarúrræða. Aftur á móti getur hæfni í félagslegum samskiptum verið verndandi þáttur í lífi fólks með geðklofasjúkdóm þar sem hún vegur upp á móti óþægindunum sem hljóta af vitrænni skerðingu, taugafræðilegu næmi (*neurobiological vulnerability*), streituþáttum og erfiðleikum við félagslega aðlögun (30). Ef sjúklingur lærir aðferðir til að takast á við streituvaldandi atburði í daglegu lífi ætti hann að vera betur í stakk búinn til að leysa vandamál og takast á við erfiðleika sem kunna að koma upp á.

Félagsfærniþjálfun einstaklinga með geðklofasjúkdóm

Þar sem félagsfærni er lærð hegðun, má með markvissri þjálfun bæta hana. Félagsfærniþjálfun er eitt elsta og mest rannsakaða meðferðarúrræðið í geðrænni endurhæfingu (23). Undanfarin 40 ár hafa fjölmargar útgáfur af félagsfærni meðferðum verið þróaðar en þó ólíkar séu að innihaldi og lengd þá byggja þær allar á lögmálum atferlifræðinnar og félagsnámskenningum (31). Mark-

mið félagsfærniþjálfunar er að byggja upp færni á þeim sviðum sem hana skortir hjá hverjum sjúklingi. Að því leyti er þjálfunin afmörkuð frekar en almenn og miðar að því að kenna hegðun sem er mikilvæg í félagslegum samskiptum (32). Þjálfunin felst í kerfisbundinni kennslu og þjálfun í samskiptafærni þar sem flókin hegðun er brotin niður í undirþætti. Til að veita upp á móti vitrænni skerðingu geðklofasjúklinga eru endurtekningar í meðferðinni tíðar en þó ber að nefna að það þarf ekki geðklofa sjúklinga til svo endurtekninga sé þörf. Allir sem læra nýja færni þurfa endurtekningu og síþjálfun í þeim aðstæðum sem færnin á að nýtast ef yfirfærsla (lærdómur) á að eiga sér stað.

Félagsfærniþjálfun geðklofasjúklinga er ekki einangruð meðferð heldur á hún að vera hluti af heildstæðu endurhæfingarferli, geðlyfjameðferð, samtalsmeðferðum og öðrum endurhæfingarúrræðum s.s. atvinnu með stuðningi, fjölskyldufræðslu og hugrænni atferlismeðferð við geðrofseinkennum. Félagsfærniþjálfun getur farið fram með ýmsum hætti. Hópmeðferð er algengasta formið en þá eru myndaðir litlir hópar með 6 til 8 sjúklingum. Hópum er stjórnað af 1 til 2 meðferðaraðilum sem geta komið frá ýmsum fagstéttum (t.d. sálfræðingum, geðlæknum, iðjuþjálfum, hjúkrunarfræðingum og félagsráðgjöfum). Hver tími er um 45 til 90 mínútur að lengd, allt eftir úthaldi og einbeitingu sjúklinga, um 1-5 sinnum í viku (29). Eftir að ákveðið hefur verið hvaða færni á að æfa í hverjum tíma er farið yfir það hvaða skref felast í færninni, síðan notar hópstjóri sýnikennslu til að kenna hegðunina í hverju skrefi. Hegðunin er æfð með hlutverkaleik og að lokum meta hópmeðlimir frammistöðuna. Þannig er ákveðin færniþáttur æfður í "þykjustu aðstæðum" með hópstjórum og hópmeðlimum og hann síðan þjálfaður frekar í raunverulegum aðstæðum, eins og heima hjá sjúklingi, inni á deild, á kaffihúsi o.s.frv. Æfingar í raunverulegum aðstæðum eru mikilvægar en þær geta tryggt að færnin yfirfærast á aðstæður sem sjúklingar lifa og hrærast í. Í upphafi meðferðar setur sjúklingur sér markmið í samráði við sinn meðferðaraðila. Þjálfun felst m.a. í samræðum, áræðni, vanda-málalausn, sjálfstæðri búsetu og streitupoli en einnig færni í tengslum við atvinnumál sem og lyfjainntöku. Sú útgáfa félagsfærniþjálfunar sem hefur náð hvað mestri útbreiðslu kallast „UCLA

prógrammið: *Félagsfærniþjálfun og þjálfun til sjálfstæðrar búsetu*" og hefur hún alls 8 sjálfstæða hluta (33). UCLA prógrammið hefur verið þýtt yfir á 23 tungumál enda er það nú notað í rúmlega 30 löndum og um gjörvöll Bandaríkin.

Undanfarin ár hafa ýmsar nýjungar komið fram í félagsfærniþjálfun og má þar nefna aðferðir eins og viðbótar færniþjálfun við raunverulegar aðstæður, samþættingu vitrænnar endurhæfingar og félagsfærniþjálfunar og einnig samþættingu vímuefna-meðferðar og félagsfærniþjálfunar. Viðbótar færniþjálfun við raunverulegar aðstæður er leið til að tryggja að sú færni sem sjúklingar öðlast færast yfir á hans eðlilega umhverfi. Nokkur slík inngrip hafa verið þróuð. Í einu þeirra hjálpa málástjórar að koma á tækifærum fyrir sjúklinginn í samfélaginu til að þjálfa þá færniþætti sem hann lagði áherslu á að öðlast á námskeiðinu. Málástjórar hvetja sjúklinginn áfram og styrkja alla viðleitni til þjálfunar. Rannsóknir hafa sýnt að viðbótar færniþjálfun í raunverulegum aðstæðum eykur enn frekar félagslega færni og lífsgæði sjúklinga (34, 35). Sem dæmi um aðrar nýjungar er að fá fjölskyldumeðlimi til að tryggja yfirfærslu á færni yfir í umhverfi heimilisins (35) og að veita sjúklingum vitræna endurhæfingu samhliða félagsfærniþjálfun (36). Samþætting vímuefna-meðferðar og félagsfærniþjálfunar á geðklofa-sjúklingum með tvíþætta greiningu er enn önnur þróun á meðferð við geðklofa (37). Er það einkum áhugavert í ljósi þess hve hátt hlutfall geðklofa-sjúklinga misnotar áfengi og/eða vímuefni.

Rannsóknarstuðningur við félagsfærniþjálfun

Við mat á áhrifum félagsfærniþjálfunar er mælt með að litið sé til þriggja þátta: Að ná tókum á færni, að viðhalda henni og notkun færniþátta við margvíslegar aðstæður (31). Sé litið til rannsókna á áhrifum félagsfærniþjálfunar kemur hins vegar í ljós að þeir þættir sem helst eru metnir eru sjúkdómseinkenni og bakslag. Greinarhöfundur telur að ástæða þess að mönnum beri ekki saman um áhrif félagsfærniþjálfunar þrátt fyrir áratuga rannsóknir á meðferðinni geti verið sú að margir aðrir þættir stuðla að bakslagi eins og til dæmis áfengis- og vímuefnanotkun og léleg geðlyfja meðferðarhaldni. Á meðan höfundar yfirlitsgreina hafa frekar fundið stuðning við áhrif félagsfærniþjálfunar (38, 30) hafa höfundar



eldri samantektarrannsóknna (39, 40, 41) dregið í efa áhrif félagsfærniþjálfunar á almenna aðlögun sjúklinga.

Stuðningur við félagsfærniþjálfun hefur verið að aukast þar sem menn eru farnir að gæta meira samræmis í þjálfun á félagsfærni og þeim þáttum sem eru skoðaðir við mat á árangri meðferðar. Dæmi um slík vinnubrögð má finna í tveimur vönduðum samantektarrannsóknnum, sú fyrri frá árinu 2006 (13) og hin síðari frá árinu 2008 (17). Niðurstöður þeirra styðja áhrif félagsfærniþjálfunar við að bæta sálfélagslega aðlögun einstaklinga með geðklofa. Annað sem rannsóknir hafa sýnt er að meðferðarárangur viðhelist í allt að 2 ár. Út frá niðurstöðum ófnagreindra samantektarrannsóknna telur greinarhöfundur að félagsfærniþjálfun sé gagnreynd og afar mikilvæg meðferð fyrir geðklofa einstaklinga enda er mælt með slíkri meðferð í klínískum leiðbeiningum sem voru gerðar á vegum bandaríska geðlæknafélagsins (42).

Lokaorð

Maðurinn er félagsvera sem þarfnast vináttu og virðingar. Rétt eins og annað fólk þá hafa einstaklingar með geðklofa þörf fyrir vináttu en ólíkt mörgum öðrum þá eru hömlur á getu geðklofasjúklinga til að eiga samskipti við fólk. Hömlur sem stafa af einkennum sjúkdómsins og truflunum á starfsemi heilans. Félagsfærniþjálfun er sérlega mikilvæg og að mati greinarhöfundar nauðsynleg meðferð fyrir geðklofasjúklinga. Þessi gagnreynda meðferð ætti ávallt að standa sjúklingum til boða sem hluti af öðrum endurhæfingarinngripum en eins og fram hefur komið er það eina meðferðarformið sem stuðlar beint að því að bæta félagsfærni og þar með tækifæri til að öðlast meira gefandi og þýðingarmeiri samskipti við fólk. Greinarhöfundur er starfandi í teymi fagfólks sem vinnur að þróun á endurhæfingu geðklofasjúklinga. Stefnan er að félagsfærniþjálfun verði hluti af kjarnaþjónustu sem verði ávallt í boði á meðan rannsóknir styðja slíka meðferð.

Heimildir

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Þorleifsson, K. (2008). Greining og horfur í geðklofasjúkdómi. *Geðvernd: Rit geðverndarfélags Íslands*, 37, 21-27.
- Mueser, K.T. og Gingerich, S. (1994). *Coping with schizophrenia: A guide for families*. CA: New Harbinger Publications, Inc.
- Kasper, S. (2006). Optimisation of long-term treatment in schizophrenia: Treating the true spectrum of symptoms. *European Neuropsychopharmacology*, 16, S135-S141.
- Lieberman, J.A., Stroup, T.S., McEvoy, J.P., Swartz, M.S., Rosenheck, R.A., Perkins, D.O., Keefe, R.S.E. og fél., (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 353, 1209-1223.
- Swartz, M.S., Perkins, D.O., Stroup, T.S., Davis, S.M., Capuano, G., Rosenheck, R.A., Reimherr, F., McGee, M.F., Keefe, R.S., McEvoy, J.P., Hsiao, J.K., Lieberman, J.A., 2007. Effects of antipsychotic medications on psychosocial functioning in patients with chronic schizophrenia: findings from the NIMH CATIE study. *American Journal of Psychiatry*, 164 (3), 428-436.
- Mojtabai, R., Lavelle, J., Gibson, P.J., Sohler, N.L., Craig, T.J., Carlson, G.A. og Bromet, E.J. (2002). Gaps in use of antipsychotics after discharge by first-admission patients with schizophrenia, 1989 to 1996. *Psychiatric Services*, 53, 337-339.
- Barbato, A. og D'Avanzo, B. (2000). Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 81-97.
- Turkington, D., Kingdom, D. og Weiden, P.J. (2006). Cognitive behavior therapy for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 365-373.
- Huxley, N.A., Rendall, M. og Sederer, L. (2000). Psychosocial treatments in schizophrenia: a review of the past 20 years. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 187-201.
- Velligan, D.I. og Gonzalez, J.M. (2007). Rehabilitation and recovery in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 535-548.
- Dixon, L., Adams, C. og Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 5-20.
- Pfammatter, J., Junghan, U.M., Brenner, H.D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (1 Suppl), S64-S80.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J.R., Orbach, G. og Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32, 763-782.
- Heinssen, R.K., Lieberman, R.P. og Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 21-46.
- Moriana, J.A., Alarcon, E. og Herruzo, J. (2006). In-home psychosocial skills training for patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57, 260-262.
- Kurtz, M.M. og Mueser, K.T. (2008). A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 491-504.
- Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V.H. og Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 77, 1-9.
- Lecardeur, L., Stip, E., Giguere, M., Blouin, G., Rodriguez, J-P. Og Champagne-Lavau, M. (2009). Effects of cognitive remediation therapies on psychotic symptoms and cognitive complaints in patients with schizophrenia and related disorders: A randomized study. *Schizophrenia Research*, 111, 153-158.
- McGurk, S.R., Twamley, E.W., Sitzer, D.I., McHugo, G.J. og Mueser, K.T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164 (12), 1791-1802.
- McGurk, S.R. og Wykes, T. (2008). Cognitive Remediation and vocational rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 350-359.

22. Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S. og Agresta, J. (2004). *Social skills training for schizophrenia (2nd ed.)*. New York: The Guilford Press.
23. Mueser, K.T. og Bellack, A.S. (2007). Social skills training: Alive and well? *Journal of Mental Health, 16* (5), 549-552.
24. 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.
25. Corrigan, P.W. og Toomey, R. (1995). Interpersonal problem-solving and information processing in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 21*, 395-403.
26. Sergi, M.J. og Green, M.F. (2002). Social perception and early visual processing in schizophrenia. *Schizophrenia Research,, 59*, 233-241.
27. Kring, A.M. og Neale, J.M. (1996). Do schizophrenic patients show a disjunctive relationship among expressive, experiential, and psychophysiological components of emotion? *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 249-257.
28. Mandal, M.K., Pandey, R. og Prasad, A.B. (1998). Facial expressions of emotions and schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin, 24*, 399-412.
29. Granholm, E., McQuaid, J.R., McClure, F.S., Auslander, L.A., Perivoliotis, D., Pedrelli, P. og félagar (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.
30. Kopelwicz, A., Liberman, R.P. og Zarate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 32*, S12-S23.
31. Gottlieb, J.D., Przygoda, 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.
32. Liberman, R.P. (2007). Dissemination and adoption of social skills training: Social validation of an evidence-based treatment for the mentally disabled. *Journal of Mental Health, 16*, 595-623.
33. 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.
34. 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.
35. Kopelwicz, A., Zarate, R., Smith, V.G., Mintz, J. Og Liberman, R.P. (2003). Disease management in Latinos with schizophrenia: a family-assisted, skills training approach. *Schizophrenia Bulletin, 29*-211-228.
36. Roder, V., Mueller, D.R., Mueser, K.T., og Brenner, H.D. (2006). Integrated Psychological Therapy (IPT) for schizophrenia: Is it effective? *Schizophrenia Bulletin, 32*, S81-S93.
37. Bellack, A.S., Bennet, 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. *Archives of General Psychiatry, 63*, 426-432.
38. Bellack, A.S. (2004). Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 27* (4), 375-391.
39. Benton, M.K. og Schroeder, H.E. (1990). Social skills training with schizophrenia: a meta-analytic evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 741-747.
40. 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, 6*, 1337-1346.
41. Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Martindale, B. og félagar (2002). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analysis of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine, 32*, 783-791.
42. American Psychiatric Association, 2004. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia, second edition (online). Fáanleg á slóðinni: http://www.psychiatryonline.com/praguide/loadGuidelinePdf.aspx?=&Schizophrenia2ePG_05-15-06.

Óla Björk Eggertsdóttir er sálfræðingur á endurhæfingardeild geðsviðs LSH.