

**HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR**

HRVATSKO DRUŠTVO ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU

HRVATSKO DRUŠTVO ZA PSIHOTERAPIJU, PSIHOSOCIJALNE METODE I RANU  
INTERVENCIJU KOD PSIHOTIČNIH POREMEĆJA

HRVATSKO DRUŠTVO ZA AFEKTIVNE POREMEĆAJE

**HRVATSKO PSIHIJATRIJSKO DRUŠTVO**

Uz podršku

UDRUGA ZA PROMICANJE MENTALNOG ZDRAVLJA „SVITANJE“

## **PSIHIČKI POREMEĆAJI SA PSIHOZOM I SHIZOFRENIJA**

### **Smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju**

**Voditeljica radne skupine: Sladana Štrkalj Ivezić**

**Članovi radne skupine:**

**Branka Restek Petrović, Majda Grah, Maja Bajš Janović, Petrana Brečić,  
Dubravka Stijačić, Lana Mužinić, Perla Čaćić, Kristina Jandrić, Martina Grubiša, Zoran  
Bradaš, Zlata Pjević**

**Recenzent: prof. dr.sc. Ivan Urlić, dr.med.**

**Zagreb, 2017.**

## UVOD

Smjernice iznesene ovdje odnose se na preporuke za primjenu psihosocijalnih postupaka i psihoterapije u odraslih s dijagnozama nespecificirane psihoze i shizofrenije, uključujući shizoafektivnu psihozu i paranoidnu psihozu, a mogu se primijeniti i u oboljelih od bipolarnog poremećaja. Pojam *psihoza* često se koristi u tekstu i odnosi se na sve navedene poremećaje. Smjernice za primjenu individualne i grupne psihodinamske psihoterapije nalaze se u posebnom dokumentu.

Uz svaki od postupaka iznesen ovdje navode se izvori informacija od I-IV prema Nacionalnom kolaborativnom centru za mentalno zdravlje - NICE 2014, kako slijedi:

- randomizirane studije (Ia i Ib),
- dobro dizajnirane kontrolirane studija bez randomizacije (IIa i IIb),
- dobro dizajnirane deskriptivne studije i studije slučaja (IIIa i IIIb),
- informacije, dobivene na temelju ekspernogkonsenzusa ili kliničkog iskustva značajnih autoriteta, u području psihosocijalnih metoda (IV).

Za izradu ovih smjernica integrirane su preporuke iznesene u NICE smjernicama (2014), APA smjernicama (2010), PORTsmjernicama (2009), hrvatskim nacionalnim smjernicama za liječenje shizofrenije (Štrkalj Ivezić i sur. 2001), te preporuke koje proizlaze iz istraživanja, meta-analiza i druge relevantne literature, nakon objave navedenih smjernica. Također smo uključili istraživanja i iskustva naših stručnjaka na ovom području.

Psihički i socijalni čimbenici imaju značajan učinak na nastanak i ishod psihičkih poremećaja, uključujući i poremećaje sa psihozom, stoga su psihosocijalni postupci značajni u sveobuhvatnom liječenju oboljelih, sa svim onim dijagnozama, kod kojih se pojavljuje psihoza, poput primjerice shizofrenije. Izbor psihosocijalnih postupaka ovisi o individualnim potrebama bolesnika u različitim fazama bolesti. U kliničkoj praksi, psihosocijalni postupci primjenjuju se zajedno s farmakološkim liječenjem te se različiti psihosocijalni postupci često kombiniraju u različitim programima rehabilitacije u bolničkom i vanbolničkom liječenju. Široko je prihvaćeno da je liječenje antipsihoticima prva komponenta liječenja, međutim, psihosocijalne su metode liječenja podjednako važne za bolesnika (Kendall, 2011, Scott 1995, Penn, Mueser 1996), osobito za oporavak od psihičke bolesti, koji postaje cilj liječenja (Deegan 1996). Na važnost psihosocijalnih postupaka upozoravaju novija istraživanja u kojima su dobri rezultati liječenja postignuti psihosocijalnim metodama bez antipsihotika

(Harrow . i sur, 2012; Faber . i sur, 2012; Wunderink i sur, 2013 cit prema NICE), stoga se preporučuju istraživanja u tom području.

### **Smjernice uključuju preporuke za slijedeće psihosocijalne postupke:**

terapijski savez, psihoedukaciju, obiteljsku terapiju, trening socijalnih vještina, art psihoterapiju, kognitivnu bihevioralnu terapiju, kognitivnu remedijaciju, zapošljavanje uz podršku i zdrave stilove življenja. Smjernice također uključuju preporuke za izbor terapijske sredine liječenja i organizaciju liječenja kao što su bolničke službe i službe za liječenje u zajednici, te postupke koji zahtijevaju koordinaciju između različitih službi, kao što je to, primjerice, koordinirano liječenje (*case-management*), asertivni *case-management* i zapošljavanje uz podršku.

### **Teorijska osnova**

Teorijsku osnovu primjene psiholoških i psihosocijalnih postupaka čini psihobiosocijalni model bolesti, u okviru kojeg je značajna stres-vulnerabilnost teorija, prema kojoj osoba ima vulnerabilnost za nastanak psihoze kojoj doprinose biološki, psihološki i socijalni čimbenici, zatim psihodinamske, kognitivno bihevioralne i sistemske teorije i njihova kombinacija. (više o psihobiosocijalnom modelu vidi u: Štrkalj Ivezić i sur. *Rehabilitacija u psihijatriji*, 2010).

### **Ciljevi psihosocijalnih i psihoterapijskih postupaka**

Cilj psihosocijalnih i psihoterapijskih postupaka poboljšanje je psihološkog i socijalnog funkcioniranja osobe, a dugoročno, smanjenje vulnerabilnosti osobe za psihozu.

Specifični ciljevi psihosocijalnih i psihoterapijskih postupaka prema NICE smjernicama (2014) uključuju: smanjenje intenziteta i pojave simptoma, smanjenje nepovoljnog utjecaja stresa, poboljšanje vještina nošenja sa stresom, smanjenje invalidnosti i dizabiliteta, povećanje kvalitete života, poboljšanje komunikacije, uključujući komunikaciju u obitelji, povećanje suradljivosti u uzimanju lijekova, smanjenje negativnog učinka stigme na kvalitetu života, poticanje oporavka, smanjenje posljedica zlostavljanja, zanemarivanja i nepovoljnih modela privrženosti (*attachment*) i prevenciju recidiva psihoze.

## **Praćenje i procjena učinkovitosti psiholoških intervencija**

Tijekom psihosocijalnih postupaka, preporuča se rutinsko i sustavno praćenje ishoda u području simptoma i funkcioniranja, koje uključuje i zadovoljstvo bolesnika, kao i članova njihove obitelji, kada je primijenjivo. Za procjenu funkcioniranja preporučuju se principi procjene prema Međunarodnoj klasifikaciji funkcioniranja (MKF, 2010). O tome više vidi u knjizi: *Socijalno funkcioniranje između zdravlja i bolesti-Smjernice za procjenu funkcioniranja oboljelih od psihičkih poremećaja* (Štrkalj Ivezić , 2016).

Stručni tim, koji radi s osobama sa psihozom ili shizofrenijom, identificira voditelja tima, koji je psihijatar i određuje uloge članova tima i razine njihove odgovornosti za praćenje i procjenu stanja u skladu s individualnim planom liječenja.

## **NESPECIFIČNI PSIHOSOCIJALNI POSTUPCI I PRINCIPI**

Nespecifični psihosocijalni postupci i principi dio su standardnog liječenja oboljelih od poremećaja sa psihozom i važan preduvjet za uspostavljanje i održavanje suradnje u liječenju. U svojstvu nespecifičnog terapijskog čimbenika, povezani su s povoljnim ishodom liječenja. Uključuju: uspostavljanje terapijskog odnosa i terapijskog saveza, stavove oporavka, psihobiosocijalnu formulaciju te informacije o bolesti.

### **Terapijski odnos i terapijski savez**

Terapijski odnos jedan je od najvažnijih prediktora ishoda liječenja u psihijatriji (McCabe R. i Priebe S, 2004, Martin i sur 2000), stoga mu se posvećuje posebnu pozornost u standardnom liječenju oboljelih od psihoze i shizofrenije. Opisuju se brojni povoljni učinci terapijskog saveza, odnosno pozitivnog terapijskog odnosa na ishod liječenja, kao što je smanjenje simptoma i intenziteta simptoma (Frank , 1984;Frank i Gunderson , 1990 ,Neale i Rosenheck , 1995;Priebe , i Gruyters , 1993), poboljšanje funkcioniranja na osobnim razinama, i za život u zajednici (Frank i Gunderson ,1990; Neale i Rosenheck, 1995; Svensson i Hansson , 1999), poboljšane percepcije kvalitete života (Solomon P. i sur, 1995) povećanje suradljivosti u uzimanju lijekova (Frank i Gunderson ,1990; Solomon i sur, 1995) manje doze lijekova, poboljšanje odnosa prema liječenju i manje prekidanja liječenja (Frank i Gunderson ,1990), te uspješniji ishod rehabilitacije (Goering i Stylianos , 1998). Dobar terapijski odnos s *case-managerom* povezan je s manjim brojem dana provedenih u bolnici (Priebe i Gruyters, 1993).

Terapijski savez zajednička je odluka – dogovor terapeuta i pacijenta – o ciljevima terapije i metodama, koje pomažu u postizanju tih ciljeva. Terapijski odnos je način na koji terapeut i bolesnik surađuju da bi postigli željene promjene kod pacijenta. Sadrži međusobno povjerenje, poštovanje, nadu u oporavak i zajednički dogovor o ciljevima liječenja.

Često je terapijski odnos jedini čimbenik koji pacijenta s dijagnozom psihoze motivira za liječenje, a osobito je značajan na početku liječenja, kada značajan broj oboljelih odbija liječenje zbog nedostataka uvida. U oboljelih od psihoze i shizofrenije, očekuju se poteškoće u stvaranju terapijskog saveza zbog nedostatka uvida i psiholoških poteškoća u stvaranju odnosa povjerenja. Stoga je potrebno istražiti potencijalne ili postojeće prepreke u stvaranju terapijskog odnosa i terapijskog saveza, i raditi na njihovom otklanjanju.

Na temelju brojnih istraživanja o povezanosti terapijskog odnosa/saveza s dobrim ishodom liječenja, može se zaključiti da terapijski savez čini terapijski pokretač procesa oporavka oboljelih od psihoze i shizofrenije, a postizanje oporavka, pak djeluje pozitivno na učvršćivanje terapijskog saveza (Hicks i sur, 2012).

Dakle, preduvjet bilo kojeg liječenja (farmakološko i/ili psihosocijalno i psihoterapijsko), stvaranje je pozitivnog terapijskog saveza. Stvaranje terapijskog saveza u akutnoj fazi bolesti može biti vrlo zahtjevan zadatak i stoga je potrebna fleksibilnost i strpljenje u ostvarivanju terapijskog odnosa. Isto tako, važno je održavati ovaj terapijski odnos kroz često dugi period vremena. Razvoj konstruktivnog terapijskog odnosa osnova je za procjenu psihološkog stanja pacijenta, razumijevanja njegovih problema i stvaranje terapijskog plana.

Psihijatar i drugi stručnjaci trebaju imati kompetencije za izgradnju terapijskog saveza.

Kompetencije za stvaranje terapijskog odnosa u cilju stvaranja odnosa baziranog na povjerenju s osobom sa psihozom/ shizofrenijom, zahtijevaju ustrajnost, fleksibilnost, pouzdanost, osjetljivost na osobnu perspektivu osobe, na problem, bolest i liječenje. Jednako tako, važna je i suradnja s članovima obitelji (Bebbington i Kuipers, 1994; Worthington i sur, 2013), a naročito radi procjene stanja osobe koja nema uvida u bolest i ne surađuje u liječenju. Terapijski savez omogućava psihijatru/ terapeutu prikupljanje relevantnih informacija o pacijentu koje su potrebne za liječenje, a pacijentu postizanje nužnog povjerenja u psihijatra/ terapeuta i želju za suradnjom. Radi olakšanja ovog procesa, preporuča se kontinuitet liječenja s istim psihijatrom i/ili timom, što omogućuje psihijatru i drugim stručnjacima raspolaganje činjenicama o pacijentu kao osobi, naravno, isključivo u cilju adekvatnog liječenja.

Karakteristike terapeuta, poput rigidnosti, kritiziranja, neprikladnog iznošenja podataka o sebi, emocionalne udaljenosti, neprikladnog korištenja šutnje povezane su s teškoćama uspostave terapijskog odnosa. Poželjna terapeutska karakteristika sposobnost je terapeuta u odgovaranju

na sva pitanja pacijenta, bez obzira, poštujući ambivalenciju i nepovjerenje u odnosu na dijagnozu i liječenje, bez obrambenog stava i neprikladne emocionalne reakcije, te pomaganje pacijentu u razrješavanju nedoumice oko liječenja. Također uključuje sposobnost terapeuta da pomogne pacijentu u artikuliranju vlastitih ciljeva u liječenju i postizanju dogovora s terapeutom o ciljevima terapije, sposobnost razumijevanja pacijentovog načina doživljavanja sebe i okoline te pomaganje u korigiranju krivih vjerovanja, sposobnost u raščišćavanju potencijalnih nesporazuma oko ciljeva terapije, te dozvolu pacijentu za iznošenje negativnih osjećaja povezanih sa terapijskim odnosom i preuzimanje odgovornosti u stvaranju, održavanju i prekidu terapijskog saveza. Kvalitete terapeuta, značajne za stvaranje terapijskog odnosa s pacijentom koji boluje od shizofrenije, odražavaju kapacitet samog terapeuta da se suoči s različitim snažnim afektivnim stanjima u shizofrenom pacijentu (Gunderson i sur, 1978). S ciljem uspostavljanja terapijskog odnosa, zadatak terapeuta jest aktivni pokušaj razumijevanja *pacijenta kao osobe* sa svojim konfliktima, poteškoćama identiteta i emocionalnom tugom i konfuzijom, kao i postizanje pacijentovog osjećaja da ga terapeut razumije (Fromm-Reichmann, 1974). Stoga stručnjaci za mentalno zdravlje trebaju imati kompetencije u prepoznavanju svojih kontratransfernih osjećaja.

**Preporuke za uspostavljanje terapijskog odnosa / saveza uključuju sljedeće:**

- slušanje onoga što pacijent iznosi,
- pokazivanje empatije za osjećaje pacijenta i njegovu situaciju,
- izbjegavanje kritičkih primjedbi i moraliziranja,
- pokazivanje interesa i poštovanja, optimizam i realističnu nadu,
- objašnjenje psihijatrijskog pogleda na situaciju,
- donošenje zajedničke odluke o terapijskim ciljevima,
- vjerovanje da se pacijent može promijeniti i da sam može pridonijeti toj promjeni, pokazivanje interesa za pacijenta bez obzira na njegovo kliničko stanje i uznemiravajuće ponašanje,
- pružanje prilike pacijentu da govori o onom što je teško izgovoriti,
- predvidljivost terapeuta za dogovore o terapijskim seansama, dužinu seanse i sigurnu terapijsku sredinu,
- sposobnost terapeuta da dopusti da bude transfereni objekt za pacijenta bez nepoželjnih kontratransfernih reakcija.

Sljedeće vještine terapeuta pomažu u ostvarenju dobrog terapijskog odnosa i potiču razvoj terapijskog saveza (Gabbard, 1994; Frank, 1984; Dziba i Ahern, 2009):

1. Pokazivanje empatije – prihvaćanje i razumijevanje bez predrasuda, kritike i okrivljavanja, bez obzira na ponašanje pacijenta u bolesti.  
Atmosfera prihvaćanja, a ne osuđivanja.
2. Individualan pristup osobi, a ne dijagnozi
3. Povećanje nade, smanjene bespomoćnosti i demoralizacije – očekivanje oporavka
4. Pokazivanje brige i interesa za pacijenta i želje da mu se pomogne
5. Dovoljno vremena za pacijenta
6. Autentično ponašanje – usklađenost verbalnog i neverbalnog – otvoren, iskren, pošten odnos
7. Terapeutova ponuda pacijentu kao mogućnost da čuje drugi način mišljenja, da dobije drugi pogled na problem i drugo objašnjenje situacije
8. Pomaganje pacijentu za ponavljano testiranje stvarnosti
9. Vjerovanje da se pacijent može promijeniti.
10. Ravnopravnost u terapijskomsavezu – balansirani pristup moći – poticanje pacijenta na aktivno sudjelovanje
11. Pokazivanje poštovanja – prihvaćanje pacijenta s problemima
12. Profesionalni odnos s jasnim granicama – odnos ugodan za pacijenta i terapeuta
13. Prepoznavanje transfernog ponašanja pacijenta i uvid u kontratransfer

**Preporuke:** Terapijski savez glavni je prediktor povoljnog ishoda liječenja. Svi stručnjaci koji rade s oboljelim od poremećaja sa psihozom moraju imati kompetencije za uspostavljanje terapijskog odnosa i terapijskog saveza. Nivo dokaza IIa i IIb.

### **Informacije o bolesti, pozitivni stavovi o ishodu liječenju, prognoza, tijek, osnaživanje i oporavak**

Povijesno gledano, mnogi psihijatri i drugi stručnjaci, koji se bave liječenjem oboljelih od poremećaja sa psihozom, zauzimali su pesimističnije stavove u pogledu tijeka bolesti i prognoze izlječenja, smatrajući da je shizofrenija neizlječiva bolesti od koje se ne može oporaviti. Međutim, ovi stavovi nisu dokazani u istraživanjima tijekom bolesti. Rezultati potvrđuju da će oko ¾ oboljelih imati ponovljene epizode bolesti i da će jedan broj oboljelih imati invaliditet (Brown i sur, 2010). Oko polovine oboljelih imat će dobar ishod 20 do 40 godina nakon postavljanja dijagnoze, a manji broj osoba imat će produžene periode remisije,

bez ponavljanih epizoda (Harding i sur 1987, Banham i Gilbody , 2010; Harrison i sur, 2001; Jobe i Harrow , 2005). Također je potrebno istaknuti da veliki broj osoba, premda nikada ne dosegnu potpuni oporavak, može imati kvalitetan život, uz adekvatnu potporu i pomoć ( NICE 2014). Optimizam i nada u liječenju, osnovni su principi u liječenju, stoga je od osobitog terapijskog značaja uvođenje nade i optimizma u liječenju oboljelih od poremećaja sa psihozom, posebno shizofrenije, koja je najviše stigmatizirana.

Stavovi terapeuta utječu na ishod liječenja, stoga trebaju biti oslobođeni od nepotrebnog opterećenja lošom prognozom bolesti jer to može utjecati na lošu procjenu stanja pacijenata i izradu individualnog plana liječenja. Stigmatizirajući termini, poput shizofreničar, psihotičar i slično, neprimjereni su za pacijente te se ne preporuča njihova primjena u medicinskoj praksi (NICE 2014).

### **Informacije o bolesti:**

Informacija o bolesti smatra se nužnim postupkom, koji je uključen u obvezu informiranja pacijenta, u sklopu pravne obaveze informiranog pristanka (Mueser i sur, 2002). Način na koji se iznosi informacija o bolesti je nespecifični psihosocijalni postupak, koje će pridonijeti suradnji pacijenta u liječenju, odnosno, izgradnji terapijskog saveza. Informiranje o bolesti, dio je standardnog postupka za oboljele od psihoze/ shizofrenije i treba ih razlikovati od primjene specifičnog postupka psihoedukacije (vidi specifične postupke: Psihoedukacija).

### **Oporavak**

Oporavak je cilj liječenja psihosocijalnim metodama oboljelih od poremećaja sa psihozom. Važno je razlikovati oporavak od remisije. Remisija je klinički pojam i povezana je s odsustvom simptoma bolesti i obnovom socijalnog funkcioniranja, dok je oporavak proces koji uključuje promjenu osobnih stavova, osnaženje na razini osobe, doživljaj kontrole vlastitog života, obnavljanje interesa, prava i želja, te kvalitetu života, usprkos ograničenjima, koja još uvijek mogu postojati zbog bolesti. Oporavak znači razvoj novog značenja i svrhe u životu, i prerastanje doživljaja da je bolest učinila „katastrofu u životu“ (Anthony , 1993). Oporavak je doživljaj osnaženosti, pri čemu osoba vodi svoj život na način koji mu dopušta dosizanje željenih ciljeva, život sa smislom , te ima osjećaj pozitivne pripadnosti zajednici. (NICE 2005; NICE, 2014).

**Preporuke:** Cilj liječenja je oporavak. Preporučuju se stavovi nade i optimizma u liječenju oboljelih od poremećaja sa psihozom i shizofrenije, oslobođeni od stigme.



### **Psihološka i psihobiosocijalna formulacija poremećaja**

Procjena o stanju bolesnika najčešće uključuje prikupljanje informacija o simptomima, utjecaju simptoma na funkcioniranje i strategijama koje osoba koristi u nošenju sa simptomima.

Procjena uključuje istraživanje doprinosa bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika u pojavi bolesti. Procjena je važna za postavljanje dijagnoze, procjenu ozbiljnosti stanja, procjenu funkcioniranja i procjenu rizika. Na temelju prikupljenih informacija, izrađuje se psihološka (NICE 2014) i psihobiosocijalna formulacija (Štrkalj Ivezić, 2016). Prema preporukama SZO, potrebno je procjenjivati psihopatologiju zasebno od funkcioniranja (MKF SZO, 2010, Štrkalj Ivezić, 2016). Psihološka formulacija odnosi se na procjenu doprinosa psiholoških čimbenika, koristeći bilo koju psihološku teoriju koja je bliska psihijatru (psihodinamsku, kognitivnu, sistemsku), s preporukom korištenja psihodinamske teorije za razumijevanje iskustva osobe oboljele od poremećaja sa psihozom i/ili shizofrenijom (NICE, 2014).

**Psihobiosocijalna formulacija** predstavlja hipotezu razumijevanja nastanka psihičkog poremećaja u sadašnjoj epizodi ili u ranijim epizodama na temelju procjene interakcije psihičkih, bioloških i socijalnih čimbenika. Na temelju podataka dobivenih u anamnezi i drugih podataka stvara se predodžba o utjecaju bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika nastanak psihičkog poremećaja, u odnosu na simptome i funkcioniranje. Poznavanjem čimbenika okolnosti u kojima osoba sada živi, stresnih događaja koji su prethodili dolasku na liječenje, osobnog emocionalnog razvoja bolesnika, koji je utjecao na način kako se osoba osjeća, razmišlja i ponaša, sadašnje i ranije razine funkcioniranja, podataka o bolestima u obitelji i tjelesnom stanju pacijenta i kapaciteta za adaptaciju, postiže se sveobuhvatno razumijevanje pacijenta. Sveobuhvatno razumijevanje pacijenta esencijalno je za plan liječenja.

Psihobiosocijalna formulacija odnosi se na hipotezu koja sadržava objašnjenje zašto je problem nastao i što sudjeluje u njegovom održavanju, ona je osnova na temelju koje se planiraju terapijski postupci. Hipoteza može služiti i za predviđanje poteškoća tijekom procesa liječenja. Psihobiosocijalna i/ili psihološka formulacija je dinamična hipoteza koja se temelji na dostupnim informacijama u trenutku procjene i može se proširiti ili promijeniti tijekom liječenja, a na temelju skupljenih informacija. Psihobiosocijalna formulacija specifična je za osobu jer se bazira na jedinstvenom životnom iskustvu svake osobe.

Osoba sa psihozom ne mora se složiti s gledištem psihijatra i drugih stručnjaka. Stoga je potrebno razgovarati o gledištu pacijenta, kako bi se stvorilo zajedničko gledište, koje će omogućiti uspješnu suradnju u liječenju.

Za procjenu utjecaja socijalnih čimbenika, procjenjuju se utjecaji različitih psihosocijalnih stresora, kao i duljina izloženosti tim stresorima. Različiti psihosocijalni stresori mogu dovesti do razvoja simptoma u vulnerabilnih osoba. Stresori uključuju stresne živote događaje, kao npr. značajni emocionalni gubici, odlazak od kuće, gubitak posla i nezaposlenost, sociokulturne stresore – siromaštvo, dezorganizirana društvena mreža, nepovoljnu emocionalnu klimu, kao što je hostilnost, pretjerana zaštita ili pretjerana kritika te intruzivna ponašanja okoline. Premda se psihoza može pojaviti bez vidljivog stresora, pridavanje važnosti stresorima može prevenirati recidiv bolesti. Ponekada su stresori unutarnji, a znanje o razvojnoj vulnerabilnosti može pomoći u identificiranju i pomoći s različitim stresorima. Strategije liječenja uključuju prevenciju akumulacije stresnih situacija i pomoć u razvoju dobrih strategija suočavanja koje pomažu da razina tenzije bude onog intenziteta koje osoba može podnijeti. Kapaciteti za suočavanje sa stresorima i razrješavanje posljedica stresa mogu, zbog bolesti, biti smanjeni u osoba sa psihozom.

Invalidnost povezana s psihičkom bolesti također je jedan od stresora. O značaju utjecaja socijalnih čimbenika na ishod bolesti upućuju prospektivne studije koje su pokazale da je rani funkcionalni oporavak i radni oporavak značajniji za prevenciju kroničnih negativnih simptoma i invaliditeta od simptoma psihoze (Fatemi i sur, 2005 cit prema NICE 2014), stoga su važne psihosocijalne metode koje će ubrzati funkcionalni oporavak.

Potreban je individualizirani pristup liječenju, pacijentu kao osobi sa jedinstvenim životnim iskustvom. U procjeni razumijevanja nastanka poteškoća, potrebne su kompetencije za procjenu bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika na temelju koje se izrađuje psihobiosocijalna formulacija.

**Izrada plana liječenja:** Na osnovu psihijatrijske procjene, procjene cjelokupnog zdravstvenog statusa i psihološke/psihobiosocijalne formulacije u suradnji s pacijentom donosi se plan liječenja u kojem se planiraju različiti biološki, psihološki i socijalni postupci.

**Preporuke:** Izrada psihobiosocijalne formulacije obavezni je dio standardnog liječenja oboljelih od poremećaja s psihozom na temelju koje se izrađuje individualni plan liječenja.

## SPECIFIČNI PSIHOSOCIJALNI POSTUPCI

Sveobuhvatno liječenje oboljelih od poremećaja sa psihozom i shizofrenije, koje uključuje lijekove i psihosocijalne metode, dovodi do poboljšanja ishoda liječenja (Mojtabai , 1998; Marder , 2000). Psihosocijalne metode pomažu u prevenciji relapsa, poboljšanju stilova sučeljavanja, boljem socijalnom i radnom funkcioniranju i povećanju kapaciteta za samostalno funkcioniranje. Primjena psihosocijalnih postupaka traži integraciju različitih uloga psihijatra: *managera* u koordinaciji liječenja, vezano za službe i postupke liječenja koje su na raspolaganju, učitelja- za podučavanje o bolesti i liječenju i postupanju u bolesti, osobe koja pruža podršku i educiranog terapeuta koji provodi psihosocijalno i biološko liječenje u skladu sa svojim kompetencijama, kao i davanje preporuka za provedbu različitih postupaka, ovisno o individualnim potrebama pacijenta, a koje će provesti drugi stručnjaci. Psihijatar, tijekom svoje edukacije, stiče navedene kompetencije, kako bi mogao dobro funkcionirati kao voditelj tima stručnjaka, što ne znači da će on sam provoditi sve psihosocijalne postupke. Za uspješno liječenje velikog broja pacijenata potreban je tim, a članovi tima provode dogovoreno liječenje na temelju individualnog plana liječenja.

### **Psihoedukacija**

Informacije o bolesti za oboljele, kao što je ranije rečeno, smatraju se nespecifičnim psihosocijalnim postupkom, dijelom standardnog liječenja, koje ima pravni aspekt, uključen u obavezu informiranja pacijenta u okviru informiranog pristanka (Mueser i sur, 2002; Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, 2014), te terapijski aspekt, vezan za dogovor o liječenju. Međutim, razgovor o dijagnozi za oboljele sa psihozom mora imati obilježja specifičnog psihoedukacijskog psihosocijalnog postupka, u kojem se objašnjava bolest i mogućnosti liječenja, te obraća pozornosti na reakciju oboljelog na dijagnozu. Informacije o dijagnozi daju se u atmosferi nade i optimizma, udružene sa mogućnošću poboljšanja i oporavka.

Postavljanje dijagnoze shizofrenije može dovesti do ozbiljnih emocionalnih poteškoća (Birchwood M, 2003). Postavljanje dijagnoze ima dvije strane. Pozitivni aspekti uključuju imenovanje problema i pronalaženje adekvatne pomoći u rješavanju, a negativni uključuju nepovoljnu oznaku povezanu sa stigmom, diskriminacijom i obesnaživanjem, te doživljavanje dijagnoze kao napada na integritet i identitet osobe. Stoga stručnjaci moraju biti svjesni da razgovor o dijagnozi može imati pozitivni i negativni utjecaj na bolesnika (Pitt L. i sur, 2009), pa je neophodno da psihijatar ima vještine za provođenje psihoedukacije.

Danas se psihoedukacija razvija u psihosocijalnu metodu, koja ima veće ciljeve od davanja informacija o bolesti, međutim još uvijek ne postoji standardizirani postupak primjene.

Meta-analiza Xia J. i sur. (2011), potvrdila je učinkovitost psihoedukacije na smanjenje relapsa, smanjenje učestalosti hospitalizacije, povećanje suradljivosti u uzimanju lijekova, ali, paradoksalno, nije pronađena učinkovitost u odnosu na povećanje uvida. Pretpostavka o povezanosti učinkovitosti psihoedukacije sa suradljivosti u uzimanju lijekova (Xia J. i sur, 2011) nije jasno dokazana. U našem istraživanju, psihoedukacija bazirana na oporavku, pokazala se učinkovitom u redukciji samostigmatizacije (Štrkalj Ivezić S i sur, 2016).

**Preporuke:** preporuča se primjena psihoedukacije kao specifične metode kod oboljelih koji imaju poteškoća s prihvaćanjem dijagnoze, prihvaćaju obesnažujuću ulogu bolesnika i imaju povećan rizik od samostigmatizacije. Nivo dokaza IIIa i IIIb

### **Terapija za povećanje suradljivosti (*Adherence Therapy*)**

Smatra se da je uzimanje antipsihotika značajno u prevenciji recidiva bolesti, a poznato je da veliki broj oboljelih od shizofrenije ne uzima lijekove ili prekida uzimanje lijekova. Stoga se ukazuje potreba za metodom koja će povećati suradljivost u uzimanju lijekova. Terapija za povećanje suradljivosti definira program koji ima cilj educirati pacijenta o važnosti uzimanja lijekova, podržati ga u uzimanju lijekova i educirati ga o strategijama koji mu mogu pomoći da poveća suradljivost u uzimanju lijekova s ciljem poboljšanja simptoma, kvalitete života i prevencije recidiva bolesti (NICE, 2014).

Terapija za povećanje suradljivosti kratkotrajni je psihosocijalni postupak koji koristi tehniku i principe motivacijskog intervjua (Miller i Rollnick, 1991), psihoedukaciju i kognitivnu terapiju (Kemp i sur, 1996). Uobičajeno se sastoji od 8 seansi u trajanju od 30 do 60 minuta (Kemp i sur, 1996 i 1998). Primijenjuje se fazni pristup – prvo se prikupe podaci vezani za bolest i liječenje, zatim se razgovara o ambivalenciji prema liječenju, terapiji održavanja i stigmati te se provede vježba rješavanja problema, vezano za uzimanje lijekova u cilju promjene stavova pacijenta prema uzimanju lijekova. U terapiji suradljivosti važno je utvrditi razloge neuzimanja lijekova. Istraživanja su utvrdila da je suradljivost u uzimanju lijekova povezana s vjerovanjima o bolesti i prepoznavanju potrebe za liječenjem, odnosno uvidu u bolest (Weiden i sur, 1994), procijeni potencijalne koristi i štete od liječenja, i podršci okoline u uzimanju lijekova (Perkins, 2002; Štrkalj Ivezić i sur. 2016), problemima u terapijskom savezu, diskriminacijom povezano s bolesti, stavovima, nerazumijevanjem informacija o uzimanju lijekova (Coldham i sur, 2002) i neugodnim nuspojavama (Van Putten, 1974; Van Putten i May, 1978). Istraživanja učinkovitosti terapije suradljivosti pokazuju da ima djelomični učinak na promjenu stavova o lijekovima, međutim, nema učinak na simptome, kvalitetu

života, prevenciju recidiva ili hospitalizacije (Kemp , 1996) stoga se ne koristi rutinski, nego je treba koristiti prema individualnoj procjeni.

### **Preporuke:**

Preporuča se terapiju suradljivosti integrirati u sveobuhvatni postupak psihoedukacije. Nivo dokaza IIIa i IIIb.

### **Prepoznavanje ranih znakova pogoršanja bolesti i izrada plana prevencije recidiva**

Rad s pacijentom u prepoznavanju ranih simptoma bolesti može prevenirati razvoj recidiva bolesti (Mueser i sur. 2002; Birchwood i sur. 2000; McGlashan, Johannessen , 1996; Jorgensen, 1998; Bustilo . i sur, 1995; McGorry i sur. 1996). S ciljem prevencije recidiva bolesti, razvijena je metoda edukacije o prepoznavanju ranih simptoma bolesti i planu prevencije recidiva bolesti, koja se kod jednog broja bolesnika pokazala uspješnom u prevenciji recidiva (Brickword M, 1995). Pacijent, služeći se metodom karata, na kojima su ispisani nespecifični i specifični simptomi, povezani s dijagnozom psihoze ili listom simptoma, uz pomoć terapeuta i člana obitelji, identificira simptome, koji su prethodili posljednjem recidivu bolesti i stavlja ih u vremenski slijed s ciljem uočavanja ranih znakova upozorenja u vidu nespecifičnih simptoma, poput primjerice, porasta tjeskobe, depresije i sumnjičavosti. Time otvara mogućnost intrevencije u ovoj ranoj fazi putem psihosocijalnih i/ili farmakoloških metoda radi spriječavanja razvoja akutne psihotične epizode. Cilj ove metode izrada je plana prevencije ponovne epizode bolesti. Ovu metodu je također moguće koristiti u psihoedukaciji (Štrkalj Ivezić S, 2011), a može se također primijeniti u postupku dijagnostike ili evaluacije dijagnoze (detaljni opis metode nalazi se u knjizi Štrkalj Ivezić S. 2011).

**Preporuke:** Preporuča se primjena postupka prepoznavanja ranih znakova pogoršanja bolesti i izrada plana prevencije recidiva u sklopu psihoedukacije o bolesti. Metoda identifikacije simptoma putem karata ili liste simpotma može se koristiti i kao pomoć u dijagnosticiranju shizofrenije, schizoafektivne psihoze i bipolarnog poremećaja.

### **Rad s obitelji**

Obiteljski psihosocijalni postupak kao terapijski okvir koristi bihevioralne i sistemske metode s postupcima, prilagođenim za rad s obiteljima sa psihotičnim članom. Cilj ovih postupaka pomoć je obiteljima u suočavanju s poteškoćama koje imaju oboljeli članovi njihove obitelji,

pružanje podrške i edukacije obitelji o bolesti, smanjenje razine stresa, poboljšanje načina komunikacije u obitelji, rješavanja problema i prevenciju relapsa bolesti. Preporučuje se najmanje 10 sastanaka s obitelji. Ciljevi rada s obitelji također uključuju smanjenje doživljaja emocionalnog opterećenja i poboljšanja funkcioniranja obitelji.

Meta-analize učinkovitosti obiteljskih intervencija pokazuju učinak na smanjenje recidiva bolesti (Pitschel-Walz. i sur.2001; Pilling i sur.2002; Mari i Streiner, 1994) i smanjuju doživljaj opterećenja obitelji (Cuijpers P. 1999). Većina istraživanja nalaze da bi učinkovit rad s obitelji trebao trajati minimalno 9 mjeseci (Pitschel-Walz G i sur. 2001).

No, istraživanja s rjeđim susretima s obitelji, jedanput mjesečno, također su pokazala učinkovitost takvog pristupa (Schooler NR i sur.1995). Rad s obitelji može se provoditi s pojedinačnom obitelji (Hogarty i sur.1991; Falloon i sur.1985) ili više obitelji zajedno (Vaughn i sur.1982, McFarlane 1994). McFarlane (1994) je utvrdila nešto manji rizik za relaps u multiplim obiteljskim grupama. Istraživanja otkrivaju (Brown i sur, 1972; Brown i Rutter M, 1966), koristeći skalu pretjerano izraženih emocija, (engl. *expresseemotion*, EE) da se u obiteljima s povećanim EE čimbenikom javljaju češći recidivi bolesti (Leff i sur 1985, Bebbington i Kuipers, 1994; Butzlaff i Hooley, 1998). Istraživanja ne navode optimalnu edukaciju za terapeute za provođenje obiteljske psihoterapije. S obzirom na našu praksu, kompetencije za grupnog psihoterapeuta bi mogle biti dobra preporuka za provođenje postupka u grupi, a za individualne seanse, edukacija iz obiteljske psihoterapije.

**Preporuke:** preporuča se rad s obitelji za oboljele od shizofrenije i drugih psihoza koji imaju kontinuirani kontakt s obitelji, uključujući rodbinu i značajne druge, poput partnera, njegovatelja i eventualno skrbnika, jer postoji dovoljno dokaza (Ia) da je rad s obitelji povezan s prevencijom relapsa psihoze. Rad s obitelji se može provoditi individualno i/ili u grupi s više članova obitelji.

### **Kognitivno bihevioralna terapija u liječenju psihoza**

Kognitivno bihevioralna (KBT) terapija pokazala se učinkovitom u liječenju shizofrenije (APA, 2010; NICE, 2014). Preduvjet uspješnog liječenja, izgradnja je terapijskog odnosa u kojem se pacijent osjeća sigurnim da može elaborirati svoje iskustvo shizofrenije. Identificiraju se specifični simptomi kao problematični i njima se posvećuje posebna pažnja. Terapeut ne tumači pacijentu da su simptomi iracionalni, nego mu, putem postavljanja pitanja, pomaže fokusirati se na vlastita vjerovanja oko simptoma i mehanizama koje koristi u sučeljavanju sa

simptomima. Neke KBT terapije podržavaju prirodne mehanizme nošenja sa simptomima koje pacijent koristi, a druge upućuju pacijenta prema racionalnom pristupu simptomima. Rad s pacijentom može uključiti modifikaciju vjerovanja, fokusiranje na promjenu značenja i normalizaciju iskustva psihoze. KBT je psihološki postupak u kojem se osoba podučava da uspostavi vezu između misli, osjećaja i ponašanja u odnosu na sadašnje ili ranije simptome bolesti i/ili funkcioniranje i ponovno prosuđuje svoju percepciju, vjerovanja u odnosu na simptome, koji su predmet intervencije. Intervencija može uključivati monitoriranje misli, osjećaja i ponašanja u odnosu prema simptomima ili ponovnoj pojavi simptoma i/ili poticanje alternativnih načina nošenja sa simptomima i/ili smanjenja stresa i/ili poboljšanja funkcioniranja. Kod modifikacije vjerovanja, terapeut obazrivo potiče pacijenta u ispitivanju realnost svog vjerovanja, odnosno koja su mu uporišta da je to uvjerenje točno. Kod reatribucije, obično se radi s kroničnim slušnim halucinacijama. Terapeut ohrabruje pacijenta u elaboraciji svojeg iskustva halucinacija na vrlo detaljan način u procesu povezanosti simptoma s dnevnim funkcioniranjem i pomaže mu usmjeriti halucinacije na unutrašnje izvore. U normalizaciji iskustva psihoze, terapeut pomaže pacijentu uvidjeti povezanost njegovih simptoma sa stresovima svakodnevnog života, i stoga oni izgledaju normalniji.

Postoji veliki broj istraživanja koje potvrđuju učinkovitost KBT terapije u redukciji učestalosti i težine pozitivnih simptoma i emocionalnog stresa povezanog sa simptomima (Pilling i sur 2002 a; Pilling i sur, 2002b; Dickerson 2000; Rector i Beck, 2001; Bouchard i sur, 1996; Gould i sur, 2001). Postoje vodiči za primjenu ove terapije, ali obično je potrebna edukacija uz superviziju.

**Preporuke:** Preporuča se KBT za pacijente s dijagnozom shizofrenije i drugih psihoza, s kontinuiranim pozitivnim simptomima psihoze. Terapija se može provoditi individualno ili u grupi. Preporuča se provođenje KBT-a u najmanje 16 seansi na temelju priručnika (NICE, 2014). Nivo dokaza Ia i Ib.

### **Trening socijalnih vještina**

Trening socijalnih vještina koristi bihevioralne tehnike ili tehnike učenja radi postizanja vještina u područjima kao što su briga o sebi, interpersonalni odnosi i zahtjevi društva (Lieberman i sur. 1989). Ciljevi uključuju poboljšanje socijalne izvedbe, redukciju stresa i poteškoća u socijalnim situacijama oboljelih od psihoze/ shizofrenije, poboljšanje u funkcioniranju urazličitim socijalnim ulogama (primjerice obitelj, radna sredina, zajednica). Trening mora biti fokusiran na određeno područje deficita koje se želi poboljšati te omogućiti sustavno podučavanje specifičnog ponašanja koje je važno za uspjeh u socijalnim

interakcijama. Tako, primjerice, trening može biti fokusiran na prepoznavanje verbalnih i neverbalnih znakova, poboljšanje specifičnog ponašanja – povećanje glasnoće govora, socijalne interakcije u konkretnim situacijama i ostalo.

Trening socijalnih vještina, osmišljen za oboljele od shizofrenije, razvija socijalne vještine i samopouzdanje, poboljšava sposobnosti snalaženja u socijalnim situacijama, reducira socijalni stres i poboljšava kvalitetu života.

Trening socijalnih vještina počinje s detaljnom procjenom i analizom ponašanja individualnih socijalnih vještina, nakon čega slijedi individualna ili grupna intervencija, u kojima se koriste pozitivne povratne informacije u cilju poticanja samopouzdanja i izvedbe, određuju ciljevi i modelira ponašanje. Ispočetka se radi na manje zahtjevnim zadacima, kao što su, primjerice, neverbalni znakovi, a nakon toga se postepeno radi na zahtjevnim vještinama, kao što je to, primjerice, vođenje razgovora. Izrazito se ohrabruju domaće zadaće– vježbanje naučenog ponašanja s ciljem da se ponašanje primjenjuje izvan terapijskog okružja u stvarnoj životnoj sredini. Vještine se podučavaju kroz kombinaciju demonstracija terapeuta, igranja uloga, simulirane interakcije izabrane vještine u igranju uloga, pozitivnog i korektivnog povratnog odgovora i domaćih zadaća, tako da pacijent može prakticirati vještinu izvan terapijske situacije. Trening socijalnih vještina može se provoditi individualno, ali se najčešće provodi u malim grupama od 6 do 8 pacijenata. Veće se grupe ne preporučuju jer pacijenti tada nemaju adekvatnu priliku za vježbanje vještina.

Brojna istraživanja potvrđuju učinkovitost treninga socijalnih vještina ( Benton, Schroeder 1990; Wallace i Liberman 1985, Corrigan 1991, Mueser i sur, 1995; Smith i sur, 1999; Marder i sur 1996; Dobson i sur, 1995; Hayes i sur, 1995). Također je pronađeno da se naučene vještine održavaju i nakon godine dana ( Mueser i sur, 1995). Postoje priručnici za primjenu treninga socijalnih vještina, a najpoznati je Bellakov (Bellak i sur, 1997) i Liberman (Liberman i sur, 1989).

**Preporuke:** trening socijalnih vještina preporuča se pacijentima koji imaju umjerene do ozbiljne deficite u socijalnim vještinama koje su im potrebne za svakodnevni život s ciljem da povećaju svoje kapaciteta za samostalan život u zajednici. Naučene vještine u virtualnoj sredini, kao što je terapijska sredina, trebaju se prakticirati u stvarnim životnim situacijama. Nivo dokaza Ia i Ib.



## **Radna rehabilitacija, zapošljavanje i kognitivna remedijacija**

Radno mjesto, povratak na posao i podrška na poslu važan su dio oporavka za osobe sa psihozom i shizofrenijom ( Provencher 2002) . Što duže traje period neaktivnosti u radnoj ulozi, očekuju se veća ograničenja radne uloge u kasnijem životu (Bell i Blanchflower , 2011).

Veliki broj oboljelih želi raditi, međutim, ne dobiva pomoć u traženju posla (Seebohm i Secker , 2005). Broj nezaposlenih osoba s psihičkom bolesti, poput shizofrenije, oko 6 do 7 puta je veći u usporedbi s osobama, koje nemaju psihičke poremećaje, a oni su također najveća skupina koja koristi finacijsku podršku zbog radne nesposobnosti (Ross , 2008). Očekuje se da će veliki broj oboljelih od shizofrenije trebati pomoć kod zapošljavanja. Za osobe s bolestima poput shizofrenije, najbolji prediktor pozitivnog ishoda je motivacija za posao (Ross, 2008 cit po NICE 2014) i ranije zapošljavanje (Michon i sur, 2005), a ne dijagnoza. Prepreke zapošljavanju su stigma poslodavaca i niska očekivanja stručnjaka (NICE, 2014; Štrkalj Ivezić , Lovrić , 2011). Druge prepreke su: smanjena motivacija zbog sustava finacijske koristi, nedostatak radnog iskustva, vještina i kvalifikacija (Seebohm i Secker , 2005) i nedostatak pomoći u zapošljavanju i održavanju posla.

Najbolji se rezultati postižu kod pacijenata koji su motivirani za posao i imaju radno iskustvo te ih je moguće zaposliti u kompetitivnom ili potpomognutom zapošljavanju.

**Potpomognuto zapošljavanje** (eng. *Supported Employment*), znači zapošljavanje na konkretnom radnom mjestu na tržištu, uz pružanje potrebne pomoći na samom radnom mjestu zbog ograničenja u izvođenju aktivnosti koje osoba ima zbog bolesti, a uključuje vremenski neograničenu podršku radnog trenera na poslu, ovisno o individualnim potrebama osobe (Bond, 1998). Istraživanja o učinku zapošljavanja uz podršku pokazuju kontinuirano pozitivne ishode (Dixon i sur, PORT, 2009). Jedan broj oboljelih, koji bi se željeli zaposliti, ali su nesigurni glede svojih sposobnosti, trebaju imati mogućnost treninga prije zapošljavanja, koji uključuje rad u zaštićenoj sredini, trening prije zapošljavanja ili prijelazno zapošljavanje.

**Radna rehabilitacija** je metoda rehabilitacije koja povećava kapacitet za posao i priprema oboljele za posao prije nego što se zaposle – sveobuhvatan program koji uključuje različite psihosocijalne metode (radna terapija, trening socijalnih vještina, kognitivna rehabilitacija). No, treba uključiti i kontakt sa stvarnom radnom sredinom.

**Profesionalna rehabilitacija** znači osposobljavanje za specifični posao prije zapošljavanja. Suradnja između službi liječenja i zapošljavanja važna je prilikom procjene sposobnosti za posao, pomoći u pronalaženju posla i podrške u održavanju posla. Radna sposobnost oboljelih od mentalnih poremećaja, uključujući shizofreniju, posljedica je interakcije različitih čimbenika: psihičkog stanja vezanog za bolest, obilježja radne sredine, stavova radne sredine prema psihičkoj bolesti, mogućnosti društva u ponudi programa prilagodbe, uvjeta na radu za osobe smanjene radne sposobnosti (Štrkalj Ivezić S, 2016). Da bi pronašla i zadržala posao, osoba s psihičkom bolesti treba imati: motivaciju za posao, profesionalne vještine za obavljanje određenog posla, funkcioniranje u dnevnoj rutini, socijalne vještine, kognitivne sposobnosti, stabilno psihičko stanje, na način da simptomi bolesti bitno ne remete radno funkcioniranje i podnošenje tjeskobe u uobičajnim stresnim situacijama na radnom mjestu. Službe za mentalno zdravlje trebaju raditi u partnerstvu s zavodima za zapošljavanje, centrima za profesionalnu rehabilitaciju i drugim službama koje se bave zapošljavanjem kako bi oboljelima od poremećaja s psihozom i shizofrenijom pomogli pronaći posao, uključujući samozapošljavanje i volontiranje, ostanak na radnom mjestu, te dodatno školovanje (NICE, 2014; Štrkalj Ivezić, Lovrić, 2011). Ključni je element zapošljavanja uz podršku mogućnost individualnog izbora posla, ovisno o sposobnostima, brzo zapošljavanje, dostupnost kontinuirane podrške na poslu i suradnja između službi liječenja i službi zapošljavanja.

**Preporuke:** preporučuju se programi zapošljavanja, uz podršku, za oboljele od psihoze/shizofrenije, koje imaju smanjene sposobnosti za posao – invaliditet i koji žele raditi. Oni trebaju pomoć kod pronalaženja posla i održavanja posla. Osobama, koje ne mogu raditi ali su motivirani za posao, treba ponuditi rehabilitaciju i osposobljavanje za posao u uvjetima radne sredine i/ili profesionalnu rehabilitaciju, kao i treninge socijalnih vještina u cijlu povećanja kapaciteta za posao ili pronalaženje posla. Nivo dokaza za zapošljavanje uz podršku Ia i Ib.

### **Kognitivna remedijacija**

Poboljšanje kognitivnih funkcija važno je u psihosocijalnoj rehabilitaciji (Spaulding i sur 1999). Velika prepreka zapošljavanju osoba sa shizofrenijom su kognitivna oštećenja, posebno u području pamćenja (Brenner, 1986), pažnje (Oltmanns i Neale, 1975) i izvršnih funkcija, kao što je organizacija i planiranje (Weinbergeretal, 1988), u kombinaciji sa smanjenim radnim kapacitetom (Wexler i Bell, 2005), stoga se može očekivati da bi jednom broju osoba mogla pomoći kognitivna remedijacija (Wexler i Bell, 2005). Ova metoda ima za cilj poboljšati

kognitivne sposobnosti koje dovode do poboljšanja u dnevnom socijalnom i radnom funkcioniranju. Širina pristupa se proteže od usko definiranih intervencija, koje uključuje postupke učenja pacijenata radi poboljšanja uratka na neuropsihologijskom testu, do složenih remedijacijskih programa, koje koriste kompjuterizirano učenje (Galletly CA i sur, 2000). Brojne eksperimentalne studije pokazuju učinkovitost relativno kratkog, učestalog, kompjuteriziranog programa treninga na uspješnost pacijenata na neuropsihologijskom testiranju (NICE, 2014).

Nedavna inicijativa za promociju standarda za procjenu kognitivnih ishoda (The Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia consensus panel MATRICS, Nuechterlein i sur, 2004) identificirala je 8 specifičnijih domena kognicije: pažnja/vigilnost; brzina procesuiranja; radno pamćenje; verbalno učenje i pamćenje; vizualno učenje i pamćenje; razumijevanje i rješavanje problema; verbalno razumijevanje i socijalna kognicija koje bi trebalo uzeti u obzir u procjeni kognitivnih funkcija i njihovoj rehabilitaciji.

**Preporuke:** Kognitivna remedijacija može se preporučiti osobama s kognitivnim deficitima prema individualnoj procjeni. Potrebno je razvijati ovu metodu rehabilitacije u RH. Nivo dokaza II a i II b.

### ***Art psihoterapija***

Prema NICE smjernicama, Art-terapije su složene intervencije koje kombiniraju psihoterapijske tehnike s aktivnostima koje promoviraju kreativno izražavanje. Cilj je omogućiti da pacijent dobije drukčije iskustvo sebe i razvije nove načine odnosa prema drugima.

U svim art-terapijama: kreativni proces se koristi za facilitaciju self-ekspresije u specifičnom terapijskom okviru; estetska forma se koristi za kontejniranje i davanje značenja iskustvu pacijenta; umjetnička forma se koristi kao most za verbalni dijalog i psihološki razvoj temeljen na uvidu, ako je primjeren.

Ciljevi art-terapije za osobe sa psihozom ili shizofrenijom su:

- Omogućiti osobama sa psihozom ili shizofrenijom da sebe iskuse drukčije i razviju nove načine odnosa s drugima
- Pomoći osobama u izražavanju sebe i organizaciji svojih iskustava u zadovoljavajuću estetsku formu
- Pomaganje osobama u prihvaćanju i razumijevanju osjećaja koju su se javili tijekom

kreativnog procesa (uključujući, u nekim slučajevima, i kako su došli do tih osjećaja), ritmom koji odgovara toj osobi. (NICE, 2014)

Art terapije, koje su trenutno dostupne u Velikoj Britaniji su: art terapija ili art psihoterapija, terapija plesom i pokretom, tjelesna psihoterapija, dramska terapija i glazbena terapija. Klinički pregled pokazuje da su art terapije učinkovite u smanjivanju negativnih simptoma u nizu modela liječenja, za bolničke i vanbolničke pacijente ( NICE, 2014).

**Preporuke:** Razmotriti ponudu art terapije osobama sa psihozom ili shizofrenijom, naročito za umanjivanje negativnih simptoma. Za primjenu ove terapije, traži se kvalifikacija art terapeuta, koji je kvalificiran za provođenje ovog specifične metode psihoterapije. Art terapija nije razvijena u RH pa se preporuča razvoj ove metode rada

### **Preporuke za psihološke postupke za postupanje s traumom kod oboljelih s iskustvom psihoze i shizofrenije**

Istraživanja pokazuju da je 50 do 98% oboljelih s iskustvom psihoze i/ili shizofrenije doživjelo najmanje jedan traumatski događaj (Read i sur, 2005). Poznato je da nepovoljni događaji u djetinstvu imaju negativan učinak na mentalno zdravlje u odrasloj dobi (Read i Bentall , 2012), te da utječu na povećanje rizika za psihozu (Morgan i sur, 2007 ), ili shizofreniju (Read i sur, 2005, Janssen i sur, 2004). Nepovoljni događaji često se odnose na fizičko i seksualno zlostavljanje u djetinstvu, ali i zanemarivanje i psihičko zlostavljanje. Istraživanja također potvrđuju da je rizik za psihozu veći kada je osoba bila izložena većem broju zlostavljanja (Shevlin i sur, 2008) ili dugotrajnom periodu zlostavljanja, odnosno, akumulaciji stresa (Varese i sur, 2012). Meta-analiza, Varese i sur. (2012), koja je istraživala povezanost između psihoze i nepovoljnih događaja u djetinjstvu (fizički, seksualno i emocionalno zlostavljanje, zanemarivanje, bulling, smrt ili odvajanje roditelja), pokazala je da bi se rizik za psihozu smanjio na 1/3, kada ne bi bilo događaja, kojima su bili izloženi. Također su istraživanja pokazala povezanost s traumama u kasnijim razdobljima, kao što su primjerice seksualno ili fizičko zlostavljanje (Grubaugh i sur, 2011).

Prevalencija PTSP-a kod oboljelih s iskustvom psihoze iznosi 12 do 29 % (Achim i sur, 2011; Buckley i sur, 2009), te je značajno viša u odnosu na opću populaciju, u kojoj je 0.4 do 3.5% (Alonso i sur, 2004; Creamer i sur, 2001; Darves-Bornoz , 2008). Smatra se da PTSP simptomi mogu biti rezultat životnih događaja, reakcija na simptome psihoze ili

traume, koja je povezana sa iskustvom prve psihoze.

**Preporuke** : Preporuča se procijeniti postojanje postraumatskog stresnog poremećaja i drugih reakcija na traumu, budući da veliki broj oboljelih s iskustvom psihoze ima različite traumatske događaje u svojoj anamnezi. Postoji rizik da je psihoza također jedan od traumatskih događaja koji može biti povezan s razvojem PTSP-a. Za osobe koje pokazuju simptome PTSP-a, treba primijeniti preporuke iz smjernica za PTSP.

### **Zdravi stilovi života i pomoć u smanjenju tjelesne težine**

Istraživanja provedena u okviru PORT smjernica za psihosocijalne intervencije (Dixon LB i sur, 2009) skupila su dovoljno dokaza iz više randomiziranih studija da bi mogli preporučiti oboljelima od shizofrenije pomoć u smanjenju tjelesne mase. Osobama oboljelim od shizofrenije i drugih psihoza koje su povećane tjelesne mase (s tjelesnim indeksom mase BMI= 25.0–29.9 ) ili su pretile (BMI  $\geq$ 30.0) ,treba ponuditi psihosocijalni program gubitka težine u trajanju od najmanje 3 mjeseca kako bi im se pomoglo da smanje težinu.

Psihosocijalna intervencija uključuje psihoedukaciju i savjetovanje o prehrani, kalorijama, porcijama, samokontroli uzimanja hrane. Uključuje postavljanje ciljeva, monitoriranje tjelesne težine, dnevne količine hrane i provođenje aktivnosti. Savjetuje se način prehrane i primjena fizičkih aktivnosti. (nivo dokaza IIa i IIb)

## **ORGANIZACIJA SLUŽBE ZA MENTALNO ZDRAVLJE: BOLNIČKO I IZVANBOLNIČKO LIJEČENJE**

Smjernice u ovom odjeljku odnose se na izbor terapijske sredine za liječenje i osiguravanje kontinuiteta liječenja. Kod procjene stanja pacijena, prije otpusta s bolničkog liječenja ili nakon liječenja akutne faze u izvanbolničkom sustavu, potrebno je napraviti plan liječenja s jasnim preporukama gdje se liječenje provodi i na koji način se liječenje nastavlja.

### **Preporuke Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) za organizaciju službe za mentalno zdravlje**

SZO navodi da učinkovite službe za mentalno zdravlje uključuju funkcionalnu povezanost različitih službi i usluga koje postoje u zajednici, naglašava potrebu za koordiniranim

sustavom bolničkih i izvanbolničkih službi i raspoloživosti *evidence-based* usluga za oboljele od mentalnih poremećaja. SZO stavlja naglasak na izvanbolničkom liječenju i kratkotrajnom bolničkom liječenju. Što se tiče poremećaja sa psihozom, potrebne su službe za rano otkrivanje i ranu intervenciju prve psihotične epizode i osoba s visokim rizikom za razvoj psihoze, dnevni centri, centri za rehabilitaciju, mobilni timovi za krizne intervencije i kućno liječenje te usluge poput *case-managmenta*. Također se preporuča suradnja s udrugama, koje organiziraju neformalne programe samopomoći i socijalnog uključivanja jer su one važan dio sustava, ali ne mogu zamijeniti druge funkcionalne dijelove.

SZO preporuča poštivanje određenih principa u službama za mentalno zdravlje:

**Pristupačnost** – službe u blizini mjesta gdje žive korisnici usluga

**Sveobuhvatnost**– uključuje dostupnost različitih metoda liječenja

**Kontinuirana i koordinirana skrb nakon bolničkog liječenja** – mogućnosti kontakta s istim timom koji provodi liječenje i korištenje različitih drugih službi, osim medicinskih, poput socijalne skrbi, zapošljavanja

**Služba vođena potrebama korisnika** odnosi se na terapijski savez i zajednički dogovor o ciljevima liječenja i postupcima u postizanju ciljeva

**Učinkovitost** – odnosi se na korištenje postupka i programe čija se učinkovitost može lako dokazati.

**Jednakost** – usluge trebaju biti dostupne svim osobama kojima su potrebne.

**Zaštita i unapređenje ljudskih prava** – osobe s mentalnim poremećajima imaju ista ljudska prava; uključuje prava na informiranje o pravima, i zaštitu od stigme i diskriminacije

**Informacije** – točne informacije o liječenju i ljudskim pravima

**Oporavak i osnaživanje** su ciljevi liječenja prema preporukama SZO-a.

Bolesnici sa psihozom ili shizofrenijom mogu se liječiti u različitim ustanovama i organizacijskim programima. Izbor vrste liječenja, s obzirom na organizaciju službe za mentalno zdravlje, ovisi o brojnim čimbenicima. Općenito, bolesnici se trebaju liječiti u najmanje restriktivnom okruženju koje je sigurno i omogućava učinkovito liječenje.

Čimbenici značajni za izbor oblika/ustanove liječenja ili smještaja, prema APA (2010), uključuju:

**Kliničko stanje bolesnika** kao što su: potreba za zaštitom od ozljede sebe ili drugoga, potreba za vanjskom strukturom i podrškom, sposobnost za suradnju u liječenju, potrebe plana liječenja, potreba za posebnom vrstom liječenja ili posebnim intenzitetom liječenja, koja je

dostupna samo u pojedinim ustanovama, potreba za specifičnim liječenjem udruženih psihičkih ili ostalih općih medicinskih stanja.

**Obilježja terapijske sredine** kao što su: stupnjevanje podrške, strukture i restrikcije prema potrebama bolesnika, mogućnost zaštite bolesnika od ugrožavanja sebe ili drugoga dostupnost različitih terapijskih kapaciteta, uključujući opću zdravstvenu skrb i rehabilitacijske programe, dostupnost psihosocijalne podrške radi facilitiranja pacijentovog prihvatanja liječenja i pružanja bitnih informacija psihijatru o kliničkom statusu pacijenta i odgovoru na terapiju, kapaciteti njege za intenzivno agitirane ili psihotične pacijente, radno vrijeme, općenito okruženje i filozofija liječenja, bolesnikova sadašnja okolina ili okolnosti, funkcioniranje obitelji i dostupna socijalna podrška.

Pri izboru sredine za liječenje, osim o kliničkom stanju, potrebnom stupnju podrške i raspoloživosti službi liječenja u zajednici, treba voditi računa i o željama pacijenta. U izboru sredine liječenja, uzima se u obzir činjenica da je u nekih bolesnika rizik, za ugrožavanje sebe ili drugoga, prevelik da bi ih se ostavilo dulje vrijeme bez supervizije. Neki bolesnici mogu imati ozbiljnu disfunkcionalnost, biti bez stalnog boravišta ili živjeti u okolini koja pojačava njihove poteškoće, pa to postaje razlogom izbora terapijske sredine, poput primjerice, bolničkog liječenja (APA, 2010).

Model „uravnotežene njege“ (*the 'balanced care' model*) službi za mentalno zdravlje naglašava važnost postizanja ravnoteže između svih komponentni službi, uključujući vanbolničke službe i timove za mentalno zdravlje u zajednici, akutne bolničke službe, rezidencijalne službe u zajednici i službe za podršku zapošljavanju bolesnika (Thornicroft i Tansella, 2012).

## **Bolničko liječenje**

Prema APA (2010) i NICE (2014) smjernicama, prednosti su liječenja u bolnici pružanje sigurne, strukturirane i supervizirane sredine liječenja, smanjenje stresa u bolesnika i članova obitelji. Dopušta psihijatru pobliže praćenje intenziteta bolesnikovih simptoma, uvid u njegovo funkcioniranje i reakciju na liječenje, te nuspojave liječenja. Bolničko liječenje najčešće je indicirano za bolesnike za koje se smatra da predstavljaju ozbiljnu prijetnju ugrožavanja samih sebe ili drugih, ili onih bolesnika koji su ozbiljno dezorganizirani, ili pod utjecajem deluzija ili halucinacija, koje im onemogućavaju samostalnu brigu i stoga trebaju kontinuiranu superviziju

ili podršku. Ostale moguće indikacije za bolničko liječenje uključuju opće zdravstvene ili psihičke probleme, pri kojima je vanbolničko liječenje nesigurno ili neučinkovito (npr. kada se psihičko stanje bolesnika pogoršava unatoč optimalnoj skrbi u zajednici). Imajući u vidu glavni cilj akutnog bolničkog liječenja u facilitiranju brzog povlačenja akutnih simptoma bolesti putem pružanja sigurne, ne-stresne terapijske okoline, organizacija bolničke okoline treba pomoći tom cilju (NICE, 2014). Kako bi bolničke sredine postale sredine koje smanjuju stres, potrebno je pažnju posvetiti fizičkom uređenju odjela koji uz garanciju sigurnosti mora biti ugodno mjesto za boravak pacijenata, omogućavati privatnost, odnosu osoblja i pacijenata kao i aktivacijskom programu liječenja okrenutom oporavku uz dovoljno prostora za terapijske aktivnosti (Royal College of Psychiatry, 2011). Poznavanje psihodinamskih principa i principa terapijske zajednice ima ključnu ulogu u organizaciji rada odjela (Ivezić i sur 2004, Štrkalj Ivezić i sur, 2015). Ako osoba sa psihozom ili shizofrenijom treba bolničko liječenje, treba razmotriti učinak bolničkog liječenja na osobu i članove obitelji, naročito ako je bolnički smještaj udaljen od mjesta boravišta. Ako je bolničko liječenje neizbježno, treba osigurati terapijsku sredinu primjerenu dobi, spolu i stupnju vulnerabilnosti bolesnika, te podršku članovima obitelji ili njegovateljima.

### **Preporuka za uređenje bolničkih odjela i terapijsku kulturu**

Preporuča se slijediti preporuke Engleskog psihijatrijskog društva u pogledu fizičkog izgleda odjela i terapijske kulture odjela. Preporuča se primjena principa terapijske zajednice u organizaciji odjela uz potrebne modifikacije na odjelima koji primaju akutne pacijente.

### **Liječenje u zajednici**

Liječenje osoba s psihičkim poremećajima organizira se u povezanom bolničkom i izvanbolničkom sustavu i povezanosti s drugim službama koje su važne za poboljšanje mentalnog zdravlja. Izvanbolničko liječenje, kada god je moguće, ima prednost pred bolničkim liječenjem, stoga je potrebna dostupnost timova za akutno i kronično liječenje u zajednici.

### **Akutno liječenje u zajednici**

Ukoliko postoje organizirane i adekvatne službe za liječenje u zajednici, koje su alternativa bolničkom liječenju, kao prvi izbor za akutno liječenje su timovi za kućno liječenje ili



liječenje u dnevnoj bolnici. U slučaju ako intenzitet epizode ili rizik za bolesnika ili druge premašuje kapacitete službe timova u zajednici, koje provode kućno liječenje, za učinkovito rješavanje takvog stanja, preporuča se bolničko liječenje. U slučaju kada je došlo do bolničkog liječenja, mora postojati dogovor o nastavku liječenja između bolničkog i izvanbolničkog tima koje preuzima daljnje liječenje. Neopohodana je koordinacija između bolničkog tima i izvanbolničkog tima, temeljana na zajedničkom planu liječenja za pojedinačnog pacijenta. Liječenje u kući, akutna dnevna bolnica i *case-management* – alternative su bolničkom liječenju, koje imaju dovoljno dokaza o učinkovitosti (APA, 2010).

*Liječenje u kući* provodi multidisciplinarni tim (najčešće psihijatar, medicinska sestra, poveremeno socijalni radnik, radni terapeut, psiholog), a broj posjeta ovisno o kliničkom stanju oboljelog.

Preporučena je dostupnost sljedećih oblika vanbolničkih službi/timova:

1. timovi za razrješenje krize i terapijski timovi za liječenje u kući donose hitnu procjenu o potrebi bolničkog prijema, i kada je moguće, pružaju intenzivnije kućno liječenje, kao alternativu (Johnson i sur, 2008);
2. timovi za *asertivni outreach* (asertivno liječenje u zajednici) rade intenzivno s osobama koje najteže surađuju (Wright i sur, 2003). Jedan od modela asertivnog *outreacha* je nizozemski Fleksibilni asertivni model u zajednici (FACT) - tim za osobe s težim psihičkim poremećajima (*serious mental illness*), koje obuhvaćaju između ostalog i poremećaje s psihozom (Veldhuizen, Bahler 2013)
3. službe za rane intervencija u psihozi imaju cilj smanjenje odgađanja liječenja na početku psihoze i promoviraju oporavak i smanjuju relaps, nakon prve psihotične epizode (Lester i sur, 2009).
4. službe za rehabilitaciju, koje često uključuju bolničke, rezidencijalne i službe u zajednici, za osobe sa psihozom i shizofrenijom s teškoćama funkcioniranja u mnogim područjima, s fokusom na osobe sa rezistentnim simptomima i ozbiljnim poteškoćama funkcioniranja. (Killaspy i sur, 2013).
5. Dnevne bolnice kao alternativa akutnom liječenju i liječenju radi stabilizacije stanja
6. dnevni centri i programi uključivanja obično su dio socijalnih službi, lokalnih zajednica, nevladinih udruga, a organiziraju različite aktivnosti poput organizacije

slobodnog vremena, pomažu u procesu socijalnog uključivanja i stvaranja socijalne mreže.

### **Asertivni case-managment**

Program za asertivno liječenje u zajednici (*Program for Assertive Community Treatment, PACT*), uključuje zajedno *case-management* i aktivne terapijske intervencije u jednom timu, koji koristi visoko integrirani pristup. Ovaj program je namijenjen liječenju bolesnika koji imaju visoki rizik za ponavljano bolničko liječenje i ne mogu se dostatno opskrbiti u uobičajenim programima u zajednici, kao i za bolesnike koji imaju ozbiljna psihosocijalna oštećenja i trebaju značajnu pomoć za život u zajednici, a radi pomoći u prevenciji relapsa i maksimiziranju socijalnog i radnog funkcioniranja. Kada se program organizira kao alternativa akutnom bolničkom liječenju, tada treba imati 24-satnu dostupnost. Randomizirane studije koje uspoređuju PACT s ostalim službama skrbi u zajednici konzistentno pokazuju da PACT značajno smanjuje uporabu bolničkih službi i promovira kontinuitet u vanbolničkom liječenju (APA, 2010). Brojna istraživanja utvrđuju efikasnost ovog liječenja (Burks 1995, Holloway i sur 1998, Lehman i sur 1997, Salkever i sur 1999, Issakidis i sur 1999). Meta-analiza pokazuje da ovakve alternative bolničkom liječenju za akutna stanja mogu biti barem toliko, a ponekad i učinkovitije od bolničkog liječenja, u smanjivanju odustajanja od liječenja, smanjivanju obiteljskog opterećenja i povećanju zadovoljstva bolesnika i obitelji, uz neutralne troškove (APA, 2010). Ključni elementi PACT-a su:

- naglašavanje bolesnikovih snaga u prilagodbi na život u okolini, za razliku od fokusiranja na psihopatologiju;
- pružanje podrške i konzultacija bolesnikovoj prirodnoj mreži podrške (obitelj, poslodavci, prijatelji i vršnjaci, udruge u zajednici)
- pružanje kontinuiranog izvanbolničkog liječenja radi osiguravanja ostanka bolesnika u programu liječenja.

Naglašava se i adherencija na terapiju lijekovima, kao i brzi pristup psihijatru. Bolesnici sa shizofrenijom, koji otežano ili jedva funkcioniraju i/ili slabo surađuju u uzimanju lijekova, mogu imati koristi od ovakvog sveobuhvatnog pristupa. Ostali bolesnici, koji su sposobniji za funkcioniranje u zajednici i adherentni na terapiju, ne trebaju takve opsežne pristupe i programe. Dokazi učinkovitosti su najjači za one programe koji čvrsto slijede originalni PACT model, uključujući održavanje odnosa bolesnik-osoblje u omjeru otprilike 10:1.

Jedan od oblika asertivnog *case-managementa* je nizozemski je Fleksibilni asertivni model - FACT model (Veldhuizen, Bahler 2013, Cvitan 2016.). U sklopu Europskog projekta „Osiguranje optimalnog liječenja u zajednici za oboljele od mentalnih poremećaja“ koji se provodi u suradnji s Trimbos institutom iz Nizozemske ,a u fokusu ima provedbu liječenja za oboljele od poremećaja sa psihozom s kroničnim poteškoćama funkcioniranja u okviru mobilnih timova za liječenje u zajednici provedena je edukacija za multidisciplinarni tim različitih stručnjaka iz različitih područja RH , pa su tako hrvatski stručnjaci upoznati s ovim modelom.

**Preporuke:** Asertivni tim u zajednici, s različitim intenzitetom intervencija i frekvencijom posjeta, treba ponuditi pacijentima s dijagnozom shizofrenije i/ili ozbiljnog mentalnog poremećaja, povezanog s visokim stupnjem onesposobljenosti za svakodnevni život i rad, radi stabilizacije stanja i poboljšanja funkcioniranja. Casemanagment/ asertivno liječenje treba ponuditi oboljelima s učestalim hospitalizacijama, slabom suradljivošću u uzimanju lijekova i poteškoćama održavanja kontinuiteta liječenja. Broj osoba s kojima može raditi jedan casemanager ili asertivni tim ovisiti će o kliničkom stanju pacijenta, njegovim potrebama i tehničkim detaljima poput udaljenosti do mjesta stanovanja oboljelog..

### ***Case management***

Uobičajeno je opažanje da se oboljeli od psihoze s poteškoćama funkcioniranja teško snalaze u sustavu liječenja bez pomoći profesionalne osobe, što nepovoljno djeluje na njihovo liječenje. Radi otklanjanja ove situacije, razvijena je funkcija *case managementa* – nekoliko članova tima ili jedan član tima može biti dodijeljen kaokoordinator liječenja ili *case manager*, koji osigurava da bolesnik prima koordiniranu, kontinuiranu i obuhvatnu skrb. Na primjer, *case-manager* može povezati bolesnika s socijalnom službom, posjetiti ga kući ako propusti dogovoreni pregled kod psihijatra ili sazvati sastanak djelatnika različitih službi koji pomažu bolesniku u formuliranju i provedbi plana liječenja, u suradnji s psihijatrom, pomoći pacijentu da dođe do programa rehabilitacije, dnevnog centra i slično. Odnos *case-managera* i broja pacijenata, ovisi o težini bolesti i stupnju oštećenja korisnika skrbi (više o modelima *case-managementa* vidi u preglednom radu Štrkalj Ivezić i sur. 2013).

**Napomena:** Timovi za vanbolničko liječenje i alternative bolničkom liječenju nisu dostupni u Hrvatskoj pa je potrebno raditi na izgradnji ove mreže.

**Povratak u službe primarne zaštite:** u primjenjivim slučajevima, ponuditi bolesnicima sa psihozom ili shizofrenijom, čiji simptomi učinkovito reagiraju na liječenje i koji su stabilni i funkcionalni u većini aspekata, ili su potpuno remitirani, mogućnost povratka u službu primarne zaštite na daljnje liječenje. Ukoliko korisnik to želi, potrebno je to zabilježiti u njegovu dokumentaciju i koordinirati transfer odgovornosti za liječenje putem pristupa programima skrbi u primarnoj zaštiti (NICE, 2014 i APA, 2010).

### **Dnevno bolničko liječenje ili parcijalno bolničko liječenje u akutnoj fazi**

Dnevno se bolničko liječenje može koristiti kao trenutna alternativa bolničkom liječenju za akutno psihotične pacijente ili radi kontinuiteta stabilizacije nakon kraćeg bolničkog liječenja. Bolesnik ne smije biti opasan po sebe ili druge, treba imati kapacitet za barem minimalnu suradljivost i imati bližnju osobu na raspolaganju za pružanje potrebne skrbi. Terapijske alternative, kao što je dnevno bolničko liječenje imaju potencijalne prednosti zbog manjeg učinka na bolesnikov život, liječenje u manje restriktivnim uvjetima, veće integriranosti u okolinu i izbjegavanje stigme, povezane s psihijatrijskim bolničkim liječenjem. Meta-analize pokazuju da je dnevno bolničko liječenje povezano sa općenitim smanjenjem broja bolničkih dana, bržim povlačenjem simptoma i općenitim smanjenjem troškova, bez povećanja opterećenja članova obitelji (NICE, 2014). Dnevna bolnica za akutne pacijente moguća je alternativa za pacijente koji imaju osiguranu skrb obitelji ili njegovatelja tijekom noći. Istraživanja sugeriraju dokaze da je akutna dnevna bolnica održiva i klinički učinkovita alternativa bolničkom liječenju bolesnika (NICE, 2014).

### **Dnevni centri za dugotrajno liječenje**

Općenito se dnevni programi liječenja koriste za pružanje kontinuiteta skrbi i podrške za osobe s poteškoćama funkcioniranja i socijalnog uključivanja bolesnika sa shizofrenijom u fazi stabilizacije bolesti ili stabilnoj fazi bolesti. Takvi programi, koji obično nisu vremenski ograničeni, pružaju strukturu, podršku i program liječenja radi pomoći u prevenciji relapsa i održavanju i postupnom poboljšanju bolesnikovog socijalnog funkcioniranja. Smatra se da dugotrajno dnevno liječenje poboljšava sudjelovanje bolesnika, poboljšava klinički ishod, i smanjuje broj bolničkih prijema (APA, 2010). No, Cochranova analiza ne nalazi dokaze da dnevni centri liječenja imaju bolji ili lošiji učinak u odnosu na vanbolničko liječenje na bilo koji klinički ili socijalni pokazatelj ishoda (Marshall, 2005). Međutim, pažljivo organizirani

programi dnevnog rehabilitacijskog centra pokazuju dobre rezultate te su potrebna daljnja istraživanja u ovom području (Štrkalj Ivezic i sur. 2013, Pioli i sur. 2006).

**Preporuke :**Prilikom planiranja liječenja, s obzirom na fazu bolesti, socijalno funkcioniranje i druge okolnosti koje utječu na izbor terapijske sredine, psihijatar u suradnji s multidisciplinarnim timom treba pažljivo procijeniti potrebu za izvanbolničkim programom, dostupnost programa i pomoći bolesniku u izboru programa koji će doprinjeti oporavku od psihičke bolesti.

### **Programi ranog prepoznavanja i rane intervencije u liječenju prve epizode ili prodroma psihoze ili shizofrenije (*Early Intervention Services, EIS*)**

Rani tijek shizofrenije uključuje premorbidnu fazu, prodromalnu fazu i prvu epizodu bolesti. Premorbidna se faza odnosi na asimptomatski period, kada se, u manjem broju bolesnika, nalaze suptilni i stabilni neurorazvojni deficiti u motoričkom, socijalnom i/ili intelektualnom funkcioniranju. Ovi deficiti označavaju osjetljivost za razvoj psihoze, ali smatra se da imaju malo, ako uopće ikakavo, značenje u predviđanju posljedičnog razvoja psihoze ( NICE 2014). Prvi znakovi bolesti su najčešće funkcionalni, ne-simptomatski, i uključuju deficite u socijalnom i intelektualnom funkcioniranju i organizacijskim sposobnostima. Prodromalni „simptomi“ se konačno javljaju usporedo s funkcionalnim otklonom, između prvog i 24. mjeseca prije početka inicijalne epizode bolesti. Nespecifični i negativni simptomi najčešće se prvi razvijaju, a slijede ih prigušeni pozitivni simptomi. U godini prije prve epizode, naročito zadnjih 4-6 mjeseci, simptomi se pojačavaju u učestalosti i intenzitetu. Njihova karakteristična psihotična fenomenologija (npr. ideje odnosa, paranoidne ideje, neobične ili otuđene misli, neobjašnjivi zvukovi) postaje očiglednija i, konačno, dolazi do psihoze (APA, 2010). Osobe, koje zadovoljavaju kriterije za prodromalne simptome i imaju rizik za psihozu u bližoj budućnosti, trebaju se pažljivo procijeniti i učestalo pratiti dok se njihovi simptomi povuku spontano ili razvijaju u shizofreniju ili u drugu psihičku bolest, koja se dijagnosticira i liječi. Rana intervencija za psihoze ima dva cilja: liječenje aktivnih psihotičnih ili prodromalnih simptoma i prevencija buduće deterioracije i buduće progresije tijekom prema kronifikaciji. Istraživanja pokazuju da relapsu često prethodi pojava prodromalnih simptoma, koji mogu trajati nekoliko dana, tjedana ili dulje. Prodromalna se faza relapsa obično sastoji od umjerenih do težih disforičnih simptoma, kao što je napetost ili nervoza, slabije hranjenje, poteškoće

koncentracije i pamćenja, poteškoće spavanja i depresija, i može uključivati i blaže psihotične simptome i idiosinkratska ponašanja (APA, 2010). Dodatno, dolazi do promjene u ponašanju, koju zapažaju neki pacijenti i obitelj. Primjeri uključuju socijalno povlačenje, uređivanje (*make-up*) na izražen ili bizaran način ili gubitak interesa za vanjski izgled. Kontrolirane studije pokazuju da specifični programi edukacije pacijenata i obitelji o prodromalnim simptomima i ranim intervencijama, kada se simptomi pojavljuju, može biti od pomoći u smanjivanju učestlosti relapsa (Herz i sur 2000; 1991; 1995).

EIS se definira kao pristup s fokusom na skrb i liječenje osoba u ranoj fazi (obično do 5 godina) oboljevanja od psihoze ili s shizofrenije, ponekad uključujući prodromalnu fazu bolesti. Skrb ili usluge pruža specijalizirani tim, koji u sveobuhvatnom programu liječenja provodi farmakološke i psihosocijalne postupke. Službe za liječenje prve psihotične epizode/rane intervencije obuhvaćaju osobe između 14. i 35. godine života, s prvom epizodom psihoze, te osobe u toj dobi tijekom 3 do 5 godina od prve psihotične epizode.

**Zadaci:** poticanje oporavka, smanjenje stigme i povećanje svijesti o simptomima psihoze; smanjenje duljine trajanja psihoze, poticanje boljeg uključivanja u liječenje i skrb, pružanje psihosocijalnih metoda liječenja i psihoterapije, koordinacija sa drugim službama na temelju individualnog plana liječenja. Također, uključuju aktivnosti za povećanu svijesti o psihozi u javnosti i primarnoj zaštiti i ranom otkrivanju bolesti. Evaluacija učinkovitosti pokazuje da je EIS bolji nego usporedni standardni program u nizu pokazatelja ishoda, uključujući smanjenu stopu relapsa, smanjeno bolničko liječenje, poboljšanje simptoma i kvalitete života i, rana intervencija se preferira u odnosu na standardnu skrb (NICE, 2014).

Procjenjuje se da su troškovi programa rane intervencije opravdani s potencijalnim smanjenjem troškova radi smanjene stope relapsa i kraćeg bolničkog liječenja te očekivanih kliničkih prednosti i poboljšanja kvalitete života osoba sa psihozom i shizofrenijom.

**Preporuke:** rana intervencija za osobe sa psihozom treba biti dostupna za sve osobe s prvom epizodom ili prvom pojavom psihoze, bez obzira na dob osobe ili trajanje neliječene psihoze. Liječenje se nastavlja u službi za ranu intervenciju ili u nekom od dostupnih programau zajednici. Rana intervencija za psihoze ima za cilj pružiti puni opseg farmakoloških, psiholoških, socijalnih, okupacijskih i edukativnih intervencija za osobe sa psihozom, sukladne smjernicama.

## **Organizacije pacijenata i organizacije za samopomoć**

Organizacije pacijenata značajni su sudionici i važan dio nevladinog sektora sustava pružanja usluga u mentalnom zdravlju, mogu pridonijeti kvaliteti mentalnog zdravlja, komplementarni su u uslugama koje pružaju, ali ne mogu zamijeniti službe za mentalno zdravlje. Udruge mogu provoditi različite programe koji potiču socijalnu uključenost i oporavak od psihičke bolesti.

Grupe samopomoći - Podrška **istovrsnika** (*peersupport*) je socijalno-emocionalna, a ponekad i instrumentalna podrška, koja se međusobno nudi ili daje među osobama koje imaju zajedničke ili slične poteškoće, u ovom slučaju, s mentalnim zdravljem, s ciljem postizanja željene društvene ili osobne promjene (APA,2010). Najstariji i najrasprostranjeniji oblik istovrsne pomoći su grupe samopomoći.

Grupe samopomoći učinkovite su u poboljšanju simptoma, povećanju društvene mreže i kvalitete života, smanjenju hospitalizacije, suočavanju (*coping*), prihvaćanju bolesti, suradljivosti u uzimanju lijekova, poboljšanju svakodnevnog funkcioniranja, smanjenju potreba za intenzivnijim programom liječenja, i pružaju više zadovoljstva zdravljem. Podršku istovrsnika pružaju za to educirani istovrsnici, koji su se oporavili od psihoze ili shizofrenije i stabilni su. Educirani istovrsnici trebaju dobiti potporu tima, te podršku i mentorstvo od iskusnih educiranih istovrsnika (APA, 2010). U nekim državama, poput Nizozemske, osobe s iskustvom psihoze zapošljavaju se kao članovi tima za liječenje u zajednici.

Programi podrške istovrsnika i programi samo-pomoći trebaju pružati informacije i savjete, vezano za bolest i liječenje, uključujući lijekove i psihosocijalne metode, savjete za prevenciju ponovne epizode bolesti, o službama liječenja, samopomoći u krizi, traženju profesionalne pomoći, izgradnji socijalne mreže i izradi osobnog plana oporavka (Pandya A i JänMyrick K, 2013,Fukui S i sur, 2011).

**Preporuke:** Sudjelovanje korisnika usluga – pacijenata u planiranju, provedbi i evaluaciji službi za mentalno zdravlje predstavlja važan dio skrbi za mentalno zdravlje, fokusiranoj na oporavku. Stoga je potrebno potaknuti usluge u zajednici koje pružaju istovrsnici s iskustvom psihičke bolesti, samostalno ili u suradnji sa službama za mentalno zdravlje. Dobar primjer suradnje između istovrsnika i službi za mentalno zdravlje je Nizozemski model u kojem su istovrsnici članovi tima i također provode neke programe samostalno s ciljem realizacije osobnog plana oporavka. Zapošljavanje istovrsnika, osoba s iskustvom psihičke bolesti, također utječe na smanjenje stigme psihičke bolesti.

## Smještaj

Pojava skrbi u zajednici postavila je izazove u pogledu stambenog zbrinjavanja osoba s mentalnim poremećajima s ozbiljnim funkcionalnim oštećenjima (*severe mental illness*, SMI) i njihovog povezivanja sa psihijatrijskim liječenjem. Osim života s obitelji, izbori uključuju hostele, grupne domove, terapijske zajednice, udomiteljstvo i podržano neovisno stanovanje. Sve više ljudi sa SMI odabiru živjeti što samostalnije u pojedinačnom smještaju jer zajednički smještaj s ostalim stanovnicima koji imaju duševne bolesti nalik je životu u instituciji (Trainor i sur, 1993). Različite analize učinkovitosti smještaja na poboljšanje mentalnog zdravlja i kvalitete života, npr. pomodelu „**Prvo smještaj**“ („*Housing first*“), povezuju se s najboljim rezultatima i najvećim zadovoljstvom osoba sa SMI (Nelson G, 2010). Radi se o modelu smještaja koji oboljelima dozvoljava da sami izaberu oblik smještaja, najčešće u individualnom stanovanju, te dobivaju vrstu i intenzitet podrške u skladu s njihovim potrebama. Najčešće se radi o suradnji između službi koje se bave smještajem i službi koje se bave liječenjem.

Postoje i **prelazne kuće** – pacijenti žive u kući, koja je izravno povezana s psihijatrijskim liječenjem i podrškom u kojoj ovisno o njihovom stanju imaju različiti stupanj podrške profesionalnog osoblja. Prihvaćanje liječenja često je uvjet korištenja takvog stanovanja. Također postoji stanovanje koje nije direktno vezano za liječenje, kada pacijent stanuje u svom domu ili drugom obliku smještaja, uz pružanje usluge liječenja tima u zajednici u njegovoj kući ovisno o potrebama. Za osiguravanje smještaja u zajednici potrebna je suradnja sa socijalnom skrbi koja organizira različite oblike smještaja.

### Vrste smještaja u zajednici:

Prema Budsonu (Budson RD, 1990), najčešći tipovi stambenih objekata koje se trenutno koriste uključuju:

- Prijelazni smještaj (*Transitional half way houses*) definiran kao stambeni objekt koji pruža boravak i prehranu i promiče socijalizaciju, dok se ne pronade pogodnije stanovanje. Koristi se kao prijelazni objekt između bolnice i zajednice za pacijente u oporavku.
- Dugotrajno grupno stanovanje (*Long-term group residences*). Ovi objekti imaju osoblje na licu mjesta, a koriste se za osobe s kroničnim funkcionalnim invaliditetom. Duljina boravka je neodređena, za razliku od boravka u



prijelaznom smještaju, što je obično 6-8 mjeseci.

- Zajedničko stanovanje (*Cooperative apartments*). Osoblje nije stalno prisutno, ali djelatnici redovito posjećuju, nadziru i pomažu stanare u provođenju različitih aktivnosti.
- Smještaj za intenzivnu njegu ili centar za krizna stanja u zajednici. Ovi objekti mogu se koristiti kako bi se spriječila hospitalizacija ili skratilo trajanje hospitalizacije. Obično je stalno prisutno osoblje za pružanje skrbi i savjetovanje.
- Udomiteljstvo (*Foster or family care*). Neki pacijenti su smješteni u udomiteljsku ili obiteljsku skrb u privatnim kućama. Postoji zabrinutost da se u nekim situacijama pruža samo funkcija čuvanja, a ne liječenja i terapijske podrške. Potreban je strogi nadzor nad udomiteljskim obiteljima kako bi se osiguralo da pacijenti žive u terapijskom okruženju.
- Domovi (*Board-and-care homes*). Ovi objekti su uglavnom vlasnički pansioni. Kaos udomiteljskom skrbi, potrebno je neposredno praćenje i nadzor, jer neki od njih pružaju substandardno okruženje za pacijente i nisu dobro povezano s programima liječenja
- Starački domovi su pogodni za neke gerijatrijske ili pacijente s kroničnim invaliditetom, odnosno za osobe s psihičkom bolesti koje traže smještaj zbog starosti i nemoćnosti

**Napomena:** Domovi socijalne skrbi – smještaj gdje se na okupu nalazi veliki broj oboljelih od psihičke bolesti koji postoje u RH ne preporučaju kao oblik smještaja.

**Preporuke:** Nedostatak adekvatnog smještaja povezan je s rizikom pogoršanja stanja. Potrebno je u dogovoru s socijalnom službom razvijati uvjete smještaja poput prijelaznih smještaja, organiziranog stanovanja i podrške u vlastitom domu. Za izbor najprikladnijeg smještaja osim mogućnosti koje su na raspolaganju, važan je osobni izbor osobe koja se smještava. Za sve osobe koje imaju uvjete živjeti u svom ili iznajmljenom stanu ili u svojoj obitelji potrebno je organizirati podršku u kući putem timova za akutno i kronično liječenje u zajednici. Važno je znati da smještaj osobe znači mjesto u kojem osoba živi, stoga supervizija i pomoć u savladavanju poteškoća svakodnevnog življenja mora biti u skladu s njenim kliničkim stanjem i njenim pristankom.

## Literatura

Achim AM, Maziade M, Raymond É, Olivier D, Mérette C, Roy M. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin*. 2011;37:811-21.

Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*. 2004:21-7.

Anthony W.A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993;16(4), 11-23.

Anthony WA, Forbes R, Cohen MR. Rehabilitation oriented Casemangement. In: Harris M, Bergman H (eds): Case mangament for mentally ill patients: Theory and practice. Chur Switzerland, Harwood Academic 1993

APA Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second editon. American psychiatric association, 2010.

Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction*. 2010;105:1176-89.

Bebbington P, Kuipers L. The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychological Medicine* 1994;24:707-18.

Bell DNF, Blanchflower DG. Young people and the Great Recession. *Oxford Review of Economic Policy*. 2011;27:241-67.

Bellak AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J. Social Skills Training for Schizophrenia. A Step by Step Guide. New York London: The Guliford Press, 2004.

Benton MK, Schroeder HE. Social skills training with schizophrenics: A meta-analytical evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990;58:741-747.

Bergman MH (eds). Case mangament for mentally ill patients: Theory and practice ChurSwitzerland, Harwood Academic, 1993.

Birchwood M, Spencer E, McGovern D. Schizophrenia: early warning sign. *Advances in Psychiatr. Treatment* 2000;6:93-101.

Birchwood M. Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 2003;182:373-5.

Bond GR, Dietzen LL, McGrew JH, Miller LD. Accelerating entry into supported employment for people with severe mental disabilities. *Rehab Psych*. 1995;40:91-111.

Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. Assertive community treatment for people with severe mental illness: critical ingredients and impact on clients. *Disease Management and Health Outcomes*, 2001.

Bond GR. Principles of the Individual Placement and Support model: empirical support. *Psychosocial Rehabilitation J* 1998;22:11–23.

Bouchard S, Vallières A, Roy MA, Maziade M. Cognitive restructuring in the treatment of psychotic symptoms in schizophrenia: a critical analysis. *Behav Ther* 1996;27:257–277.

Brenner HD. On the importance of cognitive disorders in treatment and rehabilitation. In *Psychosocial Treatment of Schizophrenia* (J. S. Strauss, W. Boker, H. D. Brenner, eds.). Toronto: Hans Huber, 1986.

Brickwood M. Early Intervention in Psychotic relapse :cognitive approaches to detection and managment. *Behaviour Change* 1995;12:2-19

Brown GW, Birley JL, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry*.1972;121:241-58.

Brown GW, Monck E, Carstairs G, Wing J. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive & Social Medicine*. 1962;16:55-68.

Brown GW, Rutter M. The measurement of family activities and relationships: a methodological study. *Human Relations*. 1966;19:241-63.

Brown GW. Life-events and psychiatric illness: some thoughts on methodology and causality. *J Psychosom Res*.1972;16:311-20.

Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 2010;196:116-21.

Buchkremer G, Klinberg S, Holle R, Schulze Monking H, Hornung WP, Psychoeducational psychotherapy for schizphrenic patients and thir key relatives or care-givers: result of a 2 – years folow –up. *Acta Psyhiat Scan* 1997;96:483-491.

Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 2009;35:383-402.

Budson RD. Models of supportive living: community residential care. In: *Handbook of Schizophrenia*, vol 4: Psychosocial Treatment of Schizophrenia. Edited by Herz MI, Keith SJ, Docherty JP. New York, Elsevier, 1990; pp317–338

Burns BJ, Santos AB. Assertive community treatment: an update of randomized trials. *Psychiatr Serv* 1995;46:669–675.

Bustilo J, Buchaman RW, Carpenter WT. Prodromal Symptoms as early warning signs and clinical action in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21:533-539.

Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*. 1998;55:547.

Chinman MJ, Rosneheck R, Lam JA. The case management relationship and outcomes of homeless persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 2000;51:1142-1147.

Coldham EL, Addington J, Addington D: Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:286–290;

Corrigan PW. Social skills training in adult psychiatric populations: a meta-analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1991;22:203–210.

Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological medicine*. 2001;31:1237-47.

Cuijpers P. The effects of family interventions on relatives' burden: a meta-analysis. *J Ment Health* 1999;8:275–285.

Cvitan B Rana intervencija u bolesnika s psihotičnim poremećajem u Nizozemskoj U: Rana intervencija kod psihotičnih poremećaja. Restek Petrović B, Filipčić I (ur). Medicinska naklada, Zagreb, 2016.

Darves-Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G, de Graaf R, Haro JM, Kovess-Masfety V et al. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the Psychosis and schizophrenia in adults epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*. 2008;21:455-62.

Deegan P. Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 1996;19:91-97

Dickerson FB. Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: a review of recent empirical studies. *Schizophr Res* 2000; 43:71–90.

Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, Lehman A, Tenhula WN, Calmes C, Pasillas RM, Peer J, Kreyenbuhl J; Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull*. 2010;36(1):48-70.

Dobson DJ, McDougall G, Busheikin J, Aldous J: Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1995;46:376–380.

Doidge JR, Rodgers CW. Is NIMH's dream coming true? Wyoming centers reduce state hospital admissions. *Community Ment Health J*. 1976;12:399-

Drake RE, McHugo GI, Bebout RR, Becker DR, Harris M, Bond GR, Quimbi E. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:627-633.

Dzifa F, Ahern K. What Makes a Quality Therapeutic Relationship in Psychiatric/Mental Health Nursing: A Review of the Research. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, 2009.

Faber G, Smid HGOM, VanGool AR, Wiersma D, VanDen Bosch RJ. The effects of guided discontinuation of antipsychotics on neurorecognition in first onset psychosis. *European Psychiatry*. 2012;27:275-80.

Falloon IR, Boyd IJ, McGill WC. Family care of schizophrenia. A Problem –Solving Approach to the Treatment of Mental Illness. New York London: The Guilford Press, 1984.

Falloon IR, Boyd JL, McGill CW, Williamson M, Razani J, Moss HB et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:887–896.

Falloon IRH. Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry* 2003;2:20–37.

- Faloon IR, Boyd JL, McGill CW, Razani J, Moss HB, Gilderman AN. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *N Engl Med* 1982;306:437-440.
- Fatemi SH, Folsom TD. The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia, revisited. *Schizophrenia Bulletin*. 2009;35:528-48.
- Fitzgerald PB. The role of early warning symptoms in the detection and prevention of relapse in schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001;35:758-764.
- Frank AF, Gunderson JG. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Arch. Gen. Psychiatry* 1990;47:228-236.
- Frank JD. Therapeutic components in all psychotherapies. In: *Cures by psychotherapy: What effects change?* Myers JM (ed). New York: Praeger 1984:15-27.
- From Reichmann F (1974) *Psychoanalysis and psychotherapy*. Chicago: Univ. of Chicago press
- Fukui S, Starnino VR, Susana M, Davidson LJ, Cook K, Rapp CA, Gowdy EA. Effect of Wellness Recovery Action Plan (WRAP) participation on psychiatric symptoms, sense of hope, and recovery. *Psychiatr Rehabil J*. 2011;34(3):214-22.
- Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington CC American Psychiatric Press Inc. 1994.
- Galletly CA, Clark CR, MacFarlane AC. Treating cognitive dysfunction in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2000;25:117-24.
- Goering PN, Stylianos SK. Exploring the helping relationship between the schizophrenic client and rehabilitation therapist. *Am J Orthopsychiatry* 1998;58:271-80.
- Gould RA, Mueser KT, Bolton E, Mays V, Goff D. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophr Res* 2001 48:335-342.
- Gray R, Rofail D, Allen J et al. A survey of patient satisfaction and subjective experience of treatment with antipsychotics medication. *Journal of Advanced Nursing* 2005;52:31-37.
- Grubaugh AL, Zinzow HM, Paul L, Egede LE, Frueh BC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adults with severe mental illness: a critical review. *Clinical Psychology Review*. 2011;31:883-99.
- Gruber E, Martić-Biocina S, Ivezić-Strkalj S. "Since I have my case manager, I am back to life" case management in Croatia. *Psychiatr Danub*. 2008;20(1):63-70.

Gunderson JG. Patient-therapist matching: a research evaluation. *Am J Psychiatry*. 1978;135:1193-7.

Gunderson JG, Frank AF, Katz HM, Vannicelli ML, Frosch JP, Knapp PH. Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr Bull*. 1984;10(4):564-98.

Harding CM, Brooks GW, Ashiakaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont Longitudinal study of persons with severe mental illness II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM .III criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 1987;144:727-735.

Harrison G, Hopper K, Craig T. et al. Recovery from psychotic illness: a 15 and 25 year international follow up study. *British Journal of psychiatry*, 2001;178:506-517.

Harrow M, Jobe TH, Faull RN. Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychological Medicine*. 2012;42:2145-55.

Hayes RL, Halford WK, Varghese FT. Social skills training with chronic schizophrenic patients: effects on negative symptoms and community functioning. *Behav Ther* 1995; 26:433–449.

Herz MI, Glazer WM, Mostert MA, Sheard MA, Szymanski HV, Hafez H, Mirza M, Vana J. Intermittent vs maintenance medication in schizophrenia: two-year results. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:333–339.

Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, Nix G. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:277–283

Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, Nix G. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:277–283.

Herz MI, Lamberti JS. Prodromal symptoms and relapse prevention in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1995;21(4):541-51.

Hicks AL, Deane FP, Crowe TP. Change in working alliance and recovery in severe mental illness: an exploratory study. *J Ment Health*. 2012;21:127-34.

Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF, Carter M. Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group: Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:340–347.

Holloway F, Carson J. Intensive case management for the severely mentally ill: controlled trial. *Br J Psychiatry* 1998;172:19-22.

Huber G, Gross S, Schuttler R, Linz M. Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin* 1989;6:592-605.

Issakidis C, Sanderson K, Tecsson M, Johnston S, Buhrich N. Intensive care management in Australia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand* 1999 ;99: 369-367

Ivezic S, Skocic P, Bagaric A, Oruc L. Importance of an interpersonal approach and object relation theories for the organization of treatment at the psychiatric hospital. *Med Arh*. 2004;58(4):241-3.

Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, Graaf Rd, et al. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004;109:38-45.

Jobe TH, Harrow M. Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2005;50:892-900.

Johnson S, Needle J, Bindman J, Thornicroft G. *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health*. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.

Jorgensen P. Early signs of psychotic relapse in schizophrenia. *Br. J Psychiatry* 1998;172:327-330.

Kanter J. Clinical Case management: Definition, principles. *Components Hospital and Community psychiatry*, 1989;40:361-8.

Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, Everitt B, David A. Compliance therapy in psychotic patients: A randomised controlled trial. *Br Med J* 1996;312:345-9.

Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1998;172:413-19 .



Kendall T. The rise and fall of the atypical antipsychotics. *The British Journal of Psychiatry*. 2011;199:266-68.

Killaspy H, Marston L, Omar RZ, Green N, Harrison I, Lean M, et al. Service quality and clinical outcomes: an example from mental health rehabilitation services in England. *The British Journal of Psychiatry*. 2013;202:28-34.

Kreyenbuhl J, Robert W. Buchanan , Faith B. Dickerson , Lisa B. Dixon The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations. *Schizophrenia Bulletin* 2009;36:94–103.

Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up. *Br J Psychiatry*. 1985;146:594-600.

Lehman AF, Dixon LB, Kernan E, DeForge BR, Postrado LT. A randomized trial of assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:1038–1043.

Lester H, Birchwood M, Bryan S, England E, Rogers H, Sirvastava N. Development and implementation of early intervention services for young people with psychosis: case study. *The British Journal of Psychiatry*. 2009;194:446-50.

Li F, Wang M. A behavioural training programme for chronic schizophrenic patients: a three-month randomised controlled trial in Beijing. *Br J Psychiatry* 1994; 164(suppl 24):32-7.

Lieberman RP, DeRisis WJ, Mueser KT. *Social Skills Training for Psychiatric Patients*. Needham Heights, Mass, Allyn& Bacon, 1989

Lieberman RP, Massel HK, Mosk MD, Wong SE. Social skills training for chronic mental patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 1986;36(4):396-403.

Lieberman RP, Vaccaro JV, Corrigan PW. Psychiatric rehabilitation. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6th ed, vol 2. Edited by Kaplan HI, Sadock BJ. Baltimore, Williams& Wilkins, 1995, pp 2696–2719.

Lieberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998;155:1087–1091.

Lieberman RP. *Recovery from the disability*. American Psychiatric Publishing Washington DC London England, 2008.

- Lieberman JA. Predictors of treatment discontinuation and medication nonadherence in patients recovering from a first episode of schizophrenia, schizophreniform disorder, or schizoaffective disorder: a randomized, double-blind, flexible-dose, multicenter study. *J Clin Psychiatry* 2008;69:106-13.
- Lieberman JA. Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 2002;57:209–219.
- Marder SR, Wirshing WC, Mintz J, McKenzie J, Johnston K, Eckman TA, Lebell M, Zimmerman K, Liberman RP. Two-year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153:1585–1592.
- Marder SR. Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000;(407):87-90.
- Mari JJ, Streiner DL. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychol Med* 1994;24:565–578.
- Marshall M: How effective are different types of day care services for people with severe mental disorders? Geneva: World Health Organization, 2005.
- Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult. Clin. Psychol.* 2000;68:438–450.
- McCabe R, Priebe S. The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness. A review of methods and findings. *International Journal of Social Psychiatry.* 2004;50:115-128.
- McFarlane WR. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *New Dir Ment Health Serv* 1994; 62:13–22.
- McGlashan TH, Johannessen JO. Early detection and intervention with schizophrenia Rationale. *Schizophrenia Bulletin* 1996;22:201-222.
- McGorry PA, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM. EPPIC an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr. Bull* 1996; 22:305-326
- Michon HW, van Weeghel J, Kroon H, Schene AH. Person-related predictors of employment outcomes after participation in psychiatric vocational rehabilitation programmes—a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2005;40:408-16.
- Miller R. M., Rollnick S. *Motivational interviewing.* New York. London: Guilford Press, 2002; 1-198.

Mojtabai R, Nicholson RA, Carpenter BN. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophr Bull* 1998; 24:569–587.

Morgan C, Kirkbride J, Leff J, Craig T, Hutchinson G, McKenzie K, et al. Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. *Psychol Med* 2007;37:495-503.

Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophr Bull.* 1998;24(1):37-74.

Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S, Essock SM, Tarrier N, Morey B, Vogel-Scibilia S, Herz MI. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 2002;53:1272–1284

Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S, Essock SM, Tarrier N, Morey B, Vogel-Scibilia S, Herz MI. Illness management and recovery: a review of the research. *PsychiatrServ* 2002;53:1272–1284.

Mueser KT, Wallace CJ, Liberman RP. New developments in social skills training. *Behav Change* 1995;12:31–40.

National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management (NICE Clinical Guideline178)*. London: National Institute for Health and Care Excellence. Retrieved from: [www.nice.org.uk/nicemedia/live/14382/66534/66534.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14382/66534/66534.pdf)

Neale MS, RosenheckRA. Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program. *Psychiatr Serv.* 1995;46:719-21.

Nelson G. Housing for People with Serious Mental Illness: Approaches, Evidence and Transformative Change. *J of Sociology and social sci* 2010; 37:123-146.

Norman RM, Townsend LA. Cognitive-behavioural therapy for psychosis: a status report. *Can J Psychiatry* 1999;44:245–252.

Nuechterlein KH, Barch DM, Gold JM, Goldberg TE, Green MF, Heaton RK. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2004;72(1):29-39.

Oltmanns TF, Neale JM. Schizophrenic performance when distractors are present: attentional deficit or differential task difficulty? *Journal of Abnormal Psychology.* 1975;84:205-9.

Owens KA, Haddock G, Berry K. The Role of the Therapeutic Alliance in the Regulation of Emotion in Psychosis: An Attachment Perspective. *Clin Psychol Psychother*. 2013;20(6):523-30.

Pandya A, Jän Myrick K. Wellness and recovery programs: a model of self-advocacy for people living with mental illness. *J Psychiatr Pract*. 2013;19(3):242-6.

Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (2), CD002831,2002.

Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996;153:607–617.

Perkins DO, Gu H, Weiden PJ, McEvoy JP, Hamer RM, Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, Morgan C. Psychological treatments in schizophrenia: I. meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002; 32:763–782;

Perkins DO: Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2002;63:1121–1128,

Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, Orbach G, Morgan C. Psychological treatments in schizophrenia: II. meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med* 2002a;32:783–791;

Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, Morgan C. Psychological treatments in schizophrenia: I. meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002b;32:763–782 ,

Pioli R, Vittorielli M, Gigantesco A, Rossi G, Basso L, Caprioli C, Buizza C, Corradi A, Mirabella F, Morosini P, Fallon RH. Outcome assessment of the VADO approach in psychiatric rehabilitation: a partially randomized multicentric trial. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2006; 2:1745-1792.

Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia — a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001;27,73 – 92 .

Pitt L, Kilbride M, Welford M, Nothard S, Morrison AP. Impact of a diagnosis of psychosis: user-led qualitative study. *Psychiatric Bulletin*. 2009;33:419-23.

- Priebe S, Gruyters T. The role of the helping alliance in psychiatric community care: A prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1993;181:552-557.
- Provencher HL, Gregg R, Mead S, Mueser KT. The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J*. 2002;26:132-44.
- Ragna G, Thorsen B, Gronnestad G, Oxnevad AL. *Family and Multy-Family Work with Psychoses*. London and New York: Routledge, 2006.
- Read J, Bentall RP. Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications. *British Journal of Psychiatry* 2012;200:89-91.
- Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005;112:330-50.
- Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *J NervMent Dis* 2001;189:278–287.
- Robinson DG, Woerner MG, Alvir JM, Bilder RM, Hinrichsen GA, Lieberman JA. Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 2002;57:209–219.
- Ross J. *Occupational Therapy and Vocational Rehabilitation*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2008.
- Royal colleague of psychiatry. *Do the right thing: how to judge a good ward. Ten standards for adult in-patient mental healthcare*. 2011.
- Salkever D, Domino ME, Burns BJ, Santos AB, Deci PA, Dias J, Wagner HR, Faldowski RA, Paolone J. Assertive community treatment for people with severe mental illness: the effect on hospital use and costs. *Health Serv Res* 1999;34:577–601.
- Schooler NR, Keith SJ, Severe JB, Matthews SM. Maintenance treatment of schizophrenia: a review of dose reduction and family treatment strategies. *Psychiatr Q* 1995;66:279–292.
- Scott JE, Dixon LB. Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21:621–630.
- Shevlin M, Houston JE, Dorahy MJ, Adamson G. Cumulative traumas and psychosis: an analysis of the national comorbidity survey and the British psychiatric morbidity survey. *Schizophrenia Bulletin*. 2008;34:193-9.

Smith TE, Hull JW, Romanelli S, Fertuck E, Weiss KA: Symptoms and neurocognition as ratelimiters in skills training for psychotic patients. *Am J Psychiatry* 1999;156:1817–1818.

Solomon P, Draine J, Delaney MA. The working alliance and consumer case management. *Journal of Mental Health Administration* 1995;22:126-134.

Spaulding WD, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weiller M. The effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizop Bull* 1999;25:291-307.

Svensson B, Hansson L. Rehabilitation of schizophrenic and other long-term mentally illpatients: results from a prospective study of a comprehensive inpatient treatment program based on cognitivetherapy. *Eur. Psychiatry* 1999;14:325–332.

Svjetska zdravstvena organizacija. MKF - međunarodna klasifikacija funkcioniranja, onesposobljenosti i zdravlja. Medicinska naklada, Zagreb, 2010.

Štrkalj Ivezic S, Mužinić L, Vrdoljak M. Psihoedukacija o antipsihoticima u povećanju suradljivosti i efikasnosti liječenja. *Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti* 1, 2015;25-34.

ŠtrkaljIvezic S, Mužinić L Gruber E Sigurnost liječenja bolesnika u sustavu mentalnog zdravlja. *Medix* 2010;26:42-49.

Štrkalj Ivezic S, Mužinić L, Vidulin V. Program koodiniranog liječenja (case management) u rehabilitaciji osoba s psihotičnim poremećajem. *Soc. Psihijat*, 2009;37:83-91.

Štrkalj Ivezic S. Funkcioniranje između zdravlja i bolesti. Smjernice za procjenu funkcioniranja u psihijatriji. HLZ, HPD, Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, 2016.

Štrkalj- Ivezic S. Stigma in clinical practice. *Psychiatr Danub* 2013;25:200–202.

Štrkalj-Ivezic S i sur. Rehabilitacija u psihijatriji. Psihobiosocijalni pristup. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Udruga “Svitanje”, 2010

Štrkalj-Ivezic S, Folnegović Šmalec V, Mimica N, Bajs Bjegović M, Makarić G, Bagarić A, Krpan I. Dijagnostičke i terapijskesmjernice (algoritam) za liječenje shizofrenije. Preporuke Hrvatskog društva zakliničku psihijatriju Hrvatskog liječničkog zbora. *LijecVjesn* 2001;123:287-9.

Štrkalj-Ivezic S, Jendričko T, Pisk Z, Martić-Biočina S. Terapijska zajednica. *Soc Psihijat*, 2014;42:172-9.

Štrkalj-Ivezić S, Mužinić L, Filipac V. Case management – A pillar of community psychiatry. *Psychiatria Danubina* 2010;22:28-33.

Štrkalj-Ivezić S, Vrdoljak M, Mužinić L, Agius M. The impact of a rehabilitation day centre program for persons suffering from schizophrenia on quality of life, social functioning and self-esteem. *Psychiatr Danub*. 2013;25 Suppl 2:S194-9.

Štrkalj-Ivezić S. Shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, bipolarni poremećaj, psihoza. Psihoedukacija između edukacije i psihoterapije. Zagreb: Medicinska naklada, 2011.

Štrkalj-Ivezić S, Martić-Biočina S. Reakcije obitelji na psihičku bolest člana obitelji. *Medicina fiumensis*, 2010;46:318-24.

Štrkalj-Ivezić S. Teorijski okvir za rehabilitaciju U: Štrkalj Ivezić i suradnici. Rehabilitacija u psihijatriji Psihobiosocijalni pristup Zagreb: HLZ I Klinika za psihijatriju Vrapče, 2010.

Štrkalj-Ivezić, Lovrić M. Zapošljavanje osoba s invaliditetom zbog psihičkih poremećaja- Smjernice za poslodavce, korisnike i stručnjake. Udruga Svitanje Zagreb: 2011.

Taube CA, Morlock L, Burns BJ, Santos AB. New directions in research on assertive community treatment. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:642–647.

The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements PORT Schizophrenia Bulletin vol. 36 no. 1 pp. 48–70, 2010

Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. *Psychol Med*. 2012;11:1-15.

Trainor JN, Morrell-Bellai TL, Ballantyne R, Boydell KM. Housing for people with mental illnesses: a comparison of models and an examination of the growth of alternative housing in Canada. *Can J Psychiatry* 1993;38:494–501.

Van Putten T, May PR. Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy: the consumer has a point. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:477–480.

Van Putten T. Why do schizophrenic patients refuse to take their drugs? *Arch Gen Psychiatry* 1974;31:67–72.

Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*. 2012;38:661-71.

Vaughn CE, Snyder KS, Freeman W, Jones S, Falloon IR, Liberman RP. Family factors in schizophrenic relapse: a replication. *Schizophr Bull* 1982;8:425–426.

Veldhuizen JR, Bahler M Manual Flexible Assertive Community treatment FACT Neaderland association 2013.

Wallace CJ, Liberman RP. Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial. *Psychiatry Res.* 1985;15:239–247.

Weiden P, Rapkin B, Mott T, Zygmunt A, Goldman D, Horvitz-Lennon M, Frances A. Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994;20:297–310.

Weiden PJ, Kozma C, Grogg A, Locklear J. Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*,2004;55:886-91.

Wexler BE, Bell MD. Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 2005;31:931-41.

Worthington A, Rooney P, Hannan R. *The Triangle of Care.* Second Edition. London: Carers Trust; 2013.

Wright C, Burns T, James P, Billings J, Johnson S, Muijen M, et al. Assertive outreach teams in London: models of operation. *Pan-London Assertive Outreach Study, part The British Journal of Psychiatry.* 2003;183:132-8.

Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, Sytema S, Nienhuis FJ. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* 2013;70(9):913-20.

Wykes T. *Cognitive remediation is better than cognitive behaviour therapy.* U: McDonland C, Schulze K, Murray M R, Wright P. London: Taylor and Francis:2004

Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2011;37:21-2.

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. *Narodne novine* 76/14, 2014.