

A PSZICHÓZIS ÉS A SZKIZOFRÉNIA KEZELÉSÉBEN FELNŐTT KORBAN ALKALMAZHATÓ KLINIKAI PSZICHOLÓGIAI INTERVENCIÓK IRÁNYELVEI ¹

Jelen irányelv a felnőttkori (18-60 év közötti) szkizofrénia, valamint a kórképekhez kapcsolódó pszichotikus zavarok kezelési irányelvét foglalja magába. A „pszichózis” kifejezés a pszichotikus zavarok csoportjára vonatkozik, mely magába foglalja a szkizofréniát, a szkizoaffektív, a szkizofreniform zavart, illetve a téveszméket.

Fontos hangsúlyozni, hogy jelen összefoglaló nem tér ki a 18 év alatti fiatalok kezelésére, leszámítva azokat a pácienseket, akik az első pszichotikus epizód korai prevenciója kapcsán kerülnek az ellátásba.

A pszichózis és a szkizofrénia olyan pszichiátriai zavar, melyekben a percepció, a gondolatok, a hangulat, illetve a viselkedés jelentősen megváltozik/megváltozott. A pszichózis és a szkizofrénia tüneteit általában „pozitív” és „negatív” tünetekre csoportosítjuk, melyeknél személyenként változó tüneti kombináció is megfigyelhető.

Diagnosztikai kritériumok a DSM-5 alapján

- A: Az alábbi tünetek közül minimum 2 jelen van egy 1 hónapos időszak jelentős részében: 1. Téveszmék, 2. Hallucinációk, 3. Inkoherens beszéd, 4. Durván szétesett vagy kataton viselkedés, 5. Negatív tünetek
- B: A zavar kezdete óta jelentős funkcionális károsodás (munka, társas kapcsolatok, öngondoskodás)
- C: Minimum 6 hónapja fennállnak a tünetek (ebből 1 hónap lsd. A kritériumok)
- D-E-F: Nem szkizoaffektív zavar vagy egyéb pszichotikus zavar vagy autizmus spektrum zavar áll fenn

DSM-5 diagnosztikus kategóriák Szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavarok	BNO-10 diagnosztikus kategóriák Schizofrénia, schizotípiás és paranoid (deluzív) rendellenességek	ICD-11 diagnosztikus kategóriák Schizophrenia or other primary psychotic disorders
293.89 Katatónia	F20.0 Paranoid szkizofrénia	6A20 Schizophrenia
295.40 Szkizofreniform zavar	F20.1 Hebefrénia	6A20.0 Schizophrenia, first episode
295.70 Szkizoaffektív zavar	F20.2 Kataton szkizofrénia	6A20.1 Schizophrenia, multiple episodes
295.90 Szkizofrénia	F20.3 Nem differenciálható szkizofrénia	6A20.2 Schizophrenia, continuous
297.10 Paranoid pszichotikus zavar	F20.4 Szkizofrénia utáni depresszió	6A20.Y Other specified schizophrenia
298.80 Rövid pszichotikus zavar	F20.5 Reziduális szkizofrénia	6A20.Z Schizophrenia, unspecified
301.22 Schizotípiás zavar	F20.6 Szkizofrénia simplex	6A21 Schizoaffective disorder
Szer/gyógyszer kiváltotta pszichotikus zavar	F20.8 Egyéb szkizofréniák Coenaesthopatias szkizofrénia Szkizofreniform zavar k.m.n. Szkizofreniform pszichózis k.m.n.	6A22 Schizotypal disorder 6A23 Acute and transient psychotic disorder 6A24 Delusional disorder 6A25 Symptomatic manifestations of primary psychotic disorders Substance-induced psychotic disorders 6E61 Secondary psychotic syndrome 6A2Y Other specified schizophrenia or other primary psychotic disorders 6A2Z Schizophrenia or other primary psychotic disorders, unspecified

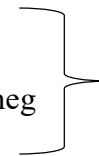
¹ <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/resources/bipolar-disorder-assessment-and-management-pdf-35109814379461> (letöltve: 2020. 04. 20.)

Pszichózis megelőzése

1. Alapellátás

Ha egy személyt distressz éri, csökken a szociális aktivitása és

- átmeneti vagy enyhe pszichotikus tünetekről számol be
- pszichózisra utaló élmények és/vagy viselkedés figyelhető meg
- családtagjai között van szkizofréniával érintett személy



A pszichózis kialakulásának kockázati tényezői

... az alapellátás feladata a páciens tovább küldeni a szakellátásba.

2. A pszichózis megelőzésének kezelési lehetőségei a szakellátásban

Ha egy személynél fokozott a pszichózis kialakulásának kockázata (a pszichózis kialakulásának kockázati tényezőinél összefoglaltak alapján) ajánljunk fel

- egyéni kognitív viselkedésterápiát (CBT), család bevonásával vagy anélkül
- olyan beavatkozásokat, amelyeket a NICE útmutatók alapján a szorongás, a depresszió, a személyiségzavar vagy a szerhasználat kezelése kapcsán alkalmazandók

Első pszichotikus epizód

Az első pszichotikus epizód korai beavatkozása során törekedni kell a beteg állapotának teljeskörű kezelésére, mely magában foglalja a farmakológiai, a pszichológiai, a szociális, a foglalkozási és az edukációs intervenciókat.

Tegyük elérhetővé a pszichózis ellátás korai beavatkozási lehetőségét minden olyan személy számára, akiknek az első kórházi megjelenésükről van szó, első pszichotikus epizód kapcsán, függetlenül a személy életkorától vagy a kezeletlen pszichózis időtartamától.

- A tünetek jelentkezhetnek lappangva vagy hirtelen, de a tünetek első jelentkezése és a kezelésbe vétel között átlagosan 1-2 év telik el (Herold, 2015)
- Az első pszichotikus epizód kialakulásától számíthatjuk a szkizofrénia korai progresszív fázisát (Lieberman és munkatársai, 2001)

Az első pszichotikus epizód kialakulásával a kezelés hangsúlya a deteriorizáció elkerülésére és a funkcionalitás megőrzésére helyeződik át. Kiemelten fontos, hogy a kezelés minél hamarabb elkezdődjön, hiszen minél hosszabb a tünetek első jelentkezésétől a kezelésbe vételig eltelt idő, annál rosszabb a betegség kimenetele (Tandon, Nasrallah és Keshavan, 2010).

1. Alapellátás

A háziorvos ne indítson el antipszichotikus gyógyszeres kezelést, konzultájon pszichiáterrel!

2. Állapotfelmérés (evaluation) és ellátás (care planning) tervezése

Igyekezünk a multidiszciplináris kezelés megvalósítására, és olyan szakellátó hellyel konzultálni, ahol a pszichiáter, a pszichológus, illetve a szkizofrénia és a pszichózis pszichológiai beavatkozásában szakértelemmel bíró szakemberek is elérhetők.

3. Pszichiátriai szakellátás

Az állapotfelmérésnek a következő tárgyköröket kell tartalmaznia:

- pszichiátriai (mentálhigiénés problémák, önmaguk vagy mások károsodásának kockázata, alkoholfogyasztás, valamint az előírt és a vény nélkül kapható kábítószer előzmények)
- orvosi, ideértve a kórtörténetet és a teljes fizikai kivizsgálást (beleértve az agyi rendellenességeket is), valamint a korábbi gyógyszeres kezeléseket, amelyek befolyásolhatták a pszichotikus tüneteket
- fizikai egészség és jólét (ideértve a súlyt, a dohányzást, a táplálkozást, a fizikai és szexuális aktivitást)
- pszichológiai és pszichoszociális, beleértve a társas kapcsolatokat és a traumákat
- társadalmi, kognitív és motoros fejlődés és készségek
- szociális (lakhatás, kultúra és etnikai hovatartozás, szabadidős tevékenységek)
- foglalkozási és oktatási (egyetemi jogviszony, iskolai végzettség, foglalkoztatás és napi életvitel)
- életminőség
- gazdasági helyzet

Kezelési lehetőségek

- Antipszichotikus gyógyszeres kezelés²
 - o az antipszichotikus terápia mellékhatásait (extrapiramidális, metabolikus, kardiológiai, hematológiai) monitorozni kell
 - o A gyógyszer megválasztását a kezelés megkezdésére javasolt kritériumok befolyásolják
 - o Kerülendő a rutinszerűen megszokott dózisok alkalmazása
 - o Az antipszichotikumok legtöbbje dopamin (D2) receptor blokkoló hatású. Léteznek első és második generációs gyógyszerek.
 - Első generációs antipszichotikumok: haloperidol, tiapride
 - Második generációs antipszichotikumok: risperidone, olanzapine, quetiapin, clozapin, paliperidone
 - Dopamin parciális agonista szer: aripiprazol, brexpiprazole, cariprazine
 - o Az antipszichotikumok tablettá, per os solutio, illetve injekció formában adhatók be.
 - o Depot antipszichotikum: tartós hatású beviteli forma, melyet injekció formában kap meg a páciens.
 - Alkalmazása meggondolandó:
 - Ha a beteg ezt preferálja egy akut epizód után
 - Olyan esetekben, ahol a kezelési tervvel való adherencia kérdéses
- Klinikai pszichológiai beavatkozások (családi és egyéni kognitív viselkedésterápia (CBT))
 - o **Tájékoztassuk a páciens, hogy a pszichológiai beavatkozások antipszichotikus gyógyszerekkel kombinálva hatékonyabbak**
 - o Azokban az esetekben, ha a páciens teljesen elutasító a farmakoterápiával szemben, akkor feltétlenül
 - kezdjük egyéni kognitív viselkedésterápiát (CBT)

² Forrás: Mersich B., Komoróczy E. (2019). Szkizofrénia és egyéb pszichotikus zavarok. In. Réthelyi János (szerk.) *Pszichiátria jegyzet orvostanhallgatóknak*. Budapest: Oriold kiadó, 65-81.

- Állapodjunk meg egy olyan időtartamban (legfeljebb 1 hónap) amíg áttekinti a kezelési lehetőségeket, ideértve az antipszichotikus gyógyszerek bevezetését is
- Folytassuk a tünetek, a szorongás, a szenvedésnyomás és a funkcionálás különböző szintjeinek monitorozását (pl. ismételten beszéljük át a tüneteket; megfigyelhető-e, hogy mikor erősebbek, mikor gyengébbek; az oktatás, a képzés, illetve a foglalkoztatás követésével könnyen monitorozhatóvá válik a páciens funkcionálítása és a betegségfolyás).

Pszichológiai intervenciók

Korai figyelmeztető jelek átbeszélése

- Depresszió, izoláció
- Személyes higiénia elhagyása
- Kifejezéstelen tekintet
- Inadekvát érzelmi reakciók
- Furcsa szóhasználat vagy beszédstílus

Családcsoport (pl. közösségi pszichiátria³)

- Olyan folyamatos gyógykezelés a beteg eredeti környezetében, ahol a közvetlen környezet (szociális ellátórendszer) erőforrásainak bevonásával kezeljük a betegséget
- Csoportos és egyéni formában is alkalmazható
- pszichoedukáció, relapszus-megelőzés, problémamegoldás, stressz-kezelés (ezáltal bevonva a családot a gondozásba, a hatékonyság érdekében)

Kognitív viselkedésterápiát (CBT) igyekezzünk egyéni foglalkozások keretein belül, legalább 16 ülést betervezve megtartani, mialatt

- a páciensek megérthetik a kapcsolatot gondolataik, érzéseik vagy cselekedeteik, valamint a jelenlegi vagy múltbéli tüneteik, és/vagy működéseik között;
- a páciensek megértik, hogy hiedelmeinek, meggyőződéseinek vagy érveléseinek átértékelése kötődik a kezelendő tünetekhez

Továbbá tartalmaznia kell a következőket:

- A különféle helyzetekben jelentkező saját gondolatok, érzések és magatartás figyelemmel kísérése, az aktuális vagy a rekurrens tünetek felismerésének érdekében (pl. játszótéren sétálva a hangzavarban hangokat hall, amiktől nagyon nyugtalanra válik ruminálni kezd, hogy külső forrástól származnak-e)
- A panaszhoz való (pl. hanghallások) alternatív viszonyulás elősegítése
- A szorongás csökkentése
- A funkcionálás javítása

Példák a pszichotikus zavarok kognitív viselkedés terápiai kezelésére⁴

- A hanghallások kognitív viselkedésterápiai kezelésében kulcsfontosságú a normalizáció (a hangok pontos tartalmának megismerése, a hangokkal kapcsolatos hiedelmek feltárása, realitásvizsgálat)
- A téveszmék kezelésének módszerei: gondolatnapló, a megelőző életesemények feltárása, a téveszmék megjelenésének, erősödésük, illetve halványulásuk körülményeinek feltérképezése, az esetleges ellentmondások megtalálása, majd

³ <https://ebredések.hu/>

⁴ Forrás: Kocsis-Bogár, K., Kiss, Zs. (2011). Különös élmények, különös logika. A hallucinációs és téveszmék kognitív szemlélete. Magyar Pszichológia Szemle 66 (1). 169.183.

a realitásvizsgálat a téveszme megkérdőjelezésével és az alternatív magyarázatok keresésével.

Családterápia / családkonzultáció, szociális munkás bevonásával

- Célja lehet a pl. stresszcsökkentés vagy a stigmatizáció csökkentése
- Magában foglalja a pszichózisban vagy a szkizofréniában szenvedő személyt is, amennyiben ez kivitelezhető a páciens és a család számára
- Idői keret: 3 hónap és 1 év között
- Tartalmazzon legalább 10 betervezett ülést
- Vegye figyelembe az egész család preferenciáját, pl. mit tart a család a legfontosabb problémának
- Vegye figyelembe a gondozóorvos és a beteg kapcsolatát
- Speciális támogató, edukatív és kezelési funkcióval bír, mely tartalmaz problémamegoldó és válságkezelő elemeket is

Relapszus prevenció

- Családgondozás
- Pszichoedukáció a család bevonásával
- Korai figyelmeztető jelek monitorozása
- Gyógyszer-compliance tréningje (pl. motivációs interjú alkalmazása)
- Stresszkezelés (kommunikáció, problémamegoldás)
- Napirend kialakítása (képességfejlesztés)

A pszichológiai intervenciókhoz szükséges kompetenciák

- Megfelelő szintű képzéssel rendelkeznek a pszichózis és a szkizofrénia kezelésére vonatkozóan
- Rendszeres szupervízióban részesülnek

Szubakut és akut pszichózis és szkizofrénia

Kezelési lehetőségek akut vagy rekurrens pszichózis és szkizofrénia esetén

- antipszichotikus gyógyszeres kezelés
- pszichológiai beavatkozások (családi és egyéni CBT)

Pszichológiai és pszichoszociális intervenciók

1. Ajánljon CBT-t minden pszichózisban vagy szkizofréniában szenvedő beteg számára
2. Kínáljon családterápiát a zavarban szenvedő páciens, illetve minden olyan ember számára, akik együtt élnek, vagy szoros kapcsolatban vannak a zavarban szenvedővel
3. Fontolja meg művészetterápia alkalmazását is, különösen a negatív tünetek enyhítése kapcsán
 - A művészetterapeuta legyen regisztrált szakember
 - A beavatkozást csoportos formában érdemes megvalósítani
 - A művészetterápia során igyekezzenek pszichoterápiás elemek alkalmazására is, ezáltal segítve
 - A másokkal való kapcsolattartás új módjainak kidolgozását
 - Az önkifejezést és a saját tapasztalatai megfogalmazását
 - Saját érzéseik elfogadását és megértését

A különböző intervenciók elkezdhetők az akut szakaszban vagy a későbbi osztályos kezelése során is.

Ha a pszichológiai intervenciókat már az osztályos kezelés során elkezdjük, a munkát folytatni kell az osztályos kezelés befejezése után is.

Ne ajánljon fel rutinból szupportív pszichoterápiát, „adherence” terápiát, szociális készségfejlesztő tréninget, specifikus intervencióként.

Korai poszt-akut időszak

A pszichoanalitikus és a pszichodinamikai alapelvek által segíthetjük a pszichózissal vagy a szkizofréniával élő pácienseket tapasztalataik és interperszonális kapcsolataik megértésében.

Informáljuk, hogy a visszaesés kockázata magas, ha abbahagyja a gyógyszert a következő 1-2 évben.

Hatékonyságvizsgálatok

Johns, Isham és Manser (2020) 20 metaanalízist vizsgált, melyben 55 különböző kísérleti kritériummal bíró CBT kutatás eredményei kerültek áttekintésre. A különböző kutatások vizsgálati eredményei konzisztensek, a CBT hatása a szkizofrénia pozitív tüneteinek redukciójának vonatkozásában bizonyult a legerősebbnek, még a gyógyszeres kezelés ellenére is fennmaradó tünetekkel rendelkező páciensek esetében is. A CBT hatékonysága mind a hallucinációk (Thomas és munkatársai, 2014), mind a téveszmék (Mehl, Werner és Lincoln, 2015) vonatkozásában bizonyított. A kognitív viselkedésterápiás elemek hatékonyságának vizsgálata eddig kizárólag a gyógyszeres kezelés adjuváns terápiájaként történt, ugyanakkor egy friss RCT (randomizált kontrollált) kísérletben az antipszichotikus gyógyszerek és a CBT, kizárólag az antipszichotikumok, illetve kizárólag a CBT alkalmazásával kapcsolatban azt találták, hogy a CBT is potenciálisan segíthet olyan betegeknél, akik úgy döntenek, hogy nem folytatnak gyógyszeres terápiát (Morrison és munkatársai, 2018). A CBT pozitív tünetekre gyakorolt hatása mellett a negatív tünetek (Grant, Huh, Perivoliotis, Stolar és Beck, 2012; Klingberg és munkatársai, 2011; Staring, ter Huurne, és van der Gaag, 2013), és a depresszió (Peters és munkatársai, 2010), vonatkozásában is bizonyított, ugyanakkor a distresszre és a funkcionalitásra csak enyhe hozzájárulás van, az életminőségre pedig nincs hatása (Laws, Darlington, Kondel, Mckenna, és Jauhar, 2018).

Bár a mentális zavarral élőkkel szembeni stigmatizáció jól ismert, és fokozottan mutatkozik meg a szkizofrénia vonatkozásában, a fentiekből látható, hogy a pszichózisok esetében a komplex kezelésre elengedhetetlen, továbbá az adekvát farmakoterápián túl, pszichoszociális intervenciók, illetve kognitív módszerek alkalmazását is magában foglalja. És bár a kognitív viselkedésterápia hatékonysága bizonyított, fontos, hogy a kognitív terápiát a szkizofréniában való alkalmazásra igazítsuk. Turkington (2005) alapján a legfontosabb, egy olyan specifikus terápiás stílus a pszichotikus zavarok kognitív viselkedésterápia során mely a következőket foglalja magába:

1. Elköteleződés

- A pszichotikus emberekkel folytatott munkában törekedni kell olyan stílus kialakítására, melynek a következő elemekkel kell rendelkeznie: empátia, hitelesség, nyitottság, és feltétel nélküli pozitív elfogadás (kiemelten fontos, hogy nem csupán a beteg, hanem a tünetek vonatkozásában is megvalósuljon)
- Alapelv: először dolgozzunk a kliens saját modelljével, a konfrontáció a pszichotikus zavarok esetében nem alkalmas a közös koncepció kialakításában
- a kommunikáció legyen egyenrangú, a személy hiedelmeinek figyelembe vételével, hiszen az ilyen hiedelmeknek jelentésük van

2. Tervezés

- A szkizofrénia kognitív terápiája lehet lassú folyamat

- Helyénvaló lehet, hogy minden ülésre csak egy célt tűzünk ki
 - Napirendi pontok készítése és megtárgyalása, sok és folyamatos visszajelzés
 - A betegnek legyen elég ideje legyen arra, hogy megértse a terápiás folyamatot
- 3. Konfrontáció kerülése**
- A beteg elszigetelődéséhez és a tünetek fennmaradásához vezethet
 - Csökkenti a valóság vizsgálat kialakításának lehetőségét
 - Növelheti a téveszmékről való meggyőződöttséget
 - Helyette: alternatívák felsorolása százalékkal jelölve a személy hiedelmének erősségét, ezáltal segítve a tünetredukciót
- 4. Pontosság és következetesség**
- Segíti a magyarázó elméletekkel dolgozó szisztematikus munka irányát
- 5. Tünetekkel való megküzdés fontossága**
- a kommunikáció legyen egyenrangú, a személy hiedelmeinek figyelembevételével, hiszen az ilyen hiedelmeknek jelentőségük/ tartalmuk van

Magyar nyelvű szakirodalom

- Harangzó J. (2019). Kognitív viselkedésterápiás lehetőségek pszichotikus zavarok esetében. In: Perczel-Forintos D., Mórotz K. (szerk.). *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 637-652.
- Herold R., Simon M., Fekete S., Tényi T. (2015). Szkizofréniaspektrum és más pszichotikus zavarok. In: Füredi János, Németh Attila (szerk.). *A pszichiátria magyar kézikönyve*, 5. kiadás. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 233-255.
- Mersich B., Komoróczy E. (2019). Szkizofrénia és egyéb pszichotikus zavarok. In: Réthelyi János (szerk.) *Pszichiátria jegyzet orvostanhallgatóknak*. Budapest: Oriold kiadó, 65-81.
- Tringer L. (2010). *A pszichiátria tankönyve*, 4.kiadás. Budapest: Semmelweis Könyvkiadó.

Hivatkozásjegyzék

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5 referencia-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
- Grant, P. M., Huh, G. A., Perivoliotis, D., Stolar, N. M., és Beck, A. T. (2012). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 69(2), 121–127.
- Johns, L., Isham, L., és Manser, R. (2020). Cognitive Behavioural Therapies for Psychosis. In: Badcock, J., Paulik, G. (2019). *A Clinical Introduction to Psychosis*. Academic Press, 343-377.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (2005). Guides to individualized evidence-based treatment. *Cognitive therapy of schizophrenia*. Guilford Press.
- Klingberg, S., Wolwer, W., Engel, C., Wittorf, A., Herrlich, J., Meisner, C. (2011). Negative symptoms of schizophrenia as primary target of cognitive behavioral therapy: Results of the randomized clinical TONES study. *Schizophrenia Bulletin*, 37(Suppl 2), 98-110.
- Kocsis-Bogár, K., Kiss, Zs. (2011). Különös élmények, különös logika. A hallucinációs és téveszmék kognitív szemlélete. *Magyar Pszichológia Szemle* 66 (1). 169.183.
- Laws, K. R., Darlington, N., Kondel, T. K., Mckenna, P. J., és Jauhar, S. (2018). Cognitive behavioural therapy for schizophrenia-outcomes for functioning, distress and quality of life: A meta-analysis. *BMC Psychology*, 6(32), 1–10.
- Mehl, S., Werner, D., és Lincoln, T. M. (2015). Does cognitive behavior therapy for psychosis (CBTp) show a sustainable effect on delusions? A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6, 1450.

- Morrison, A. P., Law, H., Carter, L., Sellers, R., Emsley, R., Pyle, M. (2018). Antipsychotic drugs versus cognitive behavioural therapy versus a combination of both in people with psychosis: A randomised controlled pilot and feasibility study. *The Lancet Psychiatry*, 5(5), 411–423.
- National Institute for Health and Care Excellence (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management (CG178). Elérhető: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178> [Letöltve: 2020.04.10.]
- Peters, E., Landau, S., McCrone, P., Cooke, M., Fisher, P., Steel, C. (2010). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for psychosis in a routine clinical service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(4), 302–318.
- Staring, A. B. P., ter Huurne, M.-A. B., és van der Gaag, M. (2013). Cognitive behavioral therapy for negative symptoms (CBT-n) in psychotic disorders: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(3), 300–306.
- Thomas, N., Hayward, M., Peters, E., Van Der Gaag, M., Bentall, R. P., Jenner, J. (2014). Psychological therapies for auditory hallucinations (voices): Current status and key directions for future research. *Schizophrenia Bulletin*, 40 (Suppl. 4).
- Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. (2010). Schizophrenia, “just the facts” 5. Treatment and prevention. Past, present, and future. *Schizophr Res*;122(1–3):1–23
- Lieberman JA, Perkins D, Belger A, Chakos M, Jarskog F, Boteva K. (2001). The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biol Psychiatry*;50(11):884–897
- World Health Organization (2004). *BNO-10 zsebkönyv*. Animula Kiadó, Budapest.

Hasznos honlapok a témában

- <https://www.manchester.ac.uk/discover/news/cognitive-therapy-safe-and-acceptable-to-treat-schizophrenia/>
- <https://semmelweis.hu/pszichiatria/betegellatas/nappali-korhaz-tematikus-kethetes-csoportok/a-szkizofrenia-tunetei-es-kezelese/>
- <https://ebredesek.hu/>

Az összefoglalót készítette Prof. Dr. Perczel-Forintos Dóra és Szekeres Tamás