

اسکیزوفرنی، زمان تعهد به تغییر سیاست

گزارش به روز شده سال ۲۰۲۴

سیلوانا گالدرسی

داوی کائور

پتر کری

بلیندا لنوکس

استفن ماردر

تینا ماتیوز - هیس

دیوید مک دید

سایین مولر

فیونا نولان

مریت نوردنتوفت

داینیوس پاوالکیس

جان اندرز

تومیکی سامی یوشی

ترجمه: دکتر جمیله محتشمی

دانشیار و عضو هیئت علمی

دانشگاه

تابستان ۱۴۰۳

FOR TRANSLATION

Please note that this translation while done with authorisation from the Oxford Health Policy Forum CIC, is not endorsed or created by the Oxford Health Policy Forum CIC or the authors of the original report. They are not liable for any errors, inaccuracies, or misinterpretations that may arise from the translated content. For a copy of the original report, available in English please visit <https://www.oxfordhealthpolicyforum.org/our-work/schizophrenia/>

The original English language version of this report was supported by an independent medical educational grant from Boehringer Ingelheim International GmbH, and an unrestricted educational grant from H. Lundbeck A/S. Neither organisation have had influence on, or input into the development or the performance of the original English language version of the report.

لطفاً توجه داشته باشید که این ترجمه با مجوز انجمن سیاست سلامت آکسفورد

Oxford Health Policy Forum CIC یا نویسندگان گزارش اصلی انجام شده است.

با این حال، آنها در قبال هر گونه خطا، نادرستی یا سوء برداشت که ممکن است از محتوای ترجمه شده ناشی شود، مسئولیتی ندارند. برای تهیه یک کپی از گزارش اصلی که به زبان انگلیسی موجود است، لطفاً به سایت زیر مراجعه کنید

<https://www.oxfordhealthpolicyforum.org/our-work/schizophrenia/>

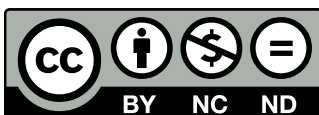
نسخه اصلی این گزارش به زبان انگلیسی توسط یک کمک هزینه تحصیلی پزشکی مستقل از

Boehringer Ingelheim International GmbH و یک کمک هزینه آموزشی

نامحدود از H. Lundbeck A/S پشتیبانی شده است. هیچ یک از سازمان ها بر توسعه

یا عملکرد نسخه انگلیسی زبان اصلی گزارش تأثیری نداشته اند.

فروم خط مشی سلامت آکسفورد CIC یک شرکت غیرانتفاعی است که برای منفعت و علاقه جامعه در انگلستان و ولز ثبت شده است (شماره ثبت: ۱۰۴۷۵۲۴۰). فروم خط مشی سلامت آکسفورد CIC برای توسعه نوآوری های خط مشی وقف شده است که هدف آن دستیابی به بهترین نتایج ممکن برای مردمی است که با شرایط متغیر زندگی، زندگی می کنند و برای کسانی که از آنها مراقبت می کنند.



۴	مقدمه
۶	نویسندگان و مشارکت کنندگان
۷	خلاصه اجرایی
۸	توصیه ها برای تغییر
۱۰	درباره اسکیزوفرنی
۱۰	اسکیزوفرنی چیست؟
۱۰	نشانه های اسکیزوفرنی
۱۱	دلایل اسکیزوفرنی چیست؟
۱۲	تشخیص اسکیزوفرنی
۱۳	اثرات اسکیزوفرنی
۱۳	تأثیر اسکیزوفرنی بر افراد مبتلا
۱۶	تأثیر اسکیزوفرنی بر مراقبت کنندگان و خانواده ها
۱۷	تأثیرات اجتماعی اقتصادی اسکیزوفرنی
۲۰	مسیر بیمار
۲۰	سفر بیمار اسکیزوفرنی
۲۱	هدف از درمان: به سمت بهبودی
۲۲	توصیه های علمی در اسکیزوفرنی
۲۲	توصیه ها در تشخیص
۲۲	توصیه ها در اهداف (تارگت) دارویی جدید و مداخلات تحریک مغز
۲۵	درمانهای اسکیزوفرنی
۲۵	مقدمه
۲۷	داروهای ضد روانپریشی
۲۹	درمان های روانی اجتماعی
۳۴	مدیریت همبودی ها (کوموربیدیتی)
۳۶	چشم انداز خط مشی برای اسکیزوفرنی
۳۶	زمینه تاریخی
۳۷	امروز
۴۱	چه چیز بیشتری می توان انجام داد؟
۴۱	درمان
۴۲	رفتن فراتر از درمان
۴۴	مراقبت از مراقبت دهنده
۴۵	توانمندسازی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی
۴۷	شروع از جایی: نمونه ها (موارد) الهام بخش از هر جایگاهی
۵۰	اختصارات
۵۱	منابع

اسکیزوفرنی به عنوان یکی از پیچیده ترین اختلالات روانپزشکی شناسایی شده است؛ در هم تنیده شده هم در سوء برداشت ها و هم حقیقت. از نظر تاریخی، کسانی که به عنوان اسکیزوفرنی تشخیص داده شده بودند، افرادی بودند که اغلب با زندگی آنها هم ترس و هم تمجید از طریق چالش های مهم شامل مرگ و میر زودتر، همراه بود. با این وجود، افرادی مثل موزیسین سوئدی، Ted Gardstad، ریاضیدان، John Nash و نویسنده Zelda Fitzgerald که سهم قابل توجه ای در حوزه هایی نظیر هنر، موسیقی، ریاضی و علوم که نمایانگر استعداد استثنایی آنها در میان مبارزه آنها می باشد، داشته اند، مبتلا به این بیماری بودند.

طی دوران من در دانشگاه، دوستی تجربیاتش را در زمینه حملات روانپریشی با من به اشتراک گذاشت - سفرهای پرهیاهو که اغلب در سوانح و بلایا به اوج می رسد و کارکنان سلامت روانی در بهبودی اش نقش حیاتی بازی می کنند. این دوره مقارن شد با پایان یافتن آخرین موسسات سلامت روانی سوئدی؛ یک حرکت گفتمانی مقتصدانه در (این) زمان. ما حالا درک می کنیم که موسسه زدایی، اغلب بدون مراقبت آلترناتیو اجرا می شود، و منجر به عواقب زیادی می گردد. گرچه استانداردهای مراقبتی بهبود یافته است، افراد مبتلا به اسکیزوفرنی هنوز با امید به زندگی کاهش یافته، با تاکید بر نیاز به شناسایی نیازمندی های اختصاصی آنها در مراقبت سلامت روانی و بحث های خط مشی، مواجه هستند.

اولین چاپ در سال ۲۰۱۴ بود، این گزارش در طی یک دوره زمانی، هنگامی که سلامت روانی به عنوان یک حیطة ایستا و راکد درک شد، به وجود آمد. اخیراً، من احیایی در اهمیت سیاست سلامت روانی را مشاهده کرده ام، که به میزان زیادی این جنبش به واسطه شروع بیماری کووید-۱۹، و افزایش آگاهی پیوند درونی بین سلامت روانی و جسمی، بوده است. این موضوع، سلامت روانی را به طرف خط مشی برنامه کار (agenda) سوق داده است. سازمانی های نظیر اتحادیه اروپا و سازمان بهداشت جهانی، در کنار کشورهای مختلف، حالا به مراقبت سلامت روانی به عنوان یک اولویت، توجه می کنند. واقعیت گرایی چالش های سلامت روانی می تواند بر هرفردی تاثیر گذارد، به همراه قدردانی از مزایای آگاهی از سلامت روانی در محیط کار و ارتباط واضح احساس خوب بودن روانی و جسمی، به این تغییر جهت مثبت در خط مشی ها، دامن زده است.

به هر حال، در بحبوحه این تغییرات مرزی در سیاست سلامت روانی، خطری وجود دارد که نیازهای ناهمگون و متفاوت افرادی که بیماری های روانی شدید دارند، نظیر اسکیزوفرنی، ممکن است که تحت الشعاع قرار گرفته شود. ما همگی قدردان مزایای شناسایی سلامت روانی از طریق قانون گذاری و دستورالعمل هاشف هم برای افراد و هم جامعه هستیم. سئوالی که باقی می ماند این است: آیا این تلاش ها برای پوشش نیازمندی های بیماری های روانی شدید، کافی است؟ بدون شک، رویکرد، نیاز به پیچیدگی بیشتری دارد، از حمله این که جامع باشد، در برگیرنده خط مشی ها، دستورالعمل های درمان، و نوآوری علمی باشد؛ و همگی با یکدیگر جهت تسهیل در پیشبرد واقعی، کار کنند.

نویسندگان گزارش اصلی یک نقش حیاتی در افزایش پروفایل سلامت روانی در مباحث خط مشی ای، بازی می کنند. من قدردانی عمیق خود را به آنها و به ۱۳ نویسنده این آخرین نسخه، ابراز می کنم. تخصص مورد انتظار آنها در زمینه سلامت روانی، به ویژه اسکیزوفرنی، بصیرت گرانبها و بارزشی به پیشرفت در علم، مراقبت بهداشتی و خط مشی ها، عرضه می کند. فداکاری و همدلی آنها در سرتاسر طراحی این گزارش، مشهود می باشد.

نوآوری در علوم اعصاب، به ویژه در پژوهش و توسعه دارویی، در این حیطة چالشی و بغرنج و پیچیده، را به دنبال دارد. ما از سازمان هایی نظیر Lundbeck and Boehringer Ingelheim نه تنها برای حفظ کردن علاقه توسعه این حیطة، بلکه فراهم کردن گرانت های آموزشی مستقل جهت ارتقای دانش در این حیطة، تشکر می کنیم. این مشارکت ها در تسهیل تولید این گزارش، ضروری بوده است.

این گزارش نیازهای اختصاصی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی را کند و کاو، و سنجش های حمایتی برای رفاه آنها را کشف کرده است. در حالی که ممکن است برای بعضی خیلی دیر باشد، نظیر دوستان دانشگاهی من، هیچ وقت برای شروع تغییر خیلی دیر نیست. این از طریق توصیه های عملی و قابل دسترس برای تغییر، برجسته و مشخص شده است. پیام ما به همه ملت ها، سیاست گذاران، پرداخت کنندگان و کارکنان حرفه ای مراقبت بهداشتی صریح و بدون ابهام این است: هدف برای عالی بودن، اما مهم تر - از جایی شروع کردن.

Kajsa Wilhelmsson, LLM and MSc
Acting Director, Oxford Health Policy Forum CIC

یک کلمه بر زبان

چطور بهتر به افرادی که به اسکیزوفرنی مبتلا هستند مراجعه کنیم؟ یک سؤال احساسی و گاهی اوقات بحث برانگیز است. واژه "بیمار" در یک زمینه پزشکی مناسب است، اما ممکن است برای شخصی که در جامعه زندگی می کند، خیلی بالینی باشد. واژه هایی نظیر "استفاده کننده خدمات"، "مراجع" و "مصرف کننده"، در برخی از کشورها و جایگاه ها استفاده می شود، اما آنها اغلب به خوبی در جای دیگری ترجمه نمی شوند. در این گزارش نویسندگان برای زمانی که جایگاه دقیقا بالینی است، واژه "بیمار" را انتخاب کرده اند، اما "شخص مبتلا به اسکیزوفرنی" (یا مشابه) در سایر زمینه ها استفاده می شود.

گزارش اصلی و این تکرار جدید توسط مجموعه ای از نویسندگان ممتاز و برجسته، خلق شده است :

نویسندگان گزارش به روز شده

Professor Silvana Galderisi (Chair)

The University of Campania "Luigi Vanvitelli", Naples, Italy

Ms Davi Kaur

Caregiver, Antwerp, Belgium

Mr Péter Kéri

GAMIAN-Europe, Brussels, Belgium

Professor Belinda Lennox

University of Oxford, Warneford Hospital, Oxford, UK

Professor Stephen R Marder

Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior, UCLA, and the VA Desert Pacific Mental Illness Research Education and Clinical Center, Los Angeles, CA, USA

Professor David McDaid

London School of Economics and Political Science, London, UK

Ms Tina Matthews-Hayes

Seaside Behavioural Centre, Virginia Beach, VA, USA

Professor Sabine Müller

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

Professor Fiona Nolan

Anglia Ruskin University, Chelmsford, UK

Professor Merete Nordentoft

University of Copenhagen, Glostrup, Denmark

Professor Dainius Pavalkis

Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Lithuania

Mr John Saunders

EUFAMI, Brussels, Belgium

Professor Tomiki Sumiyoshi

National Center of Neurology and Psychiatry, Tokyo, Japan

نویسندگان گزارش اصلی

Professor Wolfgang Fleischhacker (Chair)

Medical University Innsbruck, Innsbruck, Austria

Professor Celso Arango

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM, Madrid, Spain

Mr Paul Arteel

GAMIAN-Europe, Brussels, Belgium

Professor Thomas R E Barnes

Imperial College London and West London Mental Health NHS Trust, London, UK

Professor William Carpenter

Maryland Psychiatric Research Center, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, MD, USA

Dr Ken Duckworth

National Alliance on Mental Illness, Arlington, VA, USA

Professor Silvana Galderisi

The University of Campania "Luigi Vanvitelli", Naples, Italy

Professor Martin Knapp

London School of Economics and the Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK

Professor Stephen R Marder

Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior, UCLA, and the VA Desert Pacific Mental Illness Research Education and Clinical Center, Los Angeles, CA, USA

Professor Norman Sartorius

Association for the Improvement of Mental Health Programmes, Geneva, Switzerland

این فعالیت توسط یک برنامه آموزشی پزشکی مستقل از طرف GmbH Boehringer Ingelheim International و یک گرانت آموزشی بدون محدودیت از طرف S/A kcebdnuL.H حمایت شده است. نه هیچ سازمانی روی آن تاثیر گذاشته نه درون دادی برای توسعه و اجرای این فعالیت، وجود داشته است.

همچنین ما از حمایت و درون داد توسط افراد زیر نیز ممنون هستیم:

Ruth Bentley, Will Carpenter, Rachael Chandler, Anna Dahlberg, Ronan Doyle, John Findlay, Anja KareontusPVedelsby, Louise Kimby, Hussein Manji, Christine Marking, Neil More, Lindsay Perera, Millie Ryan, Stralin and Elizabeth Webb.

خلاصه اجرایی

این گزارش بر اساس نسخه قبلی که در سال ۲۰۱۴ چاپ شده، ساخته شده است، که مرور جامعی از درک جاری و اجماع میان یک پانل جهانی از افراد حرفه ای سلامت روانی، دانشگاهیان، بیماران و مراقبت دهندگان با تخصص و تجربه در زمینه اسکیزوفرنی را ارائه می دهد. ضرورت این بازبینی از پیشرفت های ایجاد شده طی ده سال اخیر، دربرگیرنده پیشرفت های در استانداردهای کار بالینی، توسعه خط مشی و علوم نوظهور، سرچشمه گرفته است. تمرکز بیشتر بر سلامت روانی توسط سیاستمداران، پتانسیل برای تغییر مرزها را مشخص می کند (مضمون اصلی واضح است: اولویت بندی دسترسی هر فرد به مراقبت کیفی و حمایت اجتماعی، بدون توجه به موانع جغرافیایی و اقتصادی، مهم ترین است. علاوه بر این، شناسایی و ارزش گذاری مشارکت های حیاتی خانواده ها و سایر مراقبت دهندگان، بر اهمیت است. این موضوع به ویژه در زمینه اختلالات شدید روانی نظیر اسکیزوفرنی، حکایت کسانی که نیازمند هستند و مورد غفلت قرار می گیرند، واقعیت دارد. همچنین حکایت کسانی است که یکی از افراد برجسته مشارکت مهم و نوآورانه ای در بافت فرهنگی و اجتماعی ما، می سازد. واژه اسکیزوفرنی یک اختلال روانی را توصیف می کند که با تفکر غیر عادی، آشفتگی درکی، ابراز هیجانی کم یا اغراق آمیز، گفتار کم و ناهنجاری هایی در وضعیت روانی/حرکتی، مشخص می شود. تخمین زده می شود که اسکیزوفرنی حداقل ۲۴ میلیون نفر را به طور مستقیم و دو برابر این تعداد را غیر مستقیم) برای مثال مراقبت دهندگان (در سراسر جهان تحت تاثیر قرار داده است که منجر به هزینه های بالایی برای افراد، همین طور سیستم مراقبت بهداشتی و در سطح وسیع تر برای جامعه می گردد. مطالعات نشان داده اند که در مقایسه با سایر موقعیت های سلامت روانی، اسکیزوفرنی بالاترین میانگین هزینه اجتماعی را به ازای هر بیمار در سراسر جهان دارد.

اسکیزوفرنی معمولاً در اوایل بزرگسالی بروز پیدا می کند که تاثیر چشمگیری بر روی کیفیت زندگی در سراسر عمر می گذارد. افراد مبتلا با یک کاهش سال امید به زندگی در مقایسه با جمعیت کلی مواجه می شوند. افراد مبتلا به اسکیزوفرنی به طور مکرر با موقعیت های سلامت روانی همراه از ۲۰-۱۵ دوران کودکی، جایی که تشخیص اولیه ممکن است به این خاطر که آنها دارند به مرحله بزرگسالی می روند، مخفی شود یا شناسایی اسکیزوفرنی با تاخیر انجام شود، مواجه می شوند. مداخلات اولیه و زودهنگام، باعث دوام بهبودی علائم بیش از یک دوره ۵ ساله می شود. بنابراین تشخیص فوری و سریع، مدیریت جامع علائم اسکیزوفرنی و درمان بیماری های جسمی و روانی همراه حیاتی هستند، یک رویکرد یکپارچه و منسجم از طرف کارکنان حرفه ای مراقبت بهداشتی و حمایت قوی از طرف سیستم مراقبت بهداشتی، ضروری می باشد داروهای رایج ضد روانپریشی به طور موثر حملات روانپریشی را کنترل می کند و در ۸۵ درصد موارد، علائم اولیه اسکیزوفرنی را تسکین می دهند. همچنین با استفاده طولانی مدت، ۶۰ درصد کاهش در عود سایکوز و کاهش رفتارهای خودکشی را نشان می دهند. به هر حال داروهایی که جدیداً در دسترس قرار گرفته اند، اثرات محدودکننده بر علائم منفی ناتوان کننده نظیر فقدان انگیزه، که به عنوان تخریب شناختی و انگیزشی شناخته می شوند، دارند. شواهد قوی وجود دارد که این داروها بر روی جنبه های مهم زندگی نظیر کار، روابط بین فردی و فعالیت زندگی روزانه، تأثیری ندارند. بدون شناسایی این عوامل ناتوان کننده، افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در زندگی روزمره اش، کشمکش هایی خواهند داشت. ضرورت درمان های جدید به منظور هدف قرار دادن این حیطه ها، حیاتی است و اینکه حکایت از پیشرفت نوید بخش دارد. علاوه بر داروهای ضد روانپریشی، مداخلات روانی/اجتماعی از طریق درگیر کردن خانواده ها در درمان تا ۲۰ درصد نه تنها بهبودی را تقویت می کند، بلکه راه حل های مقرون به صرفه را نیز فراهم می نماید، عود بیماری و بستری شدن را کاهش می دهد. با اینکه موسسه زدایی، بهترین پیامد ممکن را عرضه می کند، هنوز سرمایه گذاری های مالی، ساختاری و استراتژیک در خدمات مبتنی بر جامعه برای اجرای این راهبردها، مورد نیاز است. محیطی که از بهبودی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی حمایت کند، می تواند کمک کننده باشد. برای مثال افراد مبتلا به اسکیزوفرنی احتمالاً ۶-۷ بار بیشتر از جمعیت کلی، بیکار می شوند و تنها ۲۰-۱۰ درصد آنها واقعاً مشغول به کار اقتصادی و رقابتی هستند. بیش از یک سوم افراد بی خانمان در آمریکا، اسکیزوفرنی دارند و ۵۱ درصد افراد اسکیزوفرنی در اروپا، بی خانمانی را تجربه کرده اند. همچنین تماس با سیستم عدالت مجرمانه (قضایی)، شایع می باشد. نگرانی در مورد افزایش خطر بی خانمانی یا محکومیت زندان همراه با اسکیزوفرنی وجود دارد. همچنین افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در معرض خطر بالاتری برای مرگ زوردرس در اثر بیماری های قلبی یا عفونی، یا خودکشی یا دیگر کشی هستند. اضافه بر این، بار مراقبتی که این بیماری بر روی مراقبت کنندگان قرار می دهد، مشخص می کند که حمایت بهتر در تمام جنبه ها مورد نیاز است. لذا بهبود مراقبت از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی باید یک اولویت در خط مشی مراقبت بهداشتی باشد علی رغم رشد در شناسایی، هنوز منابع برای مراقبت سلامت روانی کافی نمی باشد. این منابع به طور مساوی توزیع نشده اند و به طور موثر مورد استفاده قرار نمی گیرند.

تعداد کارکنان حرفه ای سلامت روانی به طور نگران کننده کم است، فقط ۹ نفر به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر به طور کلی وجود دارد، و ۱/۷ میلیون کارمند در

کشورهای با درآمد پایین و متوسط مورد نیاز است. پیشگامان مختلف نظیر بانک جهانی و سازمان بهداشت جهانی به این تلاش ها پیوسته اند، طرح عملی سلامت روانی، و شمول سلامت روانی در اهداف توسعه پایدار سازمان ملل، حمایت سیاسی را برجسته کرده است. رویکردهای نوین نظیر استفاده

از غیر متخصصین برای ارائه خدمات و ابزارهای دیجیتال برای غربالگری و درمان، کشف شده اند. به هر حال، یک نیاز جهانی برای ارائه دهندگان بیشتر مراقبت سلامت روانی وجود دارد؛ حتی با کشورهای مرفه و ثروتمند که با خلاء های خدماتی مهمی مواجه می شوند.

این موقعیت یک تعهد جهانی را به منظور بهبود مراقبت سلامت روانی، تطابق مداخلات موفق از طریق جایگاه های متفاوت، و اطمینان از دسترسی

مساوی و برابر به خدمات با کیفیت سلامت روانی برای همه به ویژه در جوامع کم برخوردار، فرا می خواند.

در این گزارش، گروه نویسندگان، مجموعه ای از توصیه ها را ارائه می دهند و برای خواست سیاسی قوی و تعهد اجتماعی به بهبود پیامدها برای تمام مردم که تحت تاثیر اسکیزوفرنی قرار گرفته اند، ابراز امیدواری می کنند.

توصیه ها برای تغییر

به منظور بهبود زندگی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و آنهایی که تحت تاثیر این بیماری قرار گرفته اند و کاهش بار اجتماعی، ما باید شروع به ایجاد تغییراتی کنیم؛ مهم نیست چقدر کوچک باشند. در حالی که تجزیه و تحلیل ما در این گزارش رویکردها و توصیه های مختلف را شناسایی می کند، اولویت توصیه های ما شامل موارد زیر می باشد:

- **بهینه ساختن درمان اسکیزوفرنی**
اختصاص دادن سرمایه (پول، بودجه) دولتی جهت پژوهش در مراقبت بهداشتی، سازمان و ارایه مراقبت اجتماعی، تمرکز بر رویکردهای فرا رشته ای .
- اطمینان از دسترسی مستقیم به مراقبت متخصص شامل روانپزشکان، پرستاران متخصص، حمایت روان درمانی و روانی / اجتماعی .
- -گرچه این مورد از طریق مراکز اختصاص داده شده یا خدمات جامعه ارایه می شود، بستگی به کشور، زمینه جغرافیایی و سیستم بهداشتی دارد.
- اطمینان از دسترسی به تیم های چند رشته ای تا قادر به ارایه بررسی مراقبت شخصی جامع و مراقبت یکپارچه / انفرادی، به علاوه طرح های حمایتی گسترده باشد .
- اطمینان از تداوم مراقبت در طی انتقال از خدمات دوره نوجوانی به دوره بزرگسالی .
- ساخت طرح های درمانی با مشارکت بیمار و تعلق مراقبت دهنده شامل :
-یک طرح مراقبتی و مدیریت بحر ان؛
-شناسایی گزینه های بهبودی و اهداف شخصی برای بهبودی ؛
-اخطار در مورد عوارض جانبی احتمالی جسمی و روانی به منظور پیشگیری از ترک درما ن؛
■ نفوذ و کاربرد نوآوری دیجیتال در مسیرهای پژوهش، درمان و مراقبت .
■ درنظر گرفتن مداخلات در بحر ان سیار.
- **فرا تر از درمان رفتن**
یکپارچه کردن تعلیم سلامت روانی به درون تمام سطوح آموزشی مراقبت سلامتی، عرضه آموزش تخصصی اضافی برای دنبال کنندگان مشاغل سلامت روانی .
- الویت بندی بهبودی، برای مثال رسیدن به یک زندگی با ارزش تر و کامل تر، همانگونه که هدف اولیه درمان است .
- اطمینان از درگیر شدن افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و مراقبت دهندگان انتخاب شده آنها هنگام تصمیم گیری در مورد آن خدماتی که مورد نیاز است (برای مثال امنیت مالی، خانه داری حمایت شده، تماس ها با مددکاران اجتماعی، حمایت شغلی و باز توانی) و اینکه چگونه این موارد باید فراهم شو د.
- اطمینان از طرح های درمانی جامع و کلی با درنظر گرفتن حمایت اجتماعی و بیماری های همبو د.
- **مراقبت از مراقبت دهندگان**
■ فراهم کردن حمایت از مراقبت دهندگان و خانواده ها .
■ فراهم کردن برنامه های آموزشی برای مراقبین غیر رسمی و اعضای خانواده.
- درگیر کردن (مشارکت) مراقب غیر رسمی و اعضای خانواده در تمام سطوح خط مشی سلامت روانی، شامل طراحی و اجرا .
- **توانمند کردن افراد مبتلا به اسکیزوفرنی**
■ مشخص کردن استیگما و تبعیض
- -اطمینان پیدا کرد که حقوق افرادی که با ناتوانی سلامت روانی زندگی می کنند، شناسایی شود و در زمینه ظرفیت های تصمیم گیری افراد، در نظر گرفته شو د.
- تصمیم گیری مشترک، و حق درخواست تجدید نظر در مورد مراقبت را اجبار کنید و از تصمیم ها برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و یا (در موقعیت های مناسب) مراقبت دهندگان، حمایت شو د.
- تقویت مالی انجمن های محلی، ناحیه ای، ملی و بین المللی برای حمایت از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و مراقبت دهندگان آنها .
- درگیر کردن افرادی که تجربه اسکیزوفرنی را داشته اند در تمام سطوح خط مشی سلامت روانی، شامل طراحی و اجرا .

درباره اسکیزوفرنی

نشانه های اسکیزوفرنی

اسکیزوفرنی بیشتر بر روی تفکر، احساسات، خلق و رفتار افراد

تأثیر می گذارد. دامنه و سیر نشانه های تجربه شده در بین افراد، بسته به ویژگی های افراد و زمینه فرهنگی، متفاوت است. بر اساس

طبقه بندی بین المللی بیماری ها ICD-11 اسکیزوفرنی درون طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روانپریشی اولیه طبقه بندی می شود. این طیف با تخریب مهم در آزمون واقعیت و تغییرات در رفتار که در علائم "مثبت"، مثل توهمات؛ یا علائم "منفی" که کاهش ابراز هیجانی یا انگیزش را توصیف می کند، تظاهر می کند، مشخص می شود. آشفتگی ها در خلق به عنوان علائم عاطفی، اطلاق می شوند. عملکردهای شناختی نظیر تمرکز، حافظه و برنامه ریزی، تقریباً همیشه در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی تخریب می شود

و این می تواند بینش بیمار را نسبت به این وضعیت (بیماری) کاهش دهد، بر وضعیت شغلی و توانایی داشتن یک زندگی مستقل، تأثیر

گذارد (شکل ۱).

اسکیزوفرنی چیست؟

اسکیزوفرنی یک اختلال روانی شدید است که با تفکر غیر عادی، آشفتگی درکی و ابراز هیجانی کم یا اغراق آمیز، مشخص می شود. تخمین زده می شود که اسکیزوفرنی حداقل ۴۲ میلیون نفر را به طور مستقیم و دو برابر این تعداد را غیر مستقیم) برای مثال مراقبت دهندگان (در سراسر جهان تحت تأثیر قرار داده است. به طور مشخص در دوره نوجوانی و اوایل بزرگسالی تشخیص داده می شود و ممکن است بر حس خوب بودن شخص در تمام طول زندگی تأثیر گذارد. با درمان و حمایت مناسب، مردم می توانند با بیش از ۵۰ درصد احتمال داشتن یک پیامد خوب، بهبود پیدا کرده و در جامعه زندگی کنند.

شکل ۱: نشانه های اسکیزوفرنی

نشانه های روانی مثبت

- هذیان ها: عقاید بی پایه و اساس ولی قوی، اغلب به صورت گزند و آسیب و عجیب و غریب
- توهمات: شایع ترین شنوایی (شنیدن صداها)، اما می تواند شامل توهمات چشایی و بویایی هم باشد به علاوه بینایی و لمسی .
- تکلم آشفتگی: گفتار نامربوط و پرت و پلا با دلایل غیر منطقی که مشکل می توان دنبال کرد.
- رفتار کاتاتونیک: رفتار بدون هدف، لباس پوشیدن عجیب و بهداشت ضعیف

نشانه های منفی

- عاطفه کند: کاهش میزان ابراز هیجانی و واکنش نشان دادن به حوادث مشاهده شده
- آلوژیا (ناگویی): کاهش میزان و محتوای گفتار، و جواب های کوتاه و ناکامل به سؤالات
- انگیزش: فقدان علاقه و انگیزه در فعالیت های زندگی که می تواند شامل مراقبت از خود ضعیف، و کاهش شوق و انگیزش باشد .
- ترک لذت: از دست دادن علاقه/فقدان لذت بردن از فعالیت های لذت بخش .
- مردم گریزی: کاهش انگیزه در انجام فعالیت های اجتماعی، که منجر به کاهش عملکرد اجتماعی و انزوا می شود (برای مثال بیرون رفتن برای دیدن دوستان یا سرکار رفتن) .

تخریب شناختی

- حافظه و تمرکز ضعیف
- توانایی تخریب شده برای برنامه ریزی و فعالیت های اجرایی
- کاهش فصاحت و روانی در تولید کلمات و تفکر

*لطفا توجه شود: سایر بیماری ها نیز می توانند باعث ایجاد توهم شنوایی شوند، حتی در طولانی مدت، لذا مهم است که تمام علل بررسی شود.

علل اسکیزوفرنی چیست؟

به طور اخص، پژوهش ها حاکی از آن است که نه عوامل ژنتیکی

و نه عوامل غیر ژنتیکی به قدر کافی برای علت بیماری اسکیزوفرنی کافی نیستند، تعامل بین آنها نکته کلیدی در ایجاد

اسکیزوفرنی می باشد.

وقتی عوامل ژنتیکی و غیر ژنتیکی ترکیب می شوند، می توانند

موجب تغییرات در مغز شوند و لذا افراد را مستعد بیماری اسکیزوفرنی کنند. تمام افرادی که تغییرات بیولوژیک همراه شده با اسکیزوفرنی را در مغز خود دارند، علائم و تظاهرات بالینی

بیماری را نشان نمی دهند. اسکیزوفرنی اغلب به صورت بالینی متعاقب در معرض یک عامل خطر غیر ژنتیک حاد قرار گرفتن،

تظاهر می کند؛ اما این علت در مورد تمام افراد مبتلا به

اسکیزوفرنی، صدق نمی کند .

تعامل عوامل ژنتیک، غیر ژنتیکی و زیستی ایجاد شده باشد(شکل

شماره ۲). همچنین عوامل روانی اجتماعی ممکن است در شروع و سیر اسکیزوفرنی، تاثیر گذارند. تاثیرات استرس روانی اجتماعی می

تواند از طریق داروها، حمایت اجتماعی، راهبردهای تطابقی و یک

درک خوب از کسالت روانی، تسکین پیدا کند.

ژنتیک که در خانواده ها منتقل می شود و از والدین به ارث می رسد، زمینه ساز و ایجاد کننده اسکیزوفرنی است. عوامل غیر

ژنتیکی، عواملی هستند که یک فرد در طول زندگی در محیط خود در معرض آنها قرار می گیرند، هم در ایجاد اسکیزوفرنی موثر هستند. عوامل غیر ژنتیکی می توانند مزمن باشند، با در معرض دائم قرار گرفتن برای یک مدت طولانی، یا حاد باشند که ناگهانی و

در طی یک مدت کوتاه ایجاد شده باشند.

شکل ۲: علل اسکیزوفرنی

علل احتمالی اسکیزوفرنی پیچیده، چند عاملی است و هنوز به طور دائم یک حیطه پژوهشی است .



تشخیص اسکیزوفرنی

در مورد تظاهرات بالینی، هیچ تست منفردی برای اسکیزوفرنی وجود ندارد و تشخیص معمولاً نیاز به حداقل یک بررسی توسط متخصص سلامت روانی دارد. خطوط راهنما جهت تشخیص اسکیزوفرنی شامل تایید وجود جنبه های مختلف در طول زمان است که می تواند شامل موارد زیر باشد.

- هذیان ها .
 - توهمات.
 - تکلم یا تفکر آشفته .
 - تجربیات تاثیر(نفوذ م)، منفعل بودن یا کنترل:
- این می تواند شامل تجربه افکاری باشد که توسط شخص ایجاد نشده است؛ آنها توسط سایر مردم در ذهن فرد قرار داده شده اند یا بیرون کشیده شده اند؛ یا اینکه افکار فرد برای سایرین پخش می شود.

- رفتارهای آشفته ناپهتجار:
 - می تواند شامل پاسخ ها یا رفتارهای هیجانی غیر قابل پیش بینی و نامتناسب باشد که به صورت عجیب و یا بدون هدف، ظاهر می شوند .
 - علایم منفی .
 - آشفتگی های روانی حرکتی :
 - می تواند شامل بیقراری یا بی تابی یا سایر حرکات آشفته باشد .
 - سوء کارکرد اجتماعی / شغلی .
 - بررسی و خروج سایر موقعیت هایی که ممکن است این رفتارها را توضیح دهند .
- پیشرفت های جاری در پژوهش علوم اعصاب حاکی از این است که لیست پیامدهای احتمالی که ممکن است برای اعتبار تشخیص اسکیزوفرنی در آینده استفاده شده باشد شامل تغییرات ژنتیکی، بیولوژیکی و شیمیایی، به علاوه بررسی های شناختی، می باشد.

تأثیر اسکیزوفرنی

روایت شخص اول

استرس فارغ التحصیلی از مدرسه، همراه با سایر عوامل، باعث شروع بیماری من شد. من شروع به ترسیدن از زندگی ام کردم به خاطر اینکه من فکر می کردم مردم می خواهند به من صدمه بزنند یا مرا بکشند. من معتقد بودم که خانه من خراب شده، و اینکه مردم می توانند ذهن مرا بخوانند، و اینکه مردم

سعی می کردند افکار شیطانی/مخرب را در ذهن من قرار دهند. تلویزیون و رادیو شروع کردند به فرستادن پیام های مخفی به من و به طور مستقیم در پخش خود، به من ارجاع می دادند. من احساس ناتوانی و افسردگی می کردم. من هیچ کاری نمی توانستم انجام بدم و تمام امیدم به خودم و به زندگی را از دست داده بودم.

برای چندین سال، من در تاریکی و ناامیدی زندگی کردم.

خوشبختانه، افرادی را در زندگی ام داشتم، مثل مادرم، که عمیقاً به من عشق می ورزیدند و کسانی که به من اعتقاد داشتند و هیچ وقت امیدشان را به من از دست ندادند. با حمایت محکم و ثابت قدم او، و در کنار ایمان من که مرا در عبور از ساعات تاریک زندگی ام، راهنمایی می کرد؛ خیلی خیلی آهسته شروع به بهبودی کردم. بهبودی یک موج جادویی نبود که مرا با خود حرکت دهد و ببرد. من مجبور بودم برای زندگی کردن دوباره از نو، یاد بگیرم، و این در مراحل کوچک، دقیق و با زحمت زیاد، در تمام لحظه های طولانی زمان، رخ می داد.

از اسکاتی پی. بولتن اسکیزوفرنی ۲۰۰۹

تأثیر بر افراد مبتلا به اسکیزوفرنی

تخمین های جهانی قبلی، اسکیزوفرنی را به عنوان ۱۴ دهمین بیماری همراه با سال های زندگی با ناتوانی، رتبه بندی کرده است. در سال ۲۰۱۹، اسکیزوفرنی منجر به ۱۵/۱ میلیون سال های زندگی همراه با ناتوانی شد که مترادف با ۲/۱۲ درصد از کل DAYLs همراه شده با تمام اختلالات روانی می باشد. DAYLs بار بیماری کلی همراه شده با یک وضعیت را نشان می دهد که به

عنوان تعداد سال های از دست رفته به علت کسالت - سلامتی، ناتوانی یا مرگ زودرس است و روشی جهت مقایسه سطوح کلی سلامتی و امید به زندگی در کشورها را بیان می کند. همچنین، بار همراه شده با اسکیزوفرنی با این کل DAYL که یک افزایش ۱۳/۵ درصد را بین سال های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۹ منعکس می کند، افزایش می یابد.

همچنین، بررسی این یافته ها گزارش می کند که ممکن است بار اسکیزوفرنی به علت اطلاعات محدود در رابطه با اسکیزوفرنی و پیامدهای سلامت جسمی و کاهش اطلاعات از کشورهای با درآمد پایین، دستکم در نظر گرفته شده باشند. یکی از مهم ترین حیطه های اساسی و پایه این است که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی ۲۰-۱۵

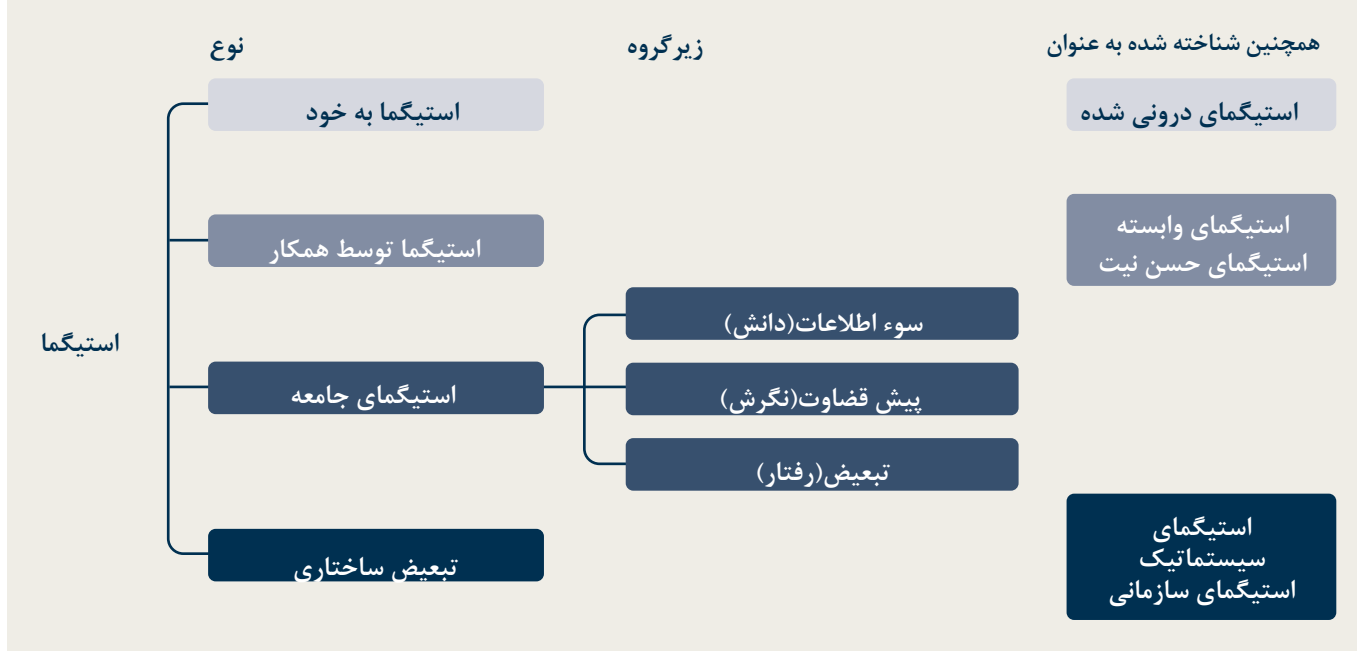
سال زودتر از جمعیت عموم، می میرند. آنهایی که تشخیص داده نشده اند و تحت درمان نیستند، به افزایش این میزان مرگ بالا، کمک می کنند. لذا نه تنها کنترل علایم اسکیزوفرنی مهم است، بلکه

درمان مشکلات جسمی همراه نیز حایز اهمیت می باشد. علاوه بر این، تخمین های کلی هنوز کمیت تأثیر همه گیری کووید-۱۹ بر بار اسکیزوفرنی به طور کامل را تعیین نکرده اند. به هر حال نشان داده شده است که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در مقایسه با جمعیت کلی، به دنبال عفونت کووید، پیش آگهی بدتری داشته اند. در یک مطالعه که در انگلستان انجام شده بود، افراد مبتلا به اسکیزوفرنی احتمالاً کمتر واکسینه شده بودند تا جمعیت کلی، اما نویسندگان نتیجه گرفته بودند که این موضوع کمتر به خاطر تمایل آنها برای دریافت واکسن و بیشتر نداشتن حمایت مناسب برای توانایی آنها برای دسترسی به واکسن بود. نویسندگان دریافتند که برنامه های حمایتی برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی که در جامعه زندگی می کنند، با در نظر گرفتن تفاوت های نژادی، به دلیل تردید برای واکسن، ممکن است در افزایش دریافت واکسن در این گروه آسیب پذیر، سودمند بوده باشد

علیرغم بهبود در نگرش های اجتماعی، خیلی از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی هنوز با انزوای اجتماعی، پیش قضاوت و تبعیض مواجه می شوند که این مسئله باعث ایجاد مشکلاتی برای آنها جهت داشتن یک زندگی مولد در جامعه می شود. این تبعیض می تواند باعث شود آنها در جستجوی کمک برای شرایط خودشان بر نیایند و همچنین می تواند در روابط شخصی و کاری آنها، اختلال ایجاد کند. اسکیزوفرنی می تواند بر درآمد شخصی احتمالی آنها در بزرگسالی تأثیر مخربی بگذارد؛ چرا که اغلب این بیماری در دوران نوجوانی شروع می شود و می تواند شدیداً آموزش را مختل کند. افراد مبتلا به اسکیزوفرنی احتمالاً ۶ تا ۷ برابر بیشتر از کسانی که این وضعیت را ندارند، بیکار می شوند، و همچنین آنها احتمالاً به سمت درگیری با سیستم جنایی می آیند، هم به عنوان مرتکب شونده و هم بیشتر

به عنوان قربانی. یک مطالعه در سوئد نشان داد که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی ۱/۸ درصد بیشتر قربانی مرگ های دیگرکشی می شوند تا کسانی که فاقد این وضعیت هستند.

شکل ۳: انواع استیگما



لازمه مبارزه با استیگما و تبعیض در اسکیزوفرنی، تصدیق و اقرار به تاثیر عمیق تبعیض و سوء برداشت افراد مبتلا خواهد بود. این به صورت اساسی، شاخص های قانونی را وادار به قبول برای به عهده گرفتن تبعیض می کند؛ اما باعث تشویق به داشتن مکالمه باز و بدون استیگما در مورد تجربیاتشان، نظیر توهمات و هذیان ها می شود که می تواند به نحو چشمگیری، سودمند باشد. این رویکرد، به Romme و عنوان مثال هایی از روش هایی که توسط افرادی نظیر International Hearing Voices Movement و Ether (۱۹۸۹) انجام شده است، می تواند یک فضای مثبت و حمایتی بیشتر را برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، ترویج کند.

یک مطالعه که در ۲۷ کشور اتحادیه اروپا انجام شد، مشخص کرده است که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی با استیگما و تبعیض زیادی در روابط شخصی و کار خود، مواجه می شوند. جالب توجه اینکه، نیمی معتقد بودند که آنها حتی زمانی که بیمار اسکیزوفرنی نبودند، مورد تبعیض قرار می گرفتند، که این اهمیت مشخص کردن تبعیض درک شده را همراه با نمونه های واقعی، مورد تاکید قرار می دهد.

استیگما و تبعیض همراه با وضعیت های سلامت روانی در سطوح مختلف رخ می دهد (شکل شماره ۳). تاثیر استیگما و تبعیض در سلامت روان، دامنه گسترده ای دارد و اغلب می تواند نادیده انگاشته شود. در یک سطح ساختاری، می تواند در چارچوب های قانونی، حقوق انسانی، و ارایه مداخلات روانی/اجتماعی، اثر گذارد. همچنین مشکلات در دسترسی به سیستم های مراقبت بهداشتی و اجتماعی، به بدتر شدن علائم کمک می کند، و احتمال دریافت درمان را کاهش می دهد. علاوه بر این، استیگما به خود در سلامت روانی شدید، می تواند منجر به اثرات منفی بر بهبودی گردد.

استیگما و تبعیض می تواند بر محدوده و قلمروی اجتماعی و اقتصادی، به ویژه در زمینه استخدام، تاثیر گذارد. افراد مبتلا به اسکیزوفرنی ممکن است با محدودیت هایی در مشاغل خاص، هم از نظر شخصی و هم به عنوان یک پیامد موقعیت آنها و توانایی انجام کار در محیط های خاصی، مواجه شوند. یا از نظر قانونی، برای مثال مشاغل در حمل و نقل عمومی که به طور مشخص مسئولین امور پروانه کار (اجازه رسمی.م) یا شرکت های بیمه نیاز به بررسی و معاینه هر فرد به طور انفرادی دارند، نتوانند شغل مناسبی پیدا کنند. تاثیر استیگما و تبعیض ممکن است به طور اختصاصی برای افراد مبتلا به ویژگی های استیگمای چند گانه (برای مثال اقلیت های نژادی یا جنسیتی، علاوه بر داشتن یک وضعیت سلامت روانی)، شدید باشد.

برای مبارزه با این موانع، روش های درمان خصوصی و بی نام، نظیر مداخلات کامپیوتری و آنلاین، پیشنهاد شده است. در فنلاند، سیستم های حمایت بیماران مبتنی بر وب، آموزش روانی برای اسکیزوفرنی را عرضه می کند که نتایج مثبتی با میزان بالایی از مشارکت و تکمیل وظایف میان شرکت کنندگان، به همراه داشته است. این روش که در Joint Action on Mental Health and Wellbeing's ۲۰۱۷ گزارش شده است، بر افسردگی، پیشگیری از خودکشی و سلامتی الکترونیکی، یک رویکرد فزاینده جهت کاهش استیگما و تبعیض و بهبودی دسترسی به مراقبت را نشان می دهد. اتحادیه جهانی ضد استیگما

(The Global Anti-Stigma Alliance, GASA) که در

سال ۲۰۱۲ تأسیس شد، متشکل از متخصصان سلامت روانی از کشورهای مختلف است. این سازمان خواهان از بین رفتن استیگما و تبعیض همراه با بیماری روانی در سراسر جهان می باشد. ماموریت GASA مشارکت دانش و بهترین عملکرد جهت بهبود پیامدها برای کسانی که با استیگمای بیماری روانی مواجه می شوند، است. تأکید بر همکاری، یکپارچگی، و نفوذ GASA بر تجربیات زیسته و پژوهش معتبر به منظور حمایت از پیشرفت های سلامت روانی و آگاهی جهانی ضد استیگما می باشد.

داستان (روایت.م) شخص اول
به اعتقاد من دلیل ریشه ای پارانویا و توهمات من، این احساس بود که هر آنچه در ذهن من ظاهر می شد، واقعی بود... احساس اینکه چیزی واقعی بود بدون دلیل که حادثه ای نبود که من به عنوان چیزی غیر طبیعی دریافته بودم. برعکس، این احساس باعث می شد که من سعی در اثبات افکار کنم... من قلمرو پارانویای خود را به علت مجموعه ذهنی پارانوئید خودم، گسترش می دادم. من از انتخاب کلمات مردم به سمت انتخاب اخبار می رفتم، این فکر که آنها دارند درباره من حرف می زنند. این قدم به قدم دويد تا ماورای دنیای نزدیک من حرکت می کرد و باتصورات من جایگزین می شد. دلایل خیلی زیاد و قطعات جدید از "شواهد" وجود داشت که من یک دفعه با مجموعه تصوراتم، مواجه می شدم... علامت اصلی من صداهایی در شکل افکار درج شده، بود

از رودی تیان. بولتن اسکیزوفرنی ۲۰۰۹

داستان (روایت.م) شخص اول

مادر من ۷۶ ساله است و بیش از ۵۰ سال هست که اسکیزوفرنی دارد. او از صداهایی که می شنود رنج می کشد و گاهی اوقات توهم دارد. او در خانه خودش زندگی می کند و توسط خانواده مراقبت می شود. مادرم به علت آرتريت، خانه نشین است و سایر موارد مربوط به سلامتی نظیر بیماری قلبی عروقی، کلیوی و دیابت به علت عوارض جانبی داروهایی که برای کنترل اسکیزوفرنی به وی داده می شود را دارد. او متوجه نیست که یک بیماری روانی دارد و فقط می داند که برای اینکه احساس بهتری داشته باشد نیاز به گرفتن دارو دارد. او منکر داشتن بیماری است، لذا استدلال با وی می تواند سخت باشد. هر روز او را کنترل می کنیم تا مطمئن شویم از خودش در مواردی نظیر خوردن، شستن و حرکت کلی، مراقبت می کند. ما خودمان اطراف او را مرتب می کنیم، خرید می کنیم، خانه را تمیز می کنیم و غذا برای او درست می کنیم؛ در حالیکه ما شغل خودمان را هم داریم و از خانواده خودمان نیز مراقبت می کنیم. ما مجبور هستیم تعطیلات را طوری هماهنگ کنیم که یک نفر بتواند نزد او بماند. با این دانش بزرگ شدیم که چیزی در مورد مادر ما درست نیست. همچنان که ما بزرگتر شدیم، شروع به فهمیدن وسعت بیماری او کردیم. اما هیچ وقت GP ما توضیح نداده است که چطور این وضعیت رخ می دهد و چطور ما او را وقتی یک حمله شروع می شود و درباره چیزهایی که وجود ندارد، صحبت می کند، کنترل کنیم. گاهی اوقات او می تواند منطقی و عاقل باشد اما بیشتر اوقات ما مجبوریم به او توضیح دهیم آنچه او می گوید، صحیح نیست. ما سعی می کنیم ملاقات کننده زیادی نداشته باشیم به طوری که که ما نگران می شویم وقتی او می تواند مردم را با گفتگوش برنجاند.

من نگران هستم چنانچه بیماری ژنتیکی باشد، من آن را به فرزندانم منتقل خواهم کرد، لذا من خیلی هوشیار و مترصد علایم هستم. ما جستجوهای اینترنتی زیادی برای درک آنچه او انجام می دهد و آنچه برای او بهتر است، انجام داده ایم. ما برای مراقبت از کسی که با اسکیزوفرنی زندگی می کند، تعلیم ندیده ایم. ما از طریق مطالعه در مورد این موضوع، خودمان را راهنمایی کرده ایم. من معتقد هستم بدون حمایت، او خیلی سریع در سرازیری قرار می گرفت.

دیوی کائور، مراقبت کننده، آنتورپ، بلژیک

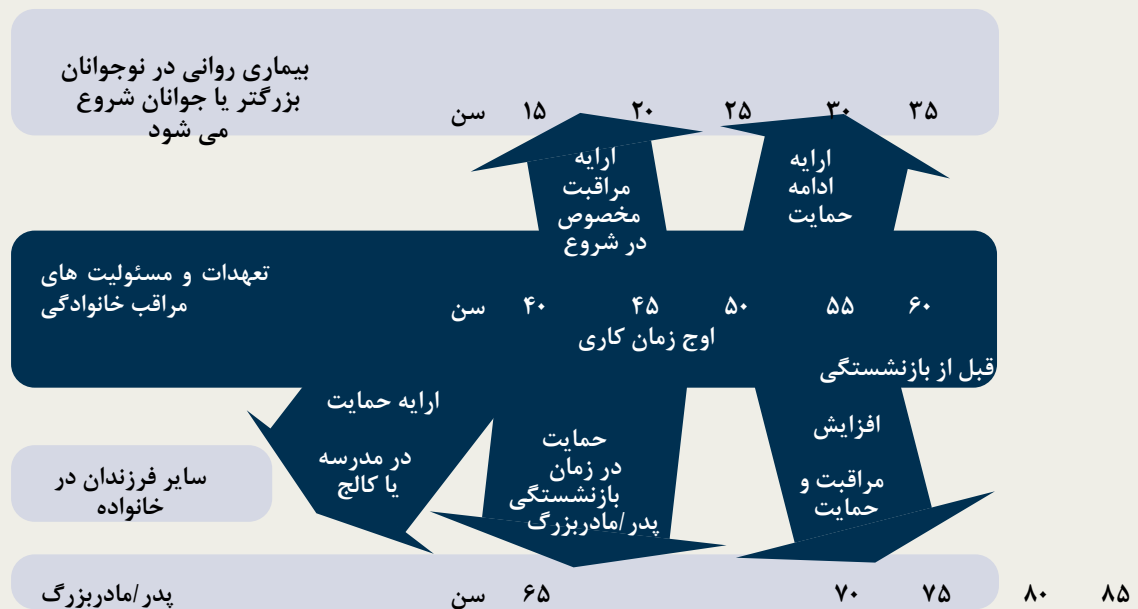
تأثیر اسکیزوفرنی بر مراقبت کنندگان و خانواده ها

خیلی از مراقبت کنندگان چالش های عاطفی نظیر غم، اضمحلال و خستگی، خشم و ترس در مورد آینده را تجربه می کنند. برخی از مراقبت کنندگان ممکن است دچار فرسودگی مراقبتی شوند که آنقدر شدید باشد که نتوانند به نقش خود ادامه دهند.

اسکیزوفرنی همچنین خسارت سنگینی را بر خانواده ها و دوستان تحمیل می کند که هر روز بار مراقبتی را بیشتری می کنند. یک بررسی در این مورد نشان داد که ۶۸ درصد مراقبت کنندگان، والدین یا ناپدری/نامادری، ۱۲ درصد خواهر و برادرها و ۷ درصد همسر و یا شخص مهم در زندگی فرد مبتلا به اسکیزوفرنی هستند.

شکل ۴. بار مراقبت کنندگان خانوادگی: تصویر بزرگتر چیست؟

*در سن شروع اولین حمله بیماری روانی کودک، سن مراقبت کنندگان (۶۰-۴۰ سال) و احتمال جدا شدن یا طلاق به این معنی است که آنها در زمان فشار و استرس بزرگ خانوادگی هستند.



تولید دوباره با اجازه از EUFAMI

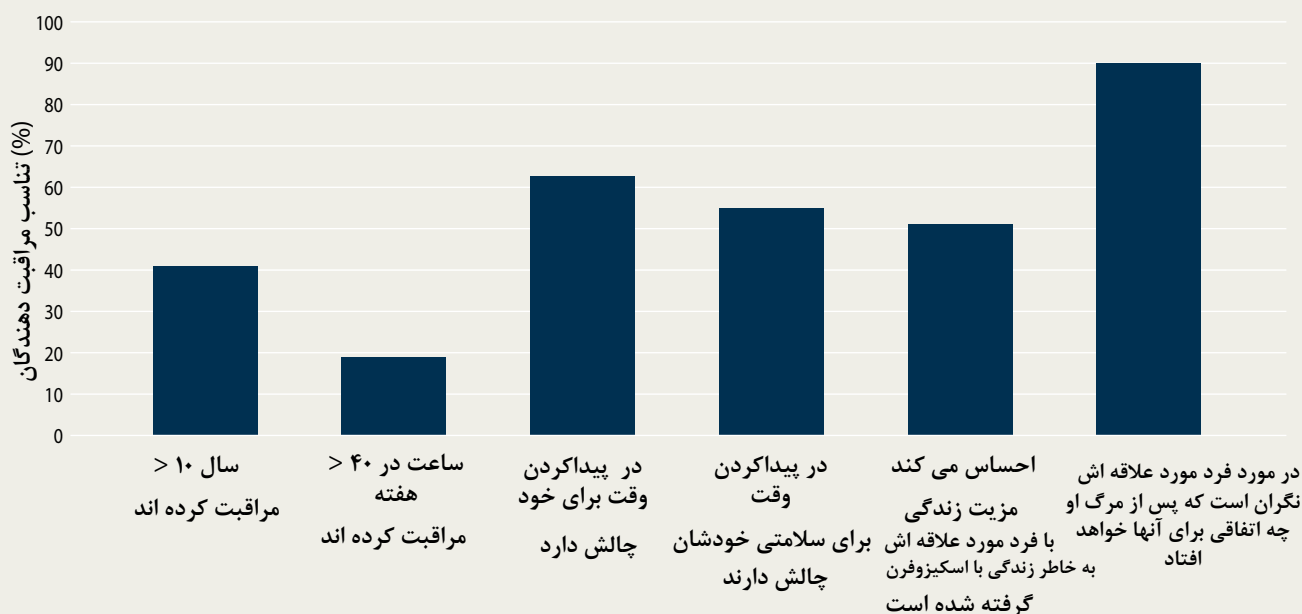
مراقبین غیر رسمی به طور متوسط بیش از ۴۳ ساعت در هفته مراقبت ارائه می دهند که بیش از متوسط ساعت کاری در هفته می باشد. کسانی که با فردی که از وی حمایت می کنند، زندگی می کنند، ساعات بالاتری از مراقبت، متوسط ۶۵ ساعت در هفته، را انجام می دهند.

بر اساس یک گزارش مراقبتی به سفارش فدراسیون اروپایی انجمن های خانواده های افراد مبتلا به بیماری روانی (EUFAMI):

در یک بررسی در ایالات متحده آمریکا، ۴۱ درصد مراقبین برای مدت بیش از ده سال مراقبت کرده بودند و بیش از نیمی از آنان مراقبت از یک فرد مبتلا به اختلال روانی را برای سلامتی خود چالش برانگیز می دانستند (شکل شماره ۵).

در مقایسه با جمعیت عمومی، مراقبت کنندگان افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، خطر بیشتری برای نشان دادن اختلالات مرتبط با استرس و مشکلات مربوط به سلامت جسمی دارند .

شکل شماره ۵: مراقبت از فرد مبتلا به اختلال روانی می تواند به مراقبت کننده صدمه بزند. شکل حیطه هایی را که مراقبت کنندگان با آنها مواجه می شوند در یک مطالعه که توسط اتحادیه ملی بیماری روانی (NAMI) ایالات متحده انجام شده است، نشان می دهد .



به هر حال، توجه به تاثیر احتمالی قدرت خرید و سالی که تخمین می زند می آید، مهم است. به علاوه این مرور نشان داد که از دست دادن بهره وری، محرک هزینه های اولیه و مسئول ۳۲ تا ۸۳ درصد هزینه کل، بود. این مرور بیشتر متمرکز بر مطالعاتی بود که نگاهی به داده های قبلی و گذشته داشتند. بهبودی های بیشتر در درمان، مراقبت و تغییرات در جامعه، ممکن است کاهش در سهم هزینه های غیر مستقیم مربوط به کل هزینه های اجتماعی اسکیزوفرنی که در بیشتر مطالعات اخیر، به آن استناد شده است، را توضیح دهد.

آنچه هزینه های بالا برای بیماران را در بر دارد، بر عوامل مرتبط با افراد، ساختار و درمان تاثیر می گذارد، اینکه چگونه مراقبت اجتماعی، بیماری های همراه و درمان سازماندهی می شوند، حیاتی می باشد. همچنین نیاز است که عوامل اقتصادی اجتماعی در نظر گرفته شوند، حداقل همانطور که داده ها نشان می دهند، افراد جوان تر، مردان و آنهایی که بدون یک خانه ثابت هستند، احتمالاً بیشتر درگیر هزینه های بالاتری می شوند. همچنین تغییر پذیری ممکن است از طریق تفاوت ها در سیستم های مراقبت بهداشتی، رفاه های سیستم رفاهی، الگوهای منابع به کارگیری یا نوع جمعیتی و منابع داده های بررسی شده، توضیح داده شوند .

تاثیر اجتماعی اقتصادی اسکیزوفرنی

بار اقتصادی اسکیزوفرنی، عظیم و بنیادی است که شامل هزینه

های مستقیم درمان، مخارج رفاه اجتماعی، و هزینه های غیر مستقیم نظیر از دست دادن بهره وری می باشد که می تواند هم بر فرد مبتلا و هم بر خانواده ها تاثیر گذارد. به علاوه، علیرغم شیوع پایین، اسکیزوفرنی مسئول ۸ درصد کل هزینه های همراه با موقعیت های سلامت روانی در بریتانیا می باشد. یک مرور سیستماتیک از ۱۴۳ هزینه مطالعات بیماری، شامل بیماران با تشخیص حداقل یک اختلال روانی، در ۴۸ کشور، مشخص کرد که

در مقایسه با سایر موقعیت های سلامت روانی، اسکیزوفرنی بالاترین میانگین هزینه اجتماعی در بیماران کل جهان با ۱۳۲۵۶ دلار آمریکا برابری قدرت خرید را دارا می باشد (میانگین ۱۸۳۱۳ دلار (شکل شماره ۶) .

علاوه بر این، یک مرور متون سیستماتیک هزینه های اجتماعی اسکیزوفرنی، تنوع و تغییر چشمگیری در هزینه های سالیانه در کشورها، در دامنه ای از کم ۸۱۹ دلار در نیجریه تا زیاد ۹۴۵۸۷ دلار روز را بدون تطابق با برابری قدرت خرید، نشان داد.

همچنین پژوهش‌ها، اشکال متفاوتی از فرصت‌های اشتغال حمایتی برای افراد مبتلا به وضعیت‌های شدید روانی را مشخص کرده است که می‌تواند شرکت در استخدام و به کارگیری طولانی مدت، آنچنان که در کشورهای اسکاندیناوی نشان داده شده است، را بهبود بخشد. به ویژه، نزدیک به ۴۰ درصد مطالعات، از دست دادن بهره‌وری مراقبت‌گیرندگان، یا از دست دادن بهره‌وری به علت مرگ و میر زودرس، که در هزینه‌های اجتماعی مهم هست را توضیح نداده‌اند. همچنین مرور متون، تغییرپذیری زیاد در روش پژوهش استفاده شده زمانی که بار اقتصادی اسکیزوفرنی بررسی می‌شد را مشخص کرده است. این تنوع تا حد زیادی از تفسیرهای متفاوتی که هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم در کشورها را تشکیل می‌دهد، ناشی می‌شود. این تفاوت‌ها به ویژه در طی ارزیابی‌های اقتصادی اسکیزوفرنی، سند و مدرک می‌شوند. متعاقباً، نتیجه‌گیری‌های یک تجزیه و تحلیل ممکن است از نظر جهانی قابلیت کاربرد نداشته باشند، محدود به یک به خصوصی شود، و از طریق روش‌شناسی انتخاب (context) زمینه شده، تعریف شوند.

بر اساس هدف این گزارش، ما به انواع مختلف هزینه‌ها که مشخص بودند پی بردیم:

- هزینه‌های مستقیم مراقبت بهداشتی: واحد‌های بستری، سرپایی، اورژانس، مراقبت طولانی مدت، هزینه‌های داروخانه و سایر مراقبت‌های پزشکی.
- هزینه‌های مستقیم غیر مراقبت بهداشتی: خدمات اجتماعی، تسهیلات بی‌خانمانی، توانمندکردن قانون.
- هزینه‌های غیر مستقیم: هزینه‌های گسترده اجتماعی اقتصادی نظیر از دست دادن‌های بهره‌وری از بیکاری، و هزینه‌هایی نظیر مراقبت‌گیرندگان غیر رسمی.

سایر هزینه‌ها نظیر تاثیر استیگما و تبعیض و مرگ و میر زودرس، نباید نادیده گرفته شوند، گرچه بررسی این موارد مشکل می‌باشد.

نگاهی به هزینه‌های مستقیم مراقبت:

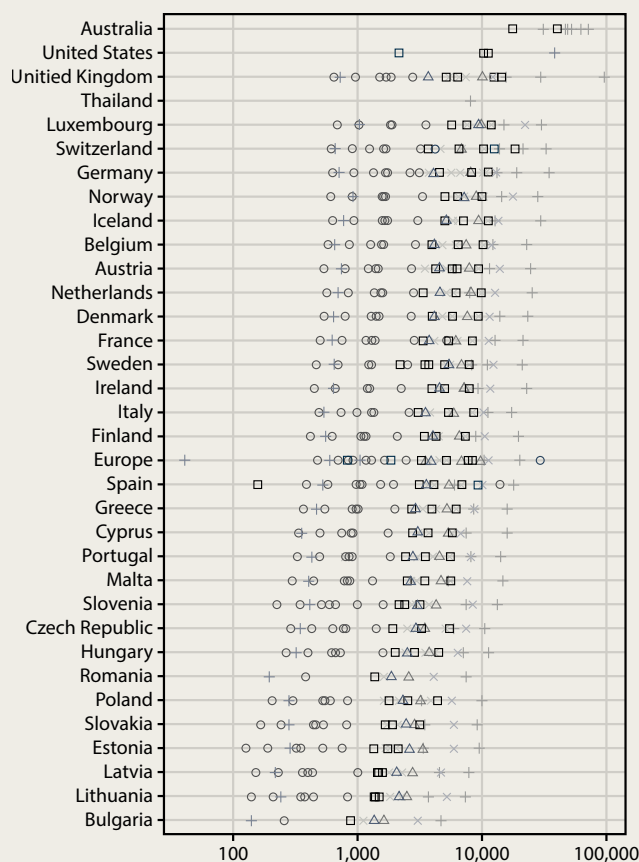
این مهم است که به یاد داشته باشیم مطالعات متمرکز بر این هزینه‌ها ممکن است بار کلی را نادیده بگیرند.

بر اساس مرور سال ۲۰۲۰ اروپا، هزینه سالیانه هر بیمار با محاسبه هزینه بستری که جزء بزرگی را در بر دارد، از ۵۳۳ یورو در اوکراین تا ۱۳۷۰۴ یورو در هلند، متفاوت بود. هزینه‌های دارویی برای کمتر از ۲۵ درصد هزینه‌های مستقیم مراقبت برای هر بیمار، محاسبه شده بود. مطالعه نشان داد که پس انداز احتمالاً می‌تواند از طریق کاهش بستری شدن‌ها، مداخلات هدفمند، و بهبود پذیرش درمان توسط بیمار، انجام شود.

این یافته‌ها در راستای یک مطالعه در آمریکا بود که گزارش کرد،

دو سوم هزینه‌های همراه با بستری شدن‌های مجدد، به علت نقصان درمان موثر و تقریباً یک سوم به علت نقصان در پذیرش و قبول درمان بودند.

شکل شماره ۶ گرفته شده از کریستنسن ام ک و همکاران علوم اپیدمیولوژی و روانپزشکی، ۲۰۲۰. هزینه‌های اجتماعی برای هر بیمار با دلار آمریکا بر اساس برابری قدرت خرید و تورم کشورها تا سال ۲۰۱۸، بر حسب نوع اختلال و کشور، رتبه‌بندی توسط برابری قدرت خرید دلار آمریکا



(هزینه اجتماعی برای هر بیمار با دلار آمریکا مقیاس ورود)

گروه اختلال

- اختلالات رفتاری
- اختلالات رشدی
- △ اختلالات رفتاری، اختلالات رشدی
- × اختلالات خوردن
- ⊕ نانوای‌های ذهنی
- اختلالات خلقی
- اختلالات روان‌نژندی
- △ اختلالات شخصیت
- ⊕ اسکیزوفرنی
- × سوء مصرف مواد

یک کاهش در میزان عود، هزینه ذخیره شده همراه با لورازیدون (۷۴ میلی گرم) در مقایسه با کوآتاپین ایکس آر (۳۰۰ میلی گرم) را، که از دیدگاه خدمات بهداشتی ملی در اسپانیا و ایتالیا بررسی شد، تایید کرد.

نگاهی به هزینه های غیر مراقبت بهداشتی :

پیروی از درمان بیماران، می تواند باعث ذخیره هزینه ها شود، در یک مطالعه از هلند، مشاهده شد وقتی علایم بار بیماری کنترل شد، در هزینه های افزایشی برای هر بیمار نیز صرفه جویی شده است. همچنین، نمرات بالاتر بررسی کلی عملکرد با ذخیره هزینه ها در سوئد همراه بود. میزان GAF نشان می دهد که چگونه علایم فرد بر زندگی روزانه او در یک میزانی از صفر تا ۱۰۰ تاثیر می گذارد (نمرات بالاتر نشانه بهبود عملکرد در مقایسه با نمرات پایین تر می باشد). این یافته ها پیشنهاد می کنند که تلاش ها برای بهبود عملکرد شخصی و اجتماعی و ممانعت از بستری شدن، پتانسیل کاهش هزینه های اجتماعی همراه با اسکیزوفرنی را دارد.

درگیری با سیستم قضایی و جنایی شایع است، و موجب هزینه های اجتماعی می شود. به هر حال، این می تواند از طریق خدمات مداخله ای با کیفیت بالا و اولیه، کاهش پیدا کند. چنین خدماتی همچنین می تواند بستری شدن ها را کاهش دهد و میزان اشتغال را افزایش دهد که منجر به مراقبت بهداشتی مهم و ذخیره هزینه های اجتماعی می گردد.

نگاهی به هزینه های غیر مستقیم :

یک هزینه غیر مستقیم مهم که با اسکیزوفرنی وجود دارد، کاهش بهره وری، به علاوه بیکاری بیمار و از دست رفتن بهره وری مراقبت دهندگان است. مرتبط با این موضوع، تاثیر علایم منفی نیز وجود دارد. دشواری در تعریف و سنجش این علایم، ممکن است به این معنی باشد که آنها به عنوان یک جنبه کم اهمیت پنداشته شده بار اسکیزوفرنی، باقی بماند. علیرغم اطلاعات محدود در دسترس، مطالعات نشان می دهند که علایم منفی به افزایش هزینه های مراقبت بهداشتی کمک می کنند. علایم منفی یک جزء عمده و طولانی مدت بیماری و تخریب (morbidity) اساسی از گسترش عملکرد با توجه به توانایی افراد برای زندگی مستقل، حفظ روابط و شرکت فعال در جامعه هستند. مطالعه ای که در مورد تاثیر این موارد انجام شد، وجود ارتباط مهمی بین علایم منفی با افزایش در تعداد روزهای کاری از دست رفته مراقبت دهندگان، را نشان داد. اثربخشی محدود داروهای ضد روانپریشی جاری در تسکین علایم منفی همراه شده با اسکیزوفرنی ممکن است بار هزینه ها را افزایش دهد.

مطالعات هزینه های مستقیم و غیر مستقیم کشورهای مختلف در اروپا (ایرلند، آلمان، هلند، اسپانیا، سوئد و انگلستان)، آمریکا (کانادا، پورتوریکو و ایالات متحده) و آسیا پاسیفیک (ژاپن، کره جنوبی) مشخص کرد که بار اقتصادی همراه شده با اسکیزوفرنی به صورت اولیه از هزینه های غیر مستقیم ناشی می شود. هزینه های غیر مستقیم بین ۵۰ تا ۸۵ درصد کل هزینه ها در ۱۲ مطالعه ای که بیشتر ذکر شد، را در بر می گیرد. نتایج مشابه از ۴ مطالعه در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط (جمهوری خلق چین، هند، سریلانکا و تایلند) مشاهده شده بود.

یک مرور شامل ۲۸ مطالعه، تنوع زیادی را در بار مراقبتی مراقبت کنندگان در نواحی مختلف نشان داد. مراقبت کنندگان در ایالات متحده متوسط ۳۶ ساعت در هفته، در اروپا ۲۹ ساعت و در آسیا حدود ۸ ساعت در هفته وقت صرف مراقبت از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی می کنند. هزینه های سالیانه مراقبت کنندگان در دامنه ای از ۱۵۸۶ دلار آمریکا در چین تا ۳۰۵۹۱ دلار در آمریکا می باشد. در خیلی از موارد، بار مراقبتی غیر رسمی، با ۴ الی ۹۱ درصد توقف در کار مراقبت کنندگان به علت مسئولیت های مراقبتی، بیشتر از مراقبت رسمی است. از دست دادن بهره وری کاری به عنوان یک نتیجه عمده از هزینه های مراقبتی با تنوع زیاد در کشورهای مختلف، به چشم می خورد. در واقع، یک بررسی چند ملیتی بر روی ۲۱۷ مراقبت کننده از افراد مبتلا به مشکلات سلامت روانی که بین آگوست ۲۰۱۹ تا آوریل ۲۰۲۰ انجام شد، دریافت که

هزینه های مراقبت غیر رسمی با میانگین هزینه های هفتگی مراقبت در مراقبت کننده از ۶۶۰ یورو تا ۲۲۲۳ یورو بسته به شرایط زندگی و روش ارزیابی (تعیین قیمت)، خیلی زیاد است. به طور کلی میانگین ساعات مراقبت هفتگی ۲۴/۳۴ با افزایش به ۶۵/۴۱ ساعت برای مراقبینی که با دریافت کنندگان مراقبت زندگی می کردند، بود. این تعهدات به عهده گیری مسئولیت مراقبت (همچنین به این معنا است که ۴۶ درصد افراد مورد مطالعه بین مسئولیت های شغلی و مراقبتی، در تعادل بودند و ساعات کاری به ۹۱ ساعت در هفته کاهش یافته بود. این تغییرات ممکن است به توضیح این مطلب کمک کند که چرا بیش از نیمی از پاسخ دهندگان در مورد مسائل مالی خود نگران بودند.

مطالعات اخیر ساعات و هزینه های بالاتر همراه شده با مراقبت در

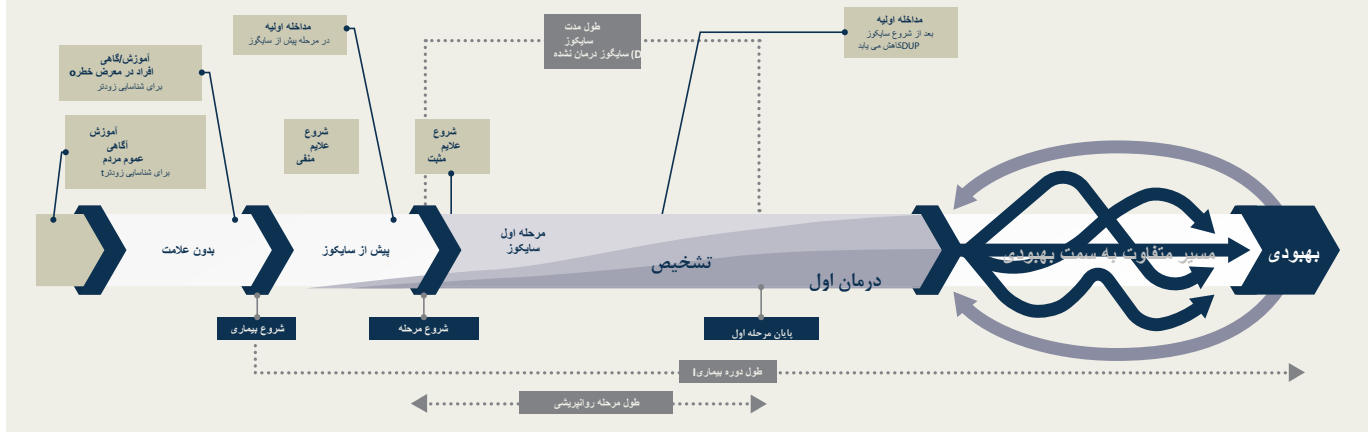
اسکیزوفرنی را در کشورهای غربی (اروپا و آمریکا) در مقایسه با سایر کشورها، نشان داد. چنین تفاوت هایی ممکن است از عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی، به علاوه تفاوت های متدولوژیکی در مطالعات، ناشی شود. همچنین شدت علایم به عنوان یک پیش بینی

کننده قوی هزینه های غیر مستقیم، گزارش شده است.

مسیر بیمار

تجربه هر فرد مبتلا به اسکیزوفرنی می تواند متفاوت باشد، اما در اینجا یک نمایش بصری از آنچه که یک سفر می تواند شبیه چه چیزی باشد، وجود دارد.

شکل شماره ۷: سفر بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی .



تجربه هر فرد مبتلا به اسکیزوفرنی متفاوت خواهد بود، اما در اینجا مثال هایی وجود دارد از افرادی که ممکن است در هر مرحله، تجربه ای داشته باشند.

قبل از روانپریشی	مرحله اول روانپریشی	تشخیص	درمان اولیه	چرخه عود-بهبودی	طبیعی شدن جدید
بیمار بیمار ممکن است افکار و تکلم نامنظم و ناپسندیده را نشان دهد، ایزوله می شود و شروع به رفتار عجیب و غریب می کند.	بیمار بیماران اغلب طغیانی از علائم مثبت دارند که بستری شدن فوری را در بر دارد.	بیمار تجربه تشخیص بیمار بستگی به پذیرش آنها دارد که تحت تاثیر رابطه پزشک، و آنچه در رابطه با تشخیص اول و دیرتر مرحله اول روانپریشی می آورد، قرار می گیرد.	بیمار موفقیت یا شکست درمان اول، تاثیر زیادی بر نگرش بیماران به درمان و شرایط آنها دارد.	بیمار بیماران شروع به ساماندهی و رسیدگی به درمان نگهدارنده می کنند اما عواملی نظیر فقدان بینش، پذیرش ضعیف یا مصرف مواد ممکن است باعث عود شود، یادآوری مرور داروها از طرف روانپزشک یا حتی بستری شدن.	بیمار بیمار ممکن است به شرایط خو بگیرد و مدیریت آنها را یاد بگیرد، برای بیمارانی که پیشرفت کمتری دارند، هر عود، بدتر شدن عملکرد و کیفیت زندگی را به همراه دارد.
مراقبت کننده مراقبت کننده اغلب تصور می کند این رفتارها طبیعی هستند، تا زمانی که علائم بدتر می شوند و مرحله اول روانپریشی رخ می دهد.	مراقبت کننده مراقبت کننده در ابتدا شروع به درک این موضوع می کند که توجیه پزشکی مورد نیاز است.	مراقبت کننده مراقبت کننده در این نقطه، بیشتر فعال می شود و ممکن است در قرار ملاقات ها، حاضر شود.	مراقبت کننده مراقبت کننده می شود که راه حلی وجود دارد، و ممکن است انتظار "درمان" را داشته باشند، آنها شروع به کشف و پی بردن به شرایط می کنند.	مراقبت کننده مراقبت کننده عود های مکرر، بار زیادی برای مراقبین به همراه دارد و ممکن است روابط با بیمار را آسیب بزند.	مراقبت کننده مراقبت کنندگان ممکن است به روتین زندگی برای حمایت از بیمار رسیدگی کنند، گرچه برخی ممکن است قادر به کمک بیشتر نباشند.
نیازها + عمل ها درک بهتر سلامت روانی در مدارس، مشغول کردن استیگمای بیماری و روانی و به ویژه آموزش برای والدین، معلمان و روانشناسان مدرسه در مورد علائم و نشانه های بیماری روانی در کودکان.	نیازها + عمل ها اول (پرودرومال) شناسایی زودتر مرحله روانپریشی منجر به مداخله سریع تر روانپزشک و مداخلات اولیه می شود. تشخیص صحیح تر در زمان بستری شدن، سوء تعبیرهای کمتر از حمله اول روانپریشی از سایر بیماری های روانی. دادن درمان مناسب اولیه.	نیازها + عمل ها بیمار ممکن است برای پذیرش تشخیص و درمان طولانی مدت (به ویژه اگر احساس کنند که بستری می شوند) تقلا کند، در برخی موارد، تشخیص بیماری حتی خیلی دیرتر، به بیمار گفته نمی شود، که باعث می شود حملات گپیج کننده و منزوی تر شود. نیاز آرایه دهنده مراقبت بهداشتی (HCP) به درگیر کردن مراقبت کننده جهت کمک بهتر و لذا حمایت بیمار در درمان طولانی مدت، وجود دارد	نیازها + عمل ها بیمار و مراقبت کننده انتخاب شده باید: اطلاعات صحیح و واقعی در مورد انتخاب درمان انتخاب شده، محدودیت ها و چگونه عوامل روانی / اجتماعی بر پیامدها تاثیر می گذارند، داده شود. گزینه های بهبودی، اهداف شخصی برای بهبودی، شناسایی شود و در فرایند برنامه ریزی مراقبتی، درگیر شوند. تمام بیماران: باید به منظور پیشگیری ترک درمان، در مورد عوارض جانبی احتمالی جسمی و روانی آگاه شوند. حق مراقبت روانی و جامعه دارند که باید برای آنها فراهم شود. مراقبت کنندگان باید تعلیم داده شوند و از آنها حمایت شود.	نیازها + عمل ها بیمار شروع به سطح بینش اهمیت پیروی از درمان نگهدارنده را متوجه نشوند. راهبردهای مدیریت پیروی از درمان برای بیماران و مراقبت کنندگان و حمایت عاطفی مراقبت کننده در زمان عود. بیماران و مراقبت کنندگان ممکن است علائم قریب الوقوع عود را شناسایی نکنند، همچنین ممکن است HCP واقعی باشد اگر آنها تماس های مکرر به منظور پیشگیری از یک عود در بیمار را نداشته باشند.	نیازها + عمل ها حمایت از بیماران و مراقبت دهندگان، تنظیم زندگی برای کمک به بیمار برای یادگیری یک کار مفید. درگیری و علاقه مداوم از HCP در زندگی و روابط روزانه با داروها، به علاوه آموزش HCP بیشتر در مورد عود و بیماری. حمایت طولانی مدت پذیرش و کنترل عود، حمایت جامعه و صحبت با سایر بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی.

هدف از درمان: به سمت بهبودی

این به طور گسترده پذیرفته شده است که ممکن است درجاتی از بهبودی علیرغم حضور علایم باقیمانده، وجود داشته باشد، و اینکه بعضی از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی ممکن است بهبودی کامل را به دست آورند. مطالعات طولانی مدت نشان داده اند که بیش از ۵۰ درصد افراد مبتلا به اسکیزوفرنی سرانجام به برخی از اشکال بهبودی برسند. این نظر نسبتاً خوش بینانه کاملاً در مقابل عقیده قبلی، که باید به اسکیزوفرنی به عنوان یک اختلال مزمن با امید کمی در مورد داشتن یک زندگی خوب، توجه شود، ایستاده است. بهبودی در اسکیزوفرنی به طرق مختلفی تعریف شده است. ملاک های پزشکی برای پیشرفت یا بهبود عموماً به تغییرات در علایم و سنجش عملکرد، که از طریق مقیاس های رتبه بندی شده قابل مشاهده، بررسی می شود، تکیه دارند؛ لذا بهبودی بالینی اغلب به عنوان فروکش کردن علایم بالینی همراه با یک سطح قابل قبول عملکرد در ابعاد اصلی زندگی نظیر روابط بین فردی، کار، مدرسه و امور مربوط به خانه، تعریف می شود. برای فرد مبتلا به اسکیزوفرنی، تعاریف بهبودی متمرکز بر پیشرفت در آن سوی (ماوراء) اثرات روانشناختی اسکیزوفرنی به سمت یک زندگی معنا دار در جامعه، می باشد.

مهم تر، جنبش بهبودی توسط افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، رهبری شده است. از دیدگاه آنان، اسکیزوفرنی می تواند به عنوان یک فرایند رشد شخصی، علیرغم وجود بیماری روانی، نگریسته شود؛ لذا بهبودی تمرکز بر دستیابی به یک زندگی تمام و کمال و با ارزش، بیش از فقط حذف علایم، دارد. بنابراین افراد تحت تاثیر به خودشان در طی بهبودی و یادگیری زندگی کردن با بیماری، بیش از "بهبود پیدا کردن از بیماری" توجه می کنند.

اهداف بهبودی برای اسکیزوفرنی باید توسط بیمار تعیین شوند؛ چرا که واقعاً فقط آنها این تجربه را درک می کنند. لذا طرح بهبودی آنها باید از طریق انتخاب ها و آرمان خود آنها تنظیم شود.

پیشرفت های علمی در اسکیزوفرنی

پیشرفت ها در تشخیص گذاری

ملاک های تشخیصی در اسکیزوفرنی بر اساس بررسی ذهنی وجود و طول مدت علائم مرضی روانشناختی ویژه و خارج کردن سایر موقعیت ها، می باشد. این رویکرد، ارزش اسنادی (پیش بینی کننده) را به ویژه در مراحل اولیه بیماری، محدود کرده است. به هرحال امروزه نشانگرهای زیستی مرتبط برای تشخیص به موقع

اسکیزوفرنی در دسترس هستند :

تصویر سازی عصبی: استفاده شده جهت آشکار کردن تغییرات در مغز .

نشانگرهای زیستی محیطی: تست های خونی برای آشکار کردن پردازش های مغزی .
این نشانگرهای زیستی در دو طبقه قرار داده می شوند :

نشانگرهای ماندگار: نشانگرهای ژنتیکی که خطر بیماری و نفع احتمالی از تشخیص زودتر را طبقه بندی می کند .

نشانگرهای مرتبط با علائم: در بررسی پیشرفت بیماری

و پاسخ درمانی، سودمند هستند .

علیرغم پیشرفت های اخیر در امکان شناسایی نشانگرهای ژنتیکی،

التهای، ناقلین عصبی، محیطی و متابولیکی برای اسکیزوفرنی، نشانگرها برای مرحله پرودرومال (برای مثال توسط علائم و نشانه های غیر اختصاصی اولیه بیماری مشخص می شوند) به عنوان یک

نیاز برآورده نشده، باقی مانده اند. علاوه بر این، هنوز کمبود نشانگرهای معتبر برای طبقه بندی بیماران زیر جمعیت، برای داشتن درمان های انفرادی تر، وجود دارد .

در مورد نشانگرهای ژنتیکی و محیطی، درک زمینه ژنتیکی اسکیزوفرنی در حال پیشرفت است. افراد مبتلا به اسکیزوفرنی تغییرات بیان (رفتار.م) ژنی، تنوع ژنومی و پلی مورفیسم های نوکلئوتیدی منفرد را نشان می دهند. این هنوز ممکن است فقط یک زیر مجموعه کوچک بیماران (احتمالا کمتر از ۷ درصد) را شناسایی کرده باشد که نیاز برای نشانگرهای بیشتر مایع مغزی نخاعی / یا محیطی را مشخص می کند. نتایج پروتئومیک ناهمگون و تغییرات نشانگر ایمنی مشترک، در بین اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی و افسردگی اساسی به این معنی است که به رویکردهای چند وجهی برای سیگنال های مثبت جهت شناسایی صحیح، نیاز است.

در مورد تصویربرداری عصبی و نشانگرهای زیستی الکتروفیزیولوژیک، تغییرات موفولوژی مغز در بیماران

اسکیزوفرنی، آشکار است، اما کمبود حساسیت و ویژگی برای تفاوت گذاری بین اسکیزوفرنی با سایر موقعیت ها، وجود دارد.

با وجود اهمیت اساسی و پایه روابط بین کارکنان حرفه ای مراقبت بهداشتی و بیماران درون مدل های مراقبتی به این معنی است که رویکردهای فناورانه بعید است به طور کامل جایگزین مدل های موجود شود؛ تکنولوژی های پوشیدنی (مانند ساعت یا عینک هوشمند و ... دارای تکنولوژی واقعیت مجازی.م) و مانیتورینگ های غیر فعال همچنین نوید بخش افزایش پیشرفت در تشخیص و کنترل بیماری است.

پلتفرم هایی نظیر Health Outcomes Through Positive Engagement and Self-Empowerment (HOPES), and Mobile Therapeutic Attention for Treatment Resistant Schizophrenia (m-RESIST)

نقش وسایل پوشیدنی (wearable devices) در مدیریت

اسکیزوفرنی را مشخص کرده اند. اطلاعات جاری به میزان زیادی از مطالعات با مقیاس کوچک که امکان سنجی از ۱۰ سال گذشته را نشان می دهد؛ با رویکردهایی نظیر کنترل الگوی خواب و مسیر بدتنظیمی خودکار زمان - واقعی، می آید. ادامه کار جهت پیشرفت در مقایسه یافته ها با ابزارهای بررسی بالینی و اولویت بندی مداخلاتی که منجر به بهبود پیامدهای مهم برای بیماران، نظیر تبعیت از درمان (وسعتی که واقعا داروهای تجویز شده، دریافت می شوند) و پیش بینی عود می شود، مورد نیاز می باشد با این وجود، مطالعات گذشته نشان می دهد که افراد جوان با سابقه یک اختلال روانپزشکی، عموماً به ابزارهای پوشیدنی با دید مثبت نگاه می کنند، و آنها را قابل قبول می دانند در حالیکه این ابزارها هیچگونه پارانیوی قابل توجهی را در آنها ایجاد نمی کنند .

پیشرفت هایی در اهداف داوربی جدید و مداخلات تحریک مغز

قبل از اینکه ما اطلاعات بیشتری در این قسمت بدسیم، برای آنهایی که با علم نا آشنا هستند، جهت کمک که پیشرفت ها در این حیطه را هضم کنید، می خواهیم یک قیاس سریع به شما بدسیم . سیگنال های الکتریکی که در سراسر مغز ما جاری می شوند، سلول های مخصوصی که نورون نامیده می شوند را حمل می کنند. این سیگنال های الکتریکی، اطلاعاتی را که به ما کمک می کنند چگونه فکر کنیم، حرکت کنیم، هیجانات را تجربه کنیم و رفتار کنیم، حمل و منتقل می نمایند. انتقال اطلاعات بین نورون ها که در سراسر مغز ما رخ می دهد، می تواند شبیه به جریان تمام وسایل اطراف دنیا، باشد. در این قیاس، نورون های ما شبیه کانون های بسته بندی و پخش عمل می کنند و ناقلین عصبی می توانند تحت تاثیر این بسته هایی که بین کانون ها تقسیم شده اند، قرار گیرند. وقتی نیاز هست یک سیگنال از یک نورون به نورون دیگری فرستاده شود، بسته های ناقلین عصبی آماده می شوند و از طریق خلاءهای بین آنها، ارسال می شوند .

اگر چه پژوهش های بیشتری برای درک کامل اثرات

آگانونیست کامل و نسبی ۱TAAR بر ارسال سیگنال های دوپامینرژیک و پاتوژنی اسکیزوفرنی ضروری می باشد.

سروتونین: هدف گیری داروهای گیرنده های

سروتونین ۵-HT و ۵-HT_{2C}

نوید درمان روانپزشکی در پارکینسون و اثرات احتمالی

در علائم منفی اسکیزوفرنی را نشان داده است.

همچنین شواهدی وجود دارد که درمان با داروهایی که

گیرنده های ۵-HT_{1A} را هدف قرار می دهند، در

بیمارانی که قبلاً با داروهای موجود ضد روانپزشکی

درمان شده بودند، علائم مثبت و منفی و تخریب

شناختی را تسکین می دهد.

گلوتامیت: انتقال تغییر یافته گلوتامیت ممکن است برای

اسکیزوفرنی با شکست در تلاش های درمان اولیه،

کمک کننده باشد. به هر حال، درمان هایی که جذب مجدد

گلیسین یا دی آمینو اسید اکسیداز را مهار می کنند،

پتانسیل بهبودی نواقص شناختی را نشان داده است؛ و نیاز

به پژوهش های بیشتری وجود دارد.

داروهای ضد التهابی: همچنین برخی از داروهای ضد التهابی

به درمان ها اضافه شده است. به نظر می رسد داروهای ضد

التهابی به طور موثر موقعیت های التهابی موجود در زیرگروه

هایی از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را، هدف قرار می

دهند. استفاده از این داروهای اضافه شده به درمان ها، در

حمله اولیه سایکوز و در بیماران با تغییرات ایمنی غالب،

امیدوارکننده است. کارآزمایی های آینده می تواند با هدف

بررسی تداوم این یافته های اولیه نویدبخش انجام شود.

این کارآزمایی ها حاکی از آینده احتمالی برای درمان با هدف گیری

سیستم های ناقلین عصبی مختلف، یا درمان فرآیندهای التهابی

است به ویژه اگر این رویکردها بتوانند با بیومارکرها برای طبقه

بندی کردن بیماران، ترکیب شوند. مهم تر اینکه، خیلی از درمان

های پدیدار شده برای اسکیزوفرنی، نتایج مثبتی در زیرگروه های

بیماران و یا بر ابعادی از علائم مشخص را نشان داده است، که ارزش

احتمالی رویکردهای شخصی شده را مورد تاکید قرار می دهد.

ورای مداخلات دارویی، روش های تحریک مغزی غیر تهاجمی شامل

تحریک مغناطیسی داخل جمجمه ای و تحریک مستقیم داخل

جمجمه ای، حاکی از مداخلات کمکی برای بیماران اسکیزوفرنی

است. به ویژه، دریافت مکرر تحریک مستقیم داخل جمجمه ای،

علائم مثبت و منفی، به علاوه تخریب شناختی همراه شده با

اسکیزوفرنی را تسکین می دهد.

به علت اینکه محل های گیرنده در کانون یا نورون توزیع بعدی، در این ناقلین عصبی نمونه، فقط برای پذیرش بسته های مشخصی طراحی شده اند، سیگنال های دقیق و درست می توانند تنظیم شده باشند. وقتی کانون توزیع دیگری، یک بسته را می پذیرد، جریان وسایل منتشر می شود. جریان پیچیده و جریان وسایل تو در تو ارسال و دریافت بسته های ناقلین عصبی، به سیگنال ها اجازه می دهد تا انواع مختلف بسته های چندگانه را به منظور حرکت بین کانون های توزیع در سراسر مغز تا رسیدن به مقصد نهایی آنها با دقت باورنکردنی، بسازند. این چرخه و تعادل می تواند خیلی حساس باشد و گاهی اوقات با به هم ریختگی به اختلال روانی نظیر اسکیزوفرنی می شود.

اسکیزوفرنی پیچیده است، به علت "بسته ها" یا ناقلین عصبی چندگانه در مغز ممکن است تعادل آنها، یا انتقال اطلاعات بین نورون ها، تحت تاثیر قرار گیرند. در اسکیزوفرنی، ناقلین عصبی که تصور می شود تحت تاثیر قرار می گیرند، شامل:

دوپامین

گلوتامیت

سروتونین (5HT)

کولین استیل

ممکن است سایر ناقلین عصبی و نورون ها نیز در اسکیزوفرنی، تحت تاثیر قرار گیرند و هنوز برای ما نقش این ناقلین عصبی در علائم اسکیزوفرنی، مشخص نیست. هدف از داروها در اسکیزوفرنی، برقراری تعادل در ناقلین عصبی است.

در طول دهه گذشته، پیشرفت در درک، تشخیص و درمان اسکیزوفرنی، آهسته بوده است. به هر حال، حالا به نظر می رسد که

با احتمال پیشرفت مهمی در درمان مواجه شده باشیم. در مرحله

۲/۳ کارآزمایی بالینی، داروها نوید بخش تعادل ناقلین عصبی و

سیگنال های عصبی هستند. برای مثال:

گیرنده های موسکارینی/استیل کولین: نشان داده شده است که تحریک اتو-رپتور موسکارینی ۴ M باعث به حرکت درآوردن، تعدادی فرآیند شامل کاهش انتقال دوپامین و افزایش ارسال سیگنال های گلوتامینرژیک، می شود که ممکن است در مدیریت علائم اسکیزوفرنی سودمند باشد.

TAARs: فعال شدن این گیرنده (یک گیرنده جی زوجی که توسط

آمین های تریس آندوژنوس فعال شده است) برای تنظیم انتقال و

ارسال دوپامین پیش سیناپسی، دیده شده است. مجموع

این مطالعات توصیه می کنند که تنظیم TAAR1 ممکن است

نقشی در اسکیزوفرنی بازی کند.

پیشرفت‌هایی در پیروی از داروهای ضد روانپزشکی

پیروی* از داروهای ضد روانپزشکی می‌تواند از طریق درک دلایل فرد از عدم تبعیت از درمان و مشارکت دادن بیمار در تصمیم‌های درمانی، بهبود یابد. تبعیت درمانی ترکیبی از درمان رفتاری شناختی و مصاحبه انگیزشی، راهی برای اطمینان از پیروی بهتر می‌باشد. یک مرور سیستماتیک کارآزمایی تصادفی، ارزش تبعیت درمانی اضافه شده در مقایسه با درمان معمول را بررسی کرد و تاثیر چشمگیر آن در کنترل علائم روانپزشکی، تنها با یک اثر حداقلی در تبعیت دارویی را نشان داد. ترکیب راهبردهای آموزشی و انگیزشی مزایای احتمالی جهت تبعیت را نشان می‌دهد. رویکردهای چند رشته‌ای سازگار شده، با توجه به توانایی‌ها و ضعف‌های روش‌های مختلف، احتمالاً بیشتر موفق هستند. آینده ممکن است ببیند تله‌مدیسن نقشی در بهبود پیروی از درمان بازی می‌کند، گرچه راهنمایی‌های بیشتری برای استفاده مطلوب از این مورد نیاز می‌باشد.

تزریق‌های طولانی‌اثر (LAIs) ضد روانپزشکی‌ها، روش دیگری برای افزایش تبعیت از درمان می‌باشد. علیرغم شواهدی مبتنی بر بهبود بستری شدن‌های مجدد و میزان‌های عود، موانعی هنوز وجود دارد که از پذیرش گسترده LAIs جلوگیری می‌کند و استفاده از آنها اغلب محدود به بیمارانی می‌شود که سابقه عدم تبعیت از درمان و عودهای مکرر را داشته‌اند. آموزش بیماران و کارکنان خدمات بهداشتی برای چیره شدن بر حیطه‌های آگاهی، دانش و اعتماد در تجویز LAIs حیاتی می‌باشد. این شامل درک LAIs جدیدتر با عوارض جانبی کمتر، روش‌های دریافت صحیح و زمانبندی موثر می‌باشد. توجه به ترجیحات بیماران ضروری است و اینکه LAIs ممکن است به عنوان اجبار و زور درک شود، پذیرش زودتر ممکن است به تشویق بیماران برای قبول درمان، کمک نماید. علاوه بر این، از یک مرور سیستماتیک خطوط راهنمای بالینی تقریباً تمام افراد (۱۸/۱۹ نفر، ۹۴/۷ درصد) استفاده از LAIs را ذکر کرده بودند و ۵ نفر (۲۷/۸ درصد) استفاده از LAIs برای حمله اول اسکیزوفرنی، توصیه کرده بودند. یک بررسی که توسط

Global Alliance of Mental Illness Advocacy–
Networks (GAMIAN–Europe)

انجام شد، دریافت که بودن یک بیمار به عنوان عضو گروه/سازمان خودیار، تاثیر مثبتی بر پذیرش درمان دارد. همکاری نزدیک با مراقبت گیرندگان و ارایه آموزش جامع، می‌تواند همچنین مانع از عود بیماری و حمایت از تبعیت از درمان شود.

* تبعیت از درمان نیازمند مشارکت بیمار و همکاری موثر با ارایه دهندگان خدمات دارد؛ در حالی که "پذیرش" (compliance) بیشتر به معنای انجام و پیگیری دستورات می‌باشد.

درمان های اسکیزوفرنی: مقدمه

اسکیزوفرنی از یک تاثیر متقابل چند وجهی عوامل بیولوژیکی، ژنتیکی و محیطی ناشی می شود (شکل ۲: علل اسکیزوفرنی را ببینید). متعاقبا، مدیریت آن به طور مشخص شامل ترکیبی از درمان های دارویی، و مداخلات روانی اجتماعی، در کنار توجه دقیق به سلامت جسمی و درمان بیماری های همراه می باشد. قابل توجه اینکه، پیشرفت حتی در غیاب بعضی از این اجزاء می تواند به دست بیاید؛ این یک سناریوی مضاعف نیست اما بیشتر فزاینده است - هر چه کار درست بیشتر انجام دهیم، بهتر است.

درمان های اسکیزوفرنی

داروهایی که علائم اسکیزوفرنی را درمان می کنند (که به عنوان داروهای ضد روانپریشی شناخته شده است) سنگ زیربنای مراقبت اسکیزوفرنی را شکل می دهد. به هر حال، درمان های استاندارد استفاده شده برای درمان اسکیزوفرنی فقط علامتی هستند و کنترل را بیش از علاج، فراهم می کنند. درمان های روان اجتماعی همیشه تا زمانی که علائم کنترل نشده باشند، شروع نمی شوند. به هر حال، داروها نیز به تنهایی برای بهبود علائم کافی نیستند. علاوه بر این، شواهدی وجود دارد که تمام بیماران اسکیزوفرنی برای مدت طولانی به داروها نیاز ندارند. شناسایی بیمارانی که نیاز به درمان طولانی مدت ندارند، خیلی سخت است و مهم است که به درستی تشخیص داده شود.

مدیریت بیماری های همراه

به علاوه، بیماری های فیزیکی همراه در اسکیزوفرنی شایع است و نیاز است تا در کنار علائم روانی، کنترل شوند. بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی

در مقایسه با جمعیت عمومی، خطر بالایی جهت ابتلا به بیماری های قلبی عروقی دارند؛ ۱۷/۴ درصد مرگ های زودرس افرادی که با اسکیزوفرنی زندگی می کنند. لذا روانپزشکان باید عضو یک تیم چند رشته ای، شامل پرسنل حرفه ای بهداشت روانی و سایر افراد حرفه ای پزشکی، ارایه دهندگان خدمات اجتماعی و سایر نمایندگی های مرتبط (مثل آژانس های کاربایی و مسئولین امور مسکن، ...)، باشند.

اهمیت مداخلات اولیه

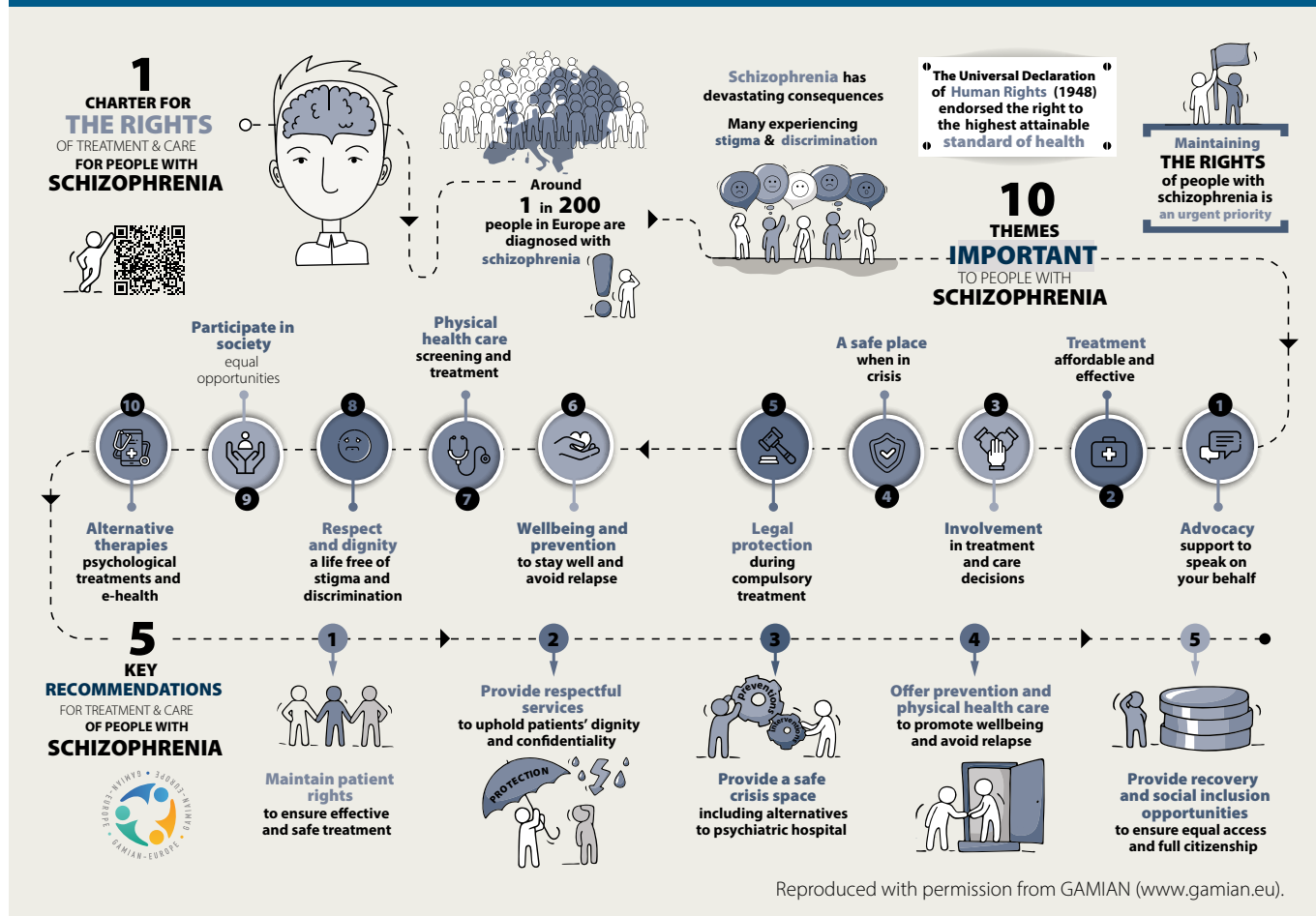
یک حجم رو به رشدی در متون بین المللی در خصوص مشاهده مزایای مداخلات اولیه در روانپریشی، که از طریق مطالعات کارآزمایی تصادفی، انجام شده، وجود دارد. علاوه بر این، مطالعات طولی یک گروه از بیماران اسکیزوفرنی برای مدت ۱۰ سال بعد از اولین حمله بیماری، نشان داده است.

که یکسال اول، دوره مهمی برای مداخلات عملکرد اجتماعی می باشد. در این بیماران، مداخلات عملکرد اجتماعی دریافت شده در طی سال اول، نشانه ای از بهبود پیامدهای طولانی مدت و لذا تغییر خط سیر ناتوانی، بود. این موارد، اهمیت حمایت مداخله ای چند وجهی در بیماران را مشخص می کند. پژوهش نشان داد که ترکیبی از درمان دارویی و روانشناختی و مدیریت مورد، جهت بهبود پیامدها در سایکوز اولیه، به ویژه کاهش علائم سایکوتیک و افزایش عملکرد اجتماعی، مطلوب می باشد. در یک مطالعه اخیر، نشان داده شد که مداخلات روانشناختی تاثیر بیشتری از دارودرمانی به تنهایی در کاهش علائم منفی اسکیزوفرنی در ۳ ماه و علائم مثبت در یک سال دارد. همچنین مشخص شد که مدیریت مورد بیش از دارودرمانی به تنهایی، در کاهش علائم مثبت و منفی در طی یک سال، موثر می باشد.

مشارکت دادن بیماران در تصمیم گیری های درمان

در مورد انتخاب های درمانی باید با بیمار که کاملا حق دارد در باره شرایطش و درمان های در دسترس مطلع شود، بحث شود و موافقت کند. این رویکرد مشارکتی، در جایی که رضایت و درک بیمار مرکز توجه است، از بهبودی موثرتر و اخلاقی تر، ما را مطمئن می کند. مهم است که توجه شود، در مواردی که بیمار می تواند برای خود یا دیگران خطرناک باشد، این رویکرد ممکن است همیشه مناسب نباشد. سایر عوامل، نظیر تسهیل در انتقال فرد از یک موقعیت استرس زا به جایی که احساس امنیت کند، همچنین می تواند یک نقش کلیدی در بهبودی ایفا کند.

شکل ۸: گامیان-منشور اروپا برای حق درمان و مراقبت برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی



در سال ۲۰۱۹، گامیان-اروپا، یک منشور برای حق درمان و مراقبت برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را ایجاد کرد، و توسط افرادی که با اسکیزوفرنی زندگی می کنند و تحت تاثیر این بیماری قرار دارند، توسعه پیدا کرد. هدف از این منشور، تعریف حقوق مراقبت و درمان سلامت روانی و مسئولیت های دولت و ارائه دهندگان خدمات، بود. توصیه های کلیدی از این منشور شامل موارد زیر می باشد:

۱ حفظ حقوق و توقعات بیمار برای درمان و مراقبت موثر و

ایمن.

۲ ایجاد خدمات سلامت روانی که احترام آمیز باشد و شان و عزت نفس بیمار را حفظ کند.

۳ ایجاد یک فضای امن قبل و در حین بحران، شامل جایگزین های (الترناتیوها) بیمارستان های روانپزشکی.

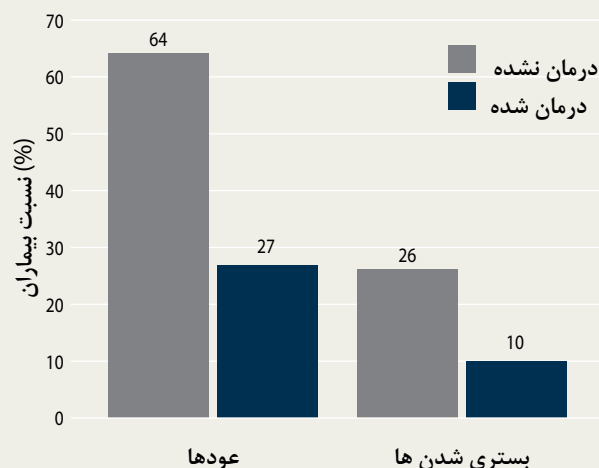
۴ اطمینان از ارائه مداخلات اولیه جهت پیشگیری از عود، حس خوب بودن و غربالگری و مراقبت سلامت جسمی.

۵ فراهم کردن بهبودی و مزایای اجتماعی شامل استخدام (به کارگیری) و سایر فعالیت های معنادار و هدفمند.

درمان های اسکیزوفرنی: داروهای ضد روانپریشی

مزایا و محدودیت های بالقوه داروهای ضد روانپریشی رایج

شکل ۹. داروهای طولانی مدت (نگهدارنده) ضد روانپریشی به طور مشخص تعداد عودها (در طی ۷-۱۲ ماه) و تعداد بستری شدن ها در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در مقایسه با دارو نما را کاهش می دهد (اطلاعات گرفته شده از یک آنالیز کارآزمایی بالینی ترکیبی).



بیشتر داروهای ضد روانپریشی در دسترس، به طور اولیه از طریق انسداد اثرات یک ناقل عصبی در مغز که دوپامین نامیده می شود، عمل می کنند. معرفی اولیه (زودتر) داروی ضد روانپریشی، می تواند تواند بهبودی پایدار و مشخص علائم را بیش از ۵ سال، ارایه دهد. همچنین، درمان نگهدارنده یا دارو درمانی طولانی مدت، کاهش خطر عود در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی را نشان داده است (شکل ۹).

به هر حال، معمولاً داروها در ابتدا به اندازه کافی داده نمی شوند، نه تا زمانی که شدت علائم باعث شود فرد به مراکز درمانی مراجعه کند.

داروهای در دسترس رایج، همچنین محدودیت های مهمی دارند (تابلوی ۱). فروکش کامل فقط در ۳۰ درصد و بهبودی در کمتر از ۱۵ درصد بیماران به دست می آید. در بین ۲۰ تا ۵۰ درصد نمونه ها، ممکن است علائم مثبت کنترل نشود و به میزان قابل توجهی آنها نمی توانند به قدر کافی علائم منفی یا تخریب شناختی را درمان کنند و خیلی از بیماران همچنان علائم سایکوز را به طور دایم، تجربه می کنند. این یک نگرانی اصلی است، چرا که علائم منفی، یک مانع قابل توجه برای زندگی مستقل است و بر توانایی کار و مدیریت روزمره خانه و اجتماع تاثیر می گذارد. علاوه بر این، علائم منفی بیشتر به عملکرد تخریب شده مربوط است تا علائم مثبت.

تخریب شناختی بر عملکردهایی نظیر روایی کلام، حافظه، توجه، پردازش سرعت، اولویت بندی وظایف و تصمیم گیری، تاثیر می گذارد. این معمولاً از سال های قبل از شروع حمله روانپریشی کامل، ظاهر می کند. هر گونه بهبود دیده شده در تخریب شناختی به دنبال مصرف ضد روانپریشی های رایج، به علت کاهش در سایر نشانه ها می باشد تا تاثیر مستقیم بر شناخت. برخی ادعا می کنند که درمان موثر نشانه های شناختی، فوری ترین اولویت برای درمان طبی اسکیزوفرنی است.

خیلی از بیماران فقط یک پاسخ نسبی به درمان نشان می دهند. حتی زمان فروکش بیماری، تعداد کمی از افراد، کاملاً بدون علامت هستند. علاوه بر این، بیش از یک سوم افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، یک پاسخ ضعیف به داروهای ضد روانپریشی نشان می دهند، و در بعضی ممکن است اسکیزوفرنی مقاوم به درمان ایجاد شود. مقاومت به درمان شایع است و در حدود ۱۰ درصد از نمونه ها بعد از اولین حمله بیماری، ظاهر می شود.

تابلوی ۱. مزایا و محدودیت های احتمالی داروهای ضد روانپریشی رایج	
مزایا	محدودیت ها
- کاهش علائم مثبت - درمان حملات حاد - کاهش خطر عود - فراهم کردن ثبات و یک پلتفرم برای سایر درمان ها - کاهش پرخاشگری و خصومت - کاهش رفتار خودکشی	- تاثیر محدود بر علائم منفی - درمان ناکافی تخریب شناختی - عوارض جانبی ناراحت کننده یا حیطة های تحمل پذیر - پذیرش پایین توسط بعضی بیماران -قبول ضعیف -ادراکات منفی

پذیرش و قبول درمان در بین بیماران اسکیزوفرنی معمولاً کم، حدود ۵۰ درصد است. عدم تداوم (قطع) مصرف داروها می تواند منجر به عواقب جدی شامل عود های مکرر و سندرم احتمالی ترک برای بیمار شود؛ لذا بررسی بالینی صحیح و با جزئیات برای تمام بیماران ضروری می باشد. مطالعات، میزان حملات عود کننده به دنبال قطع درمان داروهای ضد روانپریشی را بین ۷۷ تا بالای ۹۰ درصد نشان داده اند؛ همراه با عدم پذیرش داروها که به طور مکرر به عنوان یک نیروی محرکه ذکر می شود. عدم قبول درمان یک مفهوم پیچیده است و زمانی پدیدار می شود که ارتباطی بین نگرش های بیمار و استیگمای درک شده، همچنین سیستم مراقبت بهداشتی و چالش های بالینی و درمانی وجود داشته باشد. علاوه بر این، بیماران مبتلا به اختلالات عمده روانپریشی، به علت نقص بصیرت در مورد شرایط خود و استدلال تخریب شده، مستعد عدم تبعیت از درمان می باشند. افرادی که به خوبی به داروها پاسخ می دهند ممکن است همان کسانی باشند که بیشترین منفعت را از ادامه درمان و متعاقب آن، درمان های روانشناختی، می برند. بیشتر راهنماها توصیه می کنند که داروهای ضد روانپریشی برای افراد با یک حمله اولیه اسکیزوفرنی باید برای حداقل ۶ ماه تا ۲ سال، حفظ شود.

در بعضی از بیماران مقاوم به درمان، ممکن است علائم بهتر شود. در این نمونه ها، مدیریت با دقت، تخصصی و کنترل نیاز است و مداخله به موقع ممکن است به جلوگیری از طولانی شدن درمان با داروهای غیر موثر، کمک کند. اثر بخشی بالقوه کلوزاپین در پرداختن به جنبه های کلیدی بالینی در اسکیزوفرنی مشخص شده است و در خطوط راهنمای ملی و بین المللی درمان نیز لحاظ شده است. علیرغم این، موانعی برای مصرف آن وجود دارد که باعث می شود درصد کمی از بیماران این دارو را دریافت کنند یا با تاخیر این دارو برای آنها تجویز شود. مرور سیستماتیک پژوهش های قبلی، نیاز به آموزش و تعلیم در کنار به کارگیری تیم چند حرفه ای که می تواند مراقبت یکپارچه ارایه دهد، را مشخص کرده است. تطابق ها ممکن است در سطح فردی تجویز کنندگان و سیستم های مراقبت بهداشتی نیاز باشد، در حالی که استفاده گسترده از تکنولوژی و طراحی چک لیست های کنترل بالینی نیز می تواند کمک کننده باشد.

داروهای ضد روانپریشی با تعدادی از عوارض جانبی همراه می شوند (تابلوی ۲). این عوارض می توانند مزاحمت زیادی ایجاد کنند و پذیرش درمان و لذا احتمال بهبودی را کاهش دهد. ویژگی های فردی در بروز عوارض جانبی متفاوت است، اما شایع ترین عوارض جانبی علائم حرکتی، آشفتگی های متابولیک و هورمونی می باشد.

تابلوی ۲. عوارض جانبی مزمین احتمالی داروهای ضد روانپریشی رایج

علائم حرکتی	- حرکات سفت، آهسته، ترمور (بارکینسونیسم) - تن عضلانی غیر طبیعی یا اسپاسم های عضلانی (دایستونی) - حرکات غیر ارادی (دیسکینزی تاخیری) - تجارب ذهنی بیقراری و حرکات بیقرار (آکاتزیا)
تغییرات متابولیکی	- افزایش میزان قند خون - افزایش سطح کلسترول - افزایش تری گلیسیرید - افزایش وزن
علائم ایجاد شده در اثر تغییرات سطوح استیل کولین	- خشکی دهان - تاری دید - کاهش میزان ضربان قلب - یبوست
تغییرات فیزیولوژیکی	- کاهش فشارخون - ریت قلبی غیر طبیعی (طولانی شدن فاصله QT) - خواب آلودگی (تسکین) - تشنج - تغییرات در سطح هورمون پرولاکتین، که می تواند منجر به اختلال در عملکرد جنسی شود.

درمان های اسکیزوفرنی: درمان های روانشناختی

سایر رویکردهای درمانی نیز نشان داده شده است (تابلوی ۳). ناتوانی همراه شده با اسکیزوفرنی اغلب گسترده است، لذا درمان های روانشناختی برای مشخص کردن حیطه های چند گانه، ممکن است ترکیب شود. برای مثال، تعلیم مهارت های اجتماعی ممکن است به عنوان قسمتی از یک برنامه یکپارچه که شامل آموزش روانی خانواده، اصلاح شناختی و درمان شناختی رفتاری است، ارائه شود.

درمان های روانشناختی، نقش مهمی را در درمان اسکیزوفرنی ایفا می کنند. این درمان ها با هدف بهبود عملکرد بیمار در جامعه، که به نوبه خود می تواند منجر به بهبودی بالینی نظیر کاهش در تعداد عودها و بستری شدن ها گردد، انجام می شود. شواهد مستدل، استفاده از تعدادی از درمان های روانشناختی، نظیر درمان شناختی برای سایکوز و اصلاح شناختی و تعلیم مهارت های (CBT) رفتاری اجتماعی را در اسکیزوفرنی حمایت می کنند.

تابلوی ۳. تعدادی از مداخلات روانشناختی برای بهبود نتایج در اسکیزوفرنی (رویکردهای مبتنی بر شواهد) نشان داده شده است و سایر درمان ها نیز در حال طراحی و ارزیابی می باشد.

رویکردهای نویدبخش

- شناختی درمان تطابقی
- مداخله سبک زندگی سلامت
- مداخلات با هدف افراد سالمند
- مداخله مرحله پیش از بروز
- تعلیم شناخت اجتماعی
- (باز توانی اجتماعی) الگوی کلاب هاوس

رویکردهای مبتنی بر شواهد

- درمان اجتماعی قاطعانه
- درمان شناختی رفتاری برای روانپریشی
- اصلاح شناختی
- خانواده درمانی / آموزش روانی
- حمایت گروه همسال و راهبردهای کمک به خود
- تعلیم مهارت های اجتماعی
- به کارگیری حمایت شده
- درمان یکپارچه برای اختلال سوء مصرف مواد

(ACT) درمان اجتماعی قاطعانه

پژوهش در کشورهای مختلف مشخص کرده است که در ACT در مقایسه با مراقبت استاندارد، منجر به میزان کمتر بی خانمانی و بستری شدن می شود. آنالیزهای قبلی نشان داده اند بیمارانی که ACT دریافت می کنند، احتمالاً بیشتر زندگی مستقلی دارند و این روش می تواند میزان بی خانمانی را کاهش دهد. گرچه ACT می تواند به افراد مبتلا به اسکیزوفرنی کمک کند تا در جامعه زندگی پایدار داشته باشند، شواهد نشان می دهد که این روش تأثیر محدودی بر سایر نتایج نظیر علایم اصلی بیماری، عملکرد اجتماعی، به کارگیری (استخدام)، دستگیری و زندانی شدن، دارد.

الگوی درمان اجتماعی قاطعانه، برای مشخص کردن افزایش در میزان های عود و بستری شدن ها که به دنبال تغییر جهت از مراقبت در موسسات به مراقبت در جامعه از دهه ۱۹۸۰ در ایالات متحده ایجاد شده بود، طراحی شد. این رویکرد، در گروهی از بیماران که دریافت کنندگان بالای خدمات بودند انجام شد و یک کار تیمی بین رشته ای را در جامعه جهت ارائه دامنه ای از خدمات شامل مدیریت دارو، حمایت عملی (برای مثال خانه داری) و باز توانی را در بر دارد. این الگو از طریق تعداد بالای تماس های بیماران و نسبت کم بیمار - به - پرسنل، مشخص می شود، و لذا تقاضاهای اساسی در مورد منابع مراقبت بهداشتی را می سازد. به هر حال، برای این رویکرد و سایر درمان ها، افزایش زمان صرف شده با بیمار و مشارکت او، ممکن است به پیامدهای مثبت کمک کند.

† یک گفتار درمانی که به افراد کمک می کند تا بیماری خود را از طریق تغییر در روشی که فکر می کنند و احساس می کنند، مدیریت کنند.

CBT)درمان شناختی رفتاری برای روانپریشی

علایم روانپریشی ممکن است علیرغم مصرف داروهای ضد

روانپریشی، پا بر جا باقی بماند که می تواند یک مانع مهم در راه کسب بهبودی باشد. CBT علایم روانپریشی را از نظر شدت کاهش می دهد و در نتیجه دیسترس را کم می کند. خیلی از مطالعات نشان داده اند که این رویکرد در مقایسه با گروه کنترل، عملکرد اجتماعی را بهبود می دهد، علایم مثبت و منفی را کاهش می دهد و آشفته گی های خلقی را کم می کند. به هر حال، سایر مطالعات چنین بهبودی ها را نشان نداده اند و تاثیرات CBT بر پیامدهایی نظیر بستری شدن ها، افسردگی، خودکشی و بصیرت، هنوز به روشنی مشخص نشده است. یک مرور سیستماتیک نتیجه گرفت که CBT مزیت بیشتری بر سایر درمان های روانشناختی شامل خانواده درمانی و آموزش روانی، ارایه نمی دهد.

اصلاح شناختی

برنامه های اصلاح شناختی معمولاً شامل تمرین های طراحی شده به منظور بهبود حیطه های شناختی است که اغلب با راهبردهای آموزشی برای افزایش عملکرد این تمرین ها، ترکیب می شوند؛ همچنین ممکن است شامل راهبردهایی برای تطابق با تخریب شناختی باشند. بیشتر مطالعات دریافته اند که این نوع رویکرد برای بهبود شناخت موثر می باشد، اما اثرات آن بر عملکرد روانی اجتماعی متغیر است. به هر حال الگوهای اصلاح شناختی به میزان زیادی متفاوت هستند و تعداد مطالعات قوی در این زمینه محدود می باشد. توصیه شده است که اصلاح شناخت، اثرات سایر اشکال روان درمانی ها را از طریق افزایش توانایی یادگیری مهارت های جدید، بیشتر می کند. علاوه بر این، شواهدی (خیلی محدود) وجود دارد که ممکن است این روش فرد را در برابر اسکیزوفرنی (مربوط به کاهش جسم خاکستری در مغز بیش از یک دوره ۲ ساله) حفاظت کند و تعداد و عملکرد ارتباطی سلول های عصبی در مغز را بهبود دهد.

خانواده درمانی/آموزش روانی خانواده

خیلی از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی با خانواده های خود زندگی می کنند، لذا خانواده درمانی (که به عنوان آموزش روانی خانواده ها شناخته شده است)، می تواند نقش مهمی در افزایش بهبودی، ایفاء نماید. این فرآیند آموزش افراد و خانواده ها در مورد ماهیت و علایم بیماری، آنها را قادر می سازد تا راهبردهای تطابقی سازگاران را توسعه دهند، بر نقاط قوت خود سرمایه گذاری کنند و مراقبت از خود را یاد بگیرند. یک فرد (یا خانواده) آموزش دیده، بهتر قادر است تا در تصمیم گیری ها مشارکت داشته باشد. آموزش روانی خانواده، یک فرصت با ارزش را برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و خانواده های آنها و کارکنان خدمات بهداشتی جهت تبادل آگاهی و بصیرت در مورد تجربه های شخصی آنها از اسکیزوفرنی و مراقبت در دسترس، عرضه می کند.

از همه مهم تر، اعضای خانواده می تواند تداوم در درمان را برای فرد مبتلا به اسکیزوفرنی را حتی زمانی که کارکنان مراقبت بهداشتی در فرآیند تغییر مراقبت درگیر باشند، فراهم کنند.

رویکرد خانواده درمانی و آموزش روانی خانواده با هدف جلب مشارکت بین اعضای خانواده و کارکنان مراقبت بهداشتی انجام می شود. مطالعات به طور مداوم نشان داده است که رویکردهای آموزش روانی خانواده، در کاهش عود و بستری شدن ها، موثر هستند و در مواردی عملکرد اجتماعی را بهبود می دهند.

همچنین شواهدی وجود دارد که این اثرات طی درمان طولانی مدت (۵ سال) پابرجا باقی می ماند. یک آنالیز اولیه نشان داد که زمانی که خانواده ها وارد فرآیند درمان می شوند، در مقایسه با مراقبت معمول، عودها و بستری ها می تواند تا حدود ۲۰ درصد کاهش پیدا کند.

در مطالعه دیگری در بیمارانی که خانواده های آنها حمایت روان درمانی را دریافت کرده بودند، میزان عود در طی دو سال ۴۰ درصد بود، در مقایسه ۷۵ درصد در خانواده هایی که این کمک را دریافت نکرده بودند.

بزرگترین منفعت آموزش روانی خانواده به نظر می رسد در افرادی که حمله اولیه سایکوز یا شروع اخیر اسکیزوفرنی را دارند، دیده شود. علاوه بر این مزیت آموزش روانی هم برای اعضای خانواده وجود دارد به طوری که گزارش می کنند که سطح دیسترس کاهش پیدا کرده، روابط خانوادگی بهبود پیدا کرده و تطابق و توانمندسازی افزایش یافته است.

آموزش روانی چند گروهی خانواده

آموزش روانی گروهی چندخانواده، یک مداخله موثر دیگر مبتنی بر خانواده است. در این مدل، پرسنل تعلیم دیده، گروهی از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و خانواده های آنان را رهبری می کنند، که برای آنها اطلاعاتی در مورد سیر و درمان اختلالات روانپریشی، فراهم شده است. همچنین این پرسنل در مورد تمرین های حل مسئله ساختار یافته برای کمک به آنها جهت برآورده کردن چالش های زندگی با یک فرد مبتلا به اختلال سایکوتیک یا مراقبت از او، آموزش دیده اند. چنین رویکرد چند وجهی خانوادگی در مقایسه با آموزش روانی تک خانواده، می تواند عود را به میزان بیشتری کاهش دهد. علاوه بر این، اضافه کردن این نوع درمان به درمان با داروهای ضد روانپریشی، تقریباً اثرات درمان به تنهایی با داروها را دو برابر می کند.

با این حال، به طور متناقض، ارایه اطلاعات می تواند "استیگما به خود" را در بین افراد مبتلا به اسکیزوفرنی افزایش دهد که باعث می

شود آنها پیشداوری و تبعیض را داشته باشند. با این اوصاف، در طولانی مدت، آموزش روانی - که توسط داروهای ضد روانپریشی و روان درمانی ها حمایت شده است - در کاهش بار بیماری که توسط خیلی از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و خانواده هایشان احساس می شود، موثر است.

استخدام حمایت شده

نیاز برای داشتن چارچوب های قدرتمند، برای مثال آنچه در کمیسیون کانادایی سلامت روانی چارچوب بررسی برای اپ های سلامت روانی، یا راهنمای دولتی استرالیا برای ارائه دهندگان خدمات گذاشته شده است، در این زمینه حیاتی می شود. این چارچوب ها نه تنها باید ایمنی و کیفیت اپلیکیشن های دیجیتال سلامت روانی را مشخص کنند، بلکه کاربردهای اخلاقی در استفاده از آنها را نیز باید بررسی نمایند. علاوه بر این یک نیاز مبرم برای وضوح راهنماهای تنظیم کننده جهت اداره و کنترل تله مدیسین، و اطمینان از اینکه آنها با استانداردهای پزشکی و حقوق حمایت از بیمار، تطابق داشته باشند، وجود دارد. در حالی که تله مدیسین مزایای مهمی برای کنترل بیماری روانی نظیر اسکیزوفرنی عرضه می کند، چالش های اخلاقی و تنظیمی آن به منظور درک کامل به شیوه ای مسئولانه و بیمار محور، باید با دقت بررسی شود

راهنمای کمک همسالان (همتایان) و کمک به خود

افراد مبتلا یا تحت تاثیر اسکیزوفرنی، می توانند بصیرت قدرتمند و رسا در مورد شرایط، ارائه دهند. به عنوان یک نتیجه، مداخلات-همتا، جایگاه مهمی در مراقبت اسکیزوفرنی دارد و این رویکرد به طور فعال ارتقا پیدا می کند. همسالان نقش فعالی در حمایت متقابل و گروه های مدافع، بازی می کنند. گروه های همتا نظیر *اتحاد ملی بیماری روانی و گامیان-یورپ*، جهت کمک به خودشان و افرادی که از آنها مراقبت می کنند، با یکدیگر کار می کنند. چنین گروه هایی می توانند در حیطه های متعددی، حمایت را فراهم کنند (تابلوی ۴).

تابلوی ۴. حیطه های هدایت همتا (همتا رهبری) و گروه های مدافع که می تواند حمایت برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی را فراهم نماید.

محیط اجتماعی

ارایه بازخورد در مورد موقعیت و تجربیات جاری

اطلاعات آموزش روانی

آنتی دوت (پادزهر) های شناختی و حیطی
عقاید و نگرش هایی که فعالیت های اعضای گروه را
تعریف می کند.

مدل بهبودی مثالی از یک پادزهر شناختی است که می تواند
نگرش افراد را نسبت به بیماری خود، تغییر دهد

نشان داده شده است که حق داشتن فرصت های شغلی، خوب بودن هیجانی و روانشناختی را در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی که در جامعه زندگی می کنند، بهبود می بخشد. در کسانی که حملات روانپزشکی را تجربه کرده اند، بعضی از مشاغل ممکن است کمتر برای شرایط آنها مناسب باشد و حمایت روانپزشک جهت بررسی این یا آن شغل ممکن است سودمند باشد.

از دست دادن شغل، یکی از دلایل عمده هزینه بار بیماری سلامت روانی برای جامعه می باشد. برنامه های حمایتی شغلی می تواند به افراد در پیوستن یا ورود مجدد به نیروی کار، کمک کند. برنامه ها یک روش "مکان و تعلیم" با تاکید بر رقابتی بودن استخدام به عنوان یک هدف، و حمایت ادامه دار جهت ماندن در شغل، را اتخاذ می کنند. رویکرد "جایگزینی و حمایت فرد" (IPS)، زیر مجموعه ای از اشتغال حمایت شده است که توسط ۸ اصل اساسی شامل به کارگیری یکپارچه متخصصین درون خدمات سلامت روانی، ایفای یک نقش واسطه ای برای جفت و جور کردن میان ترجیحات جویای کار و کارفرما در یک بازار شغلی رقابتی، و شروع یک جستجوی سریع برای استخدام رقابتی، هدایت می شود. مرور سیستماتیک مشخص کرده که مداخلات اشتغال حمایت شده به ویژه IPS، تاثیر زیادی در کمک به افراد مبتلا به اختلالات روانی درون کار، دارد.

تله مدیسین

تله مدیسین، شامل ابزارهایی نظیر تماس های ویدئویی، انجمن های آنلاین، اپ ها، ارسال متون و ایمیل ها، به طور فزاینده ای در

مراقبت سلامت روانی و موثر بودن آنها به ویژه در دوران ایزوله پاندمی کووید-۱۹ دارای اهمیت شده اند. این تکنولوژی دسترسی قابل انعطافی به خدمات روانپزشکی برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی هم از خانه های آنها و هم از تسهیلات و امکانات مخصوص را ایجاد می کند.

در حالی که دسترسی و امکانات تله مدیسین برای مدیریت ادامه دار اسکیزوفرنی، به ویژه آنهایی که برای دسترسی به تیم مراقبت بهداشتی خود محدودیت های فیزیکی و جغرافیایی دارند، ارزشمند می باشد، همچنین این روش، پیشروی حیطه های متعدد اخلاقی و تنظیم کننده هایی هست که هنوز حل نشده اند.

این موارد شامل نگرانی ها در باره خلوت بیمار و امنیت اطلاعات به ویژه ماهیت حساس اطلاعات روانپزشکی داده شده، می باشد.

تعلیم مهارت های اجتماعی

در افرادی که با اسکیزوفرنی زندگی می کنند، مشکلات عملکرد

روانی اجتماعی، مرتبط با تخریب در مهارت های اجتماعی، ممکن است قبل از شروع اولین حمله بیماری وجود داشته و اگر مشخص نشوند، باقی می ماند. تعلیم مهارت های اجتماعی می تواند مهارت های اجتماعی و زندگی روزانه، عملکرد در جامعه و سایر حیطه های عملکرد اجتماعی را بهبود بخشد. همچنین این رویکرد یک اثر کوچک اما مهم در میزان های عود دارد. ارزش تعلیم مهارت

های اجتماعی ممکن است از طریق کاهش توجه در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، تا حدی محدود شود. به هر حال درمان شکل دهی و اصلاح شناختی (برای مثال استراتژی هایی جهت بهبود توجه و عملکرد شناختی)، در بهبود کسب مهارت های اجتماعی در اسکیزوفرنی، مفید است.

در یک گزارش از کمیسیون اسکیزوفرنی انگلستان، ۴۸ درصد افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، استراتژی های خود مدیریتی را به عنوان یک عامل مهم در بهبودی خود، شناسایی کردند. اهمیت مداخلات هدایت همتا(همتا رهبری) با تجربه برنامه عملی بهبودی سلامتی، که نقطه عطف مهمی را در کاربرد راهبردهای کمک به خود در اسکیزوفرنی را نشان می دهد، مشخص شده است. معلوم شده است که این برنامه جهت بهبود علائم، امیدواری و کیفیت زندگی، در مقایسه با مراقبت استاندارد در بیماران با اختلالات شدید و پایدار روانی، موثر می باشد. چنین حمایتی می تواند به طور قابل ملاحظه ای خوب بودن و کیفیت زندگی بیمار را بهبود بخشد و باید در دسترس تمام افراد مبتلا به اسکیزوفرنی قرار گیرد. همچنین شواهدی وجود دارد که استراتژی های کمک به خود ممکن است در به تعویق انداختن بستری شدن در بیمارستان، مفید باشد؛ گرچه یک مطالعه دریافت که تفاوتی در پیامدهای بالینی و اجتماعی بین افرادی که در گروه های کمک به خود شرکت می کنند و آنهایی که شرکت نمی کنند، وجود ندارد. اعلام شده است که استراتژی های هدایت همتا(همتا رهبری) در سلامت روانی، استفاده از تخت های بستری را در ایالات متحده و استرالیا، کاهش داده است و در نتیجه منجر به ذخیره هزینه های گزاف و سنگین مداخلات می شود.

تابلوی ۵. مزایای بالقوه درمان های روانی اجتماعی

مداخلات

■ قاطعانه درمان اجتماعی

■ کاهش در میزان بی خانمانی و اقامت در بیمارستان

■ درمان شناختی رفتاری برای روانپریشی

■ کاهش در علائم مثبت و منفی و آشفتگی های خلقی و بهبود عملکرد اجتماعی

■ مداخله برای حمله(مرحله اولیه روانپریشی)

■ بهبود در کیفیت زندگی، عملکرد اجتماعی و تبعیت از درمان

■ اصلاح شناختی

■ بهبود در عملکرد شناختی و روانی اجتماعی

■ آموزش روانی خانواده

■ بهبودی در بعضی از عملکردهای اجتماعی، تطابق و توانمندسازی خانواده

■ حمایت همسالان و تعلیم خود مدیتی بیماری

■ افزایش توانمندسازی و توانایی تطابق با بیماری

■ تعلیم مهارت های اجتماعی

■ بهبود در عملکرد اجتماعی

■ اشتغال حمایت شد

■ افزایش در میزان به کارگیری، ساعات کاری و دستمزد دریافت شده.

■ بدست آوردن اعتماد به نفس و کیفیت زندگی

■ درمان یکپارچه برای اختلالات سوء مصرف مواد موجود

■ کاهش در مصرف مواد و دستگیر شدن، بهبود عملکرد

استفاده از درمان شناختی رفتاری می تواند از طریق به کارگیری درمان های تخصصی، برای درمان افرادی که علامت دارند، گسترش یابد؛ به هر حال سؤال مهم این است که چگونه افرادی که ممکن است از این رویکرد بهره ببرند، شناسایی شوند و چطور باید منابع مالی تهیه شود.

محدودیت های درمان های روانی اجتماعی

درمان های روانی اجتماعی ممکن است مناسب نباشند مگر اینکه خیلی خوب کنترل شده باشند، و بیماران نسبت به وضعیت خود و نیاز به درمان، بصیرت داشته باشند. برای مثال، برای داشتن یک نتیجه موفق، انتخاب بیمار می تواند مهم باشد. افرادی که انگیزه بالایی دارند، نسبت به کسانی که انگیزه کمتری دارند، معمولاً به اصلاح شناختی بهتر پاسخ می دهند. علاوه بر این، بعضی از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، اگر با داروهای ضد روانپریشی تحت درمان نباشند، ممکن است زمانی که با مداخلات روانشناختی تحت فشار قرار می گیرند، بدتر شوند.

هزینه بعضی از درمان ها، نظیر درمان شناختی رفتاری، ممکن است در کشورهایی که این درمان از طریق خدمات بهداشت عمومی در دسترس نباشد، گزاف و کمرشکن باشند. در جایی که منابع مالی برای درمان شناختی رفتاری در دسترس باشد، اولویت ممکن است با بیماران مبتلا به سایر مشکلات روانی باشد که انتظار می رود به احتمال زیاد در شغلی که حقوق دریافت می کنند، باقی بمانند. در ایالات متحده آمریکا، خیلی از روانپزشکان بیماران تحت پوشش مدیسید (افراد کم درآمد، کودکان، زنان باردار، افراد سالمند و ناتوان)، کسانی که از مزایای بالقوه درمان های روانی اجتماعی خارج می شوند، را قبول نمی کنند. مشابه این موضوع، در خیلی از کشورها، آموزش روانی خانواده برای بستگان، از نظر مالی حمایت نمی شود.

در حالی که کشورهایی نظیر هلند، سوئد و آمریکا در مراقبت سلامت روانی تله مدیسن از طریق تسهیل موانع قانونی پیشرفت کرده اند، چالش ها در مورد تله مدیسن هنوز باقی مانده است. تعداد زیادی از کشورها در زیرساخت ها جهت گسترش مراقبت از راه دور، کمبود دارند. علاوه بر این، شکاف دیجیتال از طریق تفاوت های قومی و اقتصادی تحت تأثیر قرار می گیرد و مانع از دسترسی می شود.

همچنین مهم است به این نکته توجه شود که تفاوت های فرهنگی

در سیستم های اعتقادی، شامل مذهب و معنویت ممکن است بر سلامت روانی تأثیر داشته باشد. این عوامل طی تشخیص، زمانی

که باید عقاید معنوی از هذیان ها افتراق داده شود، مهم است.

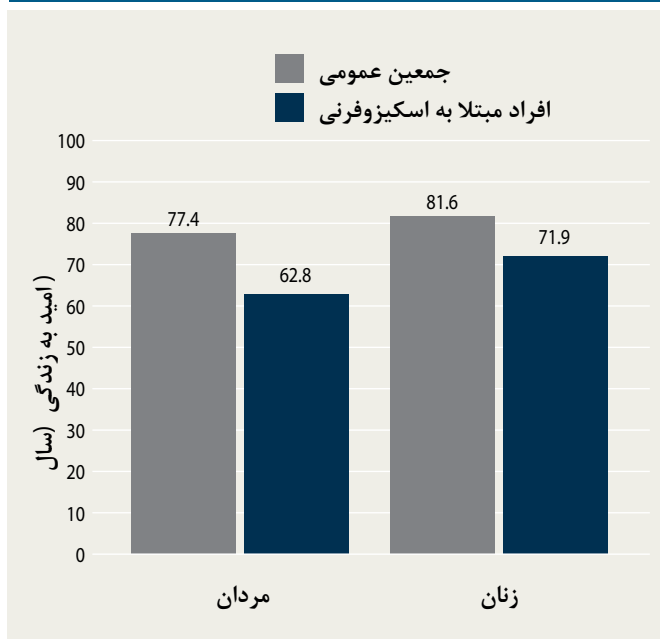
همچنین باید در نظر داشت که عقاید مذهبی می تواند بالقوه از

طریق تشویق به رفتارهای جستجوی کمک و درگیر شدن در

درمان، در فرآیند بهبودی کمک کننده باشند.

درمان برای اسکیزوفرنی: مدیریت بیماری های همراه

شکل ۱۰. افراد مبتلا به اسکیزوفرنی زودتر از جمعیت کلی می میرند. شکل میانگین کاهش در توقع زندگی در هنگام تولد در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی را در مقایسه با جمعیت کلی در لندن، انگلستان، نشان می دهد.



افزایش میزان بیماری قلبی در مقایسه با جمعیت کلی، عامل عمده مرگ های زودرس و بیماری در بین افراد مبتلا به اسکیزوفرنی می باشد. یک مطالعه از سوئد نشان داده است که در حالی که مرگ ناشی از بیماری قلبی در جمعیت عمومی کاهش یافته است، در بین افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، فزونی پیدا کرده است. عدم تشخیص و عدم درمان، به این میزان مرگ و میر بالا کمک می کند. اطلاعات از ایالات متحده آمریکا نشان می دهد که افراد مبتلا به دیابت ملیتوس و اسکیزوفرنی نسبت به کسانی که اسکیزوفرنی ندارند، برای کاهش سطوح کلسترول خود، احتمالاً کمتر استاتین دریافت می کنند. در یک مطالعه بر روی افرادی که هم دیابت ملیتوس داشتند و هم بیماری روانی، نشان داد که آنها به خاطر عوارض دیابت احتمالاً کمتر از کسانی که بیماری روانی نداشتند بستری می شدند. شاید پتانسیل استفاده از گلوکاگون، آگونیست گیرنده ۱- پپتید برای درمان عوامل خطر کاردیو متابولیک در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، وجود داشته باشد. یک مرور سیستماتیک قبلی نشان داد که استفاده از چنین موادی، چاقی را کاهش می دهد و نشانگرهای کلیدی متابولیسم را بهتر می کند.

علیرغم این موضوع که به روشنی در متون آورده شده است که اسکیزوفرنی با یک بار قابل توجه بیماری جسمی، همراه می باشد؛ گاهی اوقات کارکنان مراقبت بهداشتی توجه کمی به درمان بیماری جسمی در افراد مبتلا به مشکلات روانی، نشان می دهند. به طور متوسط افراد مبتلا به اسکیزوفرنی ۲۰-۱۵ سال زودتر از جمعیت کلی، می میرند. شکل ۱۰ موقعیتی است که به توصیف شده است. این بار (scandal) "عنوان یک رسوایی نتیجه تعدادی از عوامل شامل موارد زیر می باشد: -تعداد زیادی از رفتارهای بهداشتی ضعیف (برای مثال تغذیه ضعیف، بهداشت دهانی ضعیف، ورزش نکردن، میزان بالای مصرف سیگار و الکل یا سوء مصرف مواد). عدم تشخیص مشکلات جسمی. کاهش دسترسی به مراقبت بهداشتی در مقایسه با جمعیت کلی) علاوه بر این زمانی که مراقبت فراهم می شود خیلی دیر و با کیفیت ضعیف می باشد).

خودکشی. استیگمای خود (افراد مبتلا به اسکیزوفرنی تمایلی به جستجوی مراقبت بهداشتی ندارند چرا که می ترسند مورد پیش داوری و تبعیض قرار گیرند).

غفلت از خود یا مراقبت از خود ناکافی، به عنوان نتیجه ای از اسکیزوفرنی.

مقیاس مشکل از طریق یک بررسی که بر روی افراد مبتلا به مشکلات سلامت روانی، ۲ درصد کسانی که اسکیزوفرنی داشتند، در ۷۲ کشور اروپایی، توضیح داده شده است. این بررسی پیدا کرد که ۶۸ درصد شرکت کنندگان، حداقل یک مشکل جسمی داشتند، و شایع ترین آنها افزایش وزن (۴۵/۷ درصد)، سیگار کشیدن (۸۳/۳ درصد)، و مشکلات قلبی (۲۵/۲ درصد) بود. شرایط جسمانی نظیر تغییرات میکروبی، تغییرات سیستم ایمنی و تغییرات هورمون تیروئید و سایر هورمون ها، تنفسی) تامین اکسیژن، بر علائم تاثیر دارد اما این موارد اغلب در خیلی از کشورها، بررسی نمی شود.

افزایش وزن و مشکلات متابولیکی در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی شایع است. برای مثال این غیر شایع نیست که فردی در طی دو ماه از شروع داروهای ضد روانپزشکی، ۵ تا ۶ کیلوگرم افزایش وزن داشته باشد؛ و در خیلی از نمونه ها این می تواند منجر به افزایش خطر وضعیت هایی نظیر چاقی، دیابت ملیتوس نوع دو و بیماری قلبی شود. رژیم غذایی ضعیف و فقدان تمرین (ورزش.م) جسمی، ممکن است به این تغییرات کمک کند، با توجه به نتایج مطالعات گذشته، رژیم غذایی ممکن است اغلب در افراد مبتلا به بیماری شدید روانی، ضعیف باشد.

به هر حال با توجه به اینکه موانعی برای کنترل و مدیریت عوامل خطر قلبی متابولیکی در بیمارانی که داروهای ضد روانپزشکی برای آنها تجویز شده است، وجود دارد، و نیاز برای داشتن راهنماهای واضح و منابع آموزشی برای مشخص کردن این موارد، دیده می شود.

سیگار کشیدن یک عامل عمده دیگر بیماری جسمی در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی است. سیگار کشیدن اغلب با یک رژیم غذایی ضعیف و چاقی، ترکیب می شود. بنابراین مداخلات جهت توقف سیگار کشیدن باید قسمتی از مراقبت اسکیزوفرنی باشد. شواهد توصیه می کنند که راهبردهای توقف سیگار کشیدن که در جمعیت عموم کار می کند، در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی نیز موثر می باشد.

سوء مصرف الکل و مواد نیز در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، شایع است؛ در مقایسه ۱۵ درصد در جمعیت کلی، آنها حدود ۵۰ درصد اختلال سوء مصرف مواد در طی زندگی خود دارند. این افراد اغلب از کارآزمایی های بالینی خارج می شوند به این معنا که شواهد مبتنی بر مداخلات در این جمعیت، محدود می باشد. سوء مصرف الکل و مواد با یک پیامد ضعیف در مورد عود ها، بستری شدن ها، تخریب در عملکرد و بیماری جسمی، همراه می شود. سوء مصرف حشیش یک نگرانی ویژه است که عامل خطر شناسایی شده برای پیشرفت اسکیزوفرنی، به خصوص در افراد جوان می باشد. به این دلایل، کاهش سوء مصرف مواد در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، یک اولویت است. به طور ایده ال، سوء مصرف مواد باید با استفاده از ترکیبی از داروها و درمان های روانشناختی و رفتاری، علاج شود. چنین درمانی باید به جای اینکه توسط آژانس های مجزا، ارایه شود، در درون مراقبت های روانپزشکی، ادغام گردد.

در سال های اخیر توجه به مشکلات جسمی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، افزایش یافته است که منجر به بهتر شدن هماهنگی بین خدمات مراقبت بهداشتی، با افزایش نقش پزشکان مراقبت اولیه، شده است. یک مطالعه به بار اقتصادی اسکیزوفرنی در بیماران در نواحی در حال توسعه کشور چین، نگاه کرده است و نتیجه گرفته است که برای کاهش بار اقتصادی اسکیزوفرنی در جامعه، باید به پیشگیری فعال سایر بیماری های جسمی؛ کاهش طول مدت بستری در بیمارستان ها؛ و بهبود مراقبت در جامعه، توجه شود.

مراقبت دهندگان نیز به طور فزاینده در کنترل خوب بودن جسمی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، از طریق تشکیل "یک اتحاد درمانی" با کارکنان مراقبت بهداشتی، مشارکت می کنند. علاوه بر این، اعضای خانواده و پزشکان اغلب مشکلات سلامت جسمی را راحت تر و در دسترس تر از خود افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، شناسایی می نمایند.

چشم انداز سیاست برای اسکیزوفرنی

چشم انداز سیاست برای اسکیزوفرنی: زمینه تاریخی

در بعضی از کشورها، موسسه زدایی، از طریق اصلاحات مربوط به رفاه- برای مثال اصلاحیه اکتبر ۱۹۶۳ رئیس جمهور ایالات متحده آمریکا، جان اف کندی، عمل امنیت اجتماعی ایالات متحده با هدف امکان بیشتر برای افراد مبتلا به موقعیت های سلامت روانی جهت داشتن یک زندگی مستقل- مورد حمایت قرار گرفت. در سایر نواحی، نظیر بلغارستان، موسسه زدایی و کاهش در تعداد تخت های بستری منجر به افزایش محدودیت در حمایت اجتماعی شد که این موضوع باعث ایجاد اثر منفی بر کسانی که تحت تاثیر قرار گرفته بودند، گردید.

همچنین اواسط قرن بیستم، شاهد ظهور سازمان های غیر با تمرکز بر سلامت روانی بود. سپس در اوایل ۱۹۹۰، NGOs دولتی سازمان ملل نیاز به بهبود مراقبت سلامت روانی را به طور جهانی، در رابطه با اعمال غیر انسانی و سپس شیوه های بد غالب در مراقبت سلامت روانی، مشخص نمود. در سال ۱۹۹۱، مجمع عمومی سازمان ملل، اصول حفاظت از اشخاص مبتلا به بیماری روانی و بهبود مراقبت سلامت روانی را تایید و امضاء کرد، که ۲۵ اصل راهنما را که از آزادی پایه و ضروری و نیازهای اساسی شروع می شود، تا اولویت بندی زندگی در جامعه، تنظیم آزمایشات طبی و داروها، تعریف استانداردهای مراقبت و درمان، نیاز به رضایت آگاهانه برای درمان و اطلاع بیماران از حقوق خود، تهیه شد. این اصول به عنوان مرجعی برای تفسیر کنوانسیون بین المللی حقوق بشر، می باشند.

بر اساس کنوانسیون برای حفاظت از حقوق بشر و آزادی های اساسی سال ۱۹۵۰، در سال ۲۰۰۴ کمیته وزرای شورای اروپا، مجموعه ای از دستورالعمل ها در مورد حفاظت از حقوق بشر و شان افراد مبتلا به اختلالات روانی، و توصیه های بعدی در مورد چگونگی کنترل و اجرای این خطوط راهنما را تایید کرد. این ها با یکدیگر یک ابزار جهت طراحی یک سازمان مطلوب برای حقوق بشر بر اساس سیستم یکپارچه خدمات سلامت روانی مبتنی بر جامعه را شکل دادند.

در سال ۱۹۹۳، مجمع عمومی سازمان ملل، قوانین استاندارد یکسان سازی فرصت ها برای افراد مبتلا به ناتوانی را با تاکید بر قوانین اجتماعی، اتخاذ کرد و فرصت های مساوی برای همه را ارتقاء داد.

در سراسر قرن ۱۹ و اوایل قرن ۲۰، بیمارستان های روانپزشکی تسهیلات مراقبت اولیه را برای افرادی که دارای مشکلات روانی بودند در اروپا و فرای آن، ارایه می دادند. از نیمه قرن بیستم به علت افزایش حرکات حقوق بشر و بیانیه حقوق بشر در سال ۱۹۴۸، یک بررسی دقیق روی درمان بیماران روانی، وجود داشت. پژوهش ها مشخص کردند که بیمارستان های روانپزشکی، تاثیر درمانی اندکی داشتند و اختلالات بیماران را تایید یا حتی بدتر می کردند. در بعضی از کشورها برای مثال اتحاد شوروی، روانپزشکی و تشخیص "اسکیزوفرنی تنبل"، برای سرکوب مخالفان سیاسی و سوء استفاده از کار پزشکی برای کنترل سیاسی، استفاده می شد. نمونه های مستند شده توسط عفو بین الملل و سایرین نشان می

دهد که افراد زیادی به اشتباه در مراکز روانپزشکی به خاطر مخالفت با دولت، محدود شده بودند. این حیطه که منجر به کناره گیری اتحاد شوروی از انجمن جهانی روانپزشکی شد، چالش های اخلاقی در تشخیص روانپزشکی و خطرات بهره برداری آن برای سرکوب سیاسی را مورد تاکید قرار می دهد. ظهور داروهای سنتی ضد روانپریشی از دهه ۱۹۵۰، شروع به بستن موسسات بزرگ بهداشت روانی کرد. از دهه ۱۹۶۰، اصلاح سیاست سلامتی، در پاسخ به افزایش حرکات حقوق بشری و در دسترس بودن داروهای ضد روانپریشی سنتی، منجر به عدم بستری شدن، انتقال از مراقبت مبتنی بر بیمارستان به سمت مراقبت مبتنی بر جامعه، در خیلی از کشورهای اروپایی شد. اصلاح سلامت روانی ۱۹۷۸ ایتالیا (قانون بازآگلیا یا قانون ۱۸۰)، با بستن بیمارستان های روانپزشکی ایتالیا و به نفع خدمات جامعه، مثالی از این تغییر جهت می باشد. در مدت کوتاهی بعد از آن، مراکز بهداشت روانی جامعه و واحدهای روانپزشکی حاد در ایالات متحده و سایر کشورها شروع به کار کردند، و برنامه های مداخلات مبتنی بر جامعه شروع به ظهور کردند. کشورهایی نظیر ایتالیا، و کشورهای زیادی به دنبال آن، خانه های حفاظت شده و خدمات حمایتی گوناگون، نظیر مدل بازتوانی روانی اجتماعی کلاب هاوس با اولین مسکن، را معرفی کردند. به عنوان یک رویکرد بالقوه، مراقبت مبتنی بر بهبودی، مراقبت مبتنی بر شواهد و مراقبت طولانی مدت در جامعه برای افرادی که با بیماری شدید روانی نظیر اسکیزوفرنی، زندگی می کنند، توسعه پیدا کرد.

۲۲ قانون در مورد افراد مبتلا به ناتوانی شامل ۴ فصل-پیش شرط ها برای شرکت مساوی، حیطه های هدف برای شرکت مساوی، سنجش های اجرا، و مکانیسم کنترل- است که تمام جنبه های زندگی را پوشش می دهد. به دنبال این، در اوایل دهه ۲۰۰۰، سازمان بهداشت جهانی، یک سری از مطالب منتشر شده به عنوان قسمتی از خط مشی سلامت روانی و بسته راهنمای خدمات آنها را معرفی کرد و پروژه پیشرفت های روانی توسعه کشورها (MIND) شروع شد.

در سال ۲۰۰۶ مجمع عمومی سازمان ملل گردهمایی سازمان ملل در مورد حقوق افراد با ناتوانی ها (CRPD) که از نظر قانونی الزام آور می باشد، را تایید کرد، که باعث تحول در گفتمان حقوق افراد ناتوان شده است. CRPD افراد مبتلا به ناتوانی، شامل کسانی که مشکل روانی دارند، کسانی که باید مشابه سایرین از آزادی های اساسی و حقوق بشری لذت ببرند و ورود کامل به جامعه و مشارکت در آن را ارتقاء می دهد، را شناسایی می کند. این یک تغییر جهت از مدل سنتی بیومدیکال ناتوانی، که به ناتوانی به عنوان یک آسیب فردی که نیاز به مداخله طبی دارد نگاه می کند، به سمت یک مدل اجتماعی با تاکید بر اینکه ناتوانی نتیجه موانع محیطی است که منکر حقوق انسانی می شود، را نشان می دهد. این اقتباس از CRPD، تلاش های موسسه زدایی در خیلی از کشورهای اروپایی و پیشرفت های زیادی در اصلاح قوانین، حقوق مبتنی بر کار بالینی و تصمیم گیری های حمایت شده* در کشورهای سراسر دنیا را تشدید کرده است. مقاله CRPD۱۲

اذعان می کند که افراد مبتلا به ناتوانی باید خودشان تصمیم بگیرند و این تصمیم باید مورد احترام دیگران واقع شود. حق داشتن ظرفیت (توانایی) م. قانونی، هم تصمیم های رسمی (نظیر ازدواج و یا معاملات املاک) و هم انتخاب های روزمره غیر رسمی را در بر می گیرد. علاوه بر این، آنها باید از حق مساوی برای داشتن مستغلات، کنترل مسایل مالی و داشتن اطمینان مساوی برای دسترسی به اعتبار مالی، برخوردار باشند. اغلب این حقوق به وسیله تصمیم هایی که توسط افراد یا پرسنلی که از آنها مراقبت می کنند، نادیده گرفته می شود؛ عملی که به عنوان اجبار شناخته می شود. انکار ظرفیت قانونی می تواند در جایگاه های مختلفی نظیر خانه، مدرسه، محل

کار، امکانات سلامت، روانی و حتی مراکز بازداشت، رخ دهد. این تمایز می تواند بین ظرفیت قانونی و ظرفیت روانی "حیاتی باشد؛ اولی یک حق ذاتی است، در حالی که دومی به عنوان توانایی تصمیم گیری اطلاق می شود. حمایت در تصمیم گیری باید در

دسترسی باشد، اما باید در نظر گرفتن ایمنی حفاظت در برابر سوء آزار. این باید متناسب باشد و غاری از نفوذ ناروا باشد و به طور منظم

توسط یک مقام مورد اعتماد، بررسی شود .

WPA از گزینه های مراقبت بهداشت روانی غیر اجباری، همسو با اصول CRPD حمایت می کند. در سال ۲۰۲۰، WPA بر تلاش های مشترک جهت احترام به حقوق بیمار و بهبود استانداردهای مراقبتی، تاکید کرد. موقعیت آنها از مشارکت دادن بیمار و مداخله زودتر در مراقبت روانپزشکی، حمایت می کند و نیاز برای تغییر که توسط روانپزشکان هدایت می شود را برجسته می نماید . به هر حال، کاربرد CRPD در سلامت روانی، به ویژه در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، مناقشه برانگیز باقی مانده است. بحث حول مفهوم "ظرفیت قانونی" و واژه تعریف نشده "خواسته ها و ترجیحات"، می چرخد. منتقدان ادعا می کنند که حالت سختگیرانه CRPD به ویژه در مقاله ۱۲، می تواند به افراد زیادی صدمه بزند در حالی که هدف آن حفاظت می باشد. برخی قسمت های سازمان ملل و محافل دانشگاهی این سؤال را مطرح می کنند که آیا تفسیر سخت و دقیق CRPD، واقعیت ظرفیت توانایی های تصمیم گیری را نادیده می گیرد. از طریق منع هر گونه مداخله غیر ارادی و داوطلبانه برای افراد ناتوان، برخی ادعا می کنند که این تفسیر سخت و دقیق، به آنها که قادر به تصمیم گیری صحیح نیستند، آسیب می زند، همانطور که آنها نمی توانند مجبور به پذیرش کمک ضروری شوند. منتقدان توصیه می کنند که CRPD نیاز دارد دوباره تفسیر شود، اصلاح گردد و یا در برخی نمونه ها به طور اختصاصی برای مشخص شدن جنبه های مشکل آفرین آن، استفاده شود.

چشم انداز سیاست برای اسکیزوفرنی: امروز

ایجاد یک محیط حمایتی در جایی که فرد مبتلا به اسکیزوفرنی بتواند به سمت بهبودی کار کند، در مراقبت اسکیزوفرنی جنبه اصلی و مرکزی دارد. علاوه بر این، می تواند یک پیش نیاز موثر برای تمام رویکردهای دیگری باشد که در این گزارش در مورد آنها بحث شد. یک محیط حمایتی، مفهومی با دامنه وسیع می باشد که شامل عوامل مختلف اجتماعی و قانونی می باشد (تابلوی ۶). به هرحال، در حال حاضر، خیلی از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، در یک محیط حمایتی قرار ندارند .

توجه به نیازهای محیطی می تواند در کمک به افراد مبتلا به اسکیزوفرنی جهت دستیابی به پیامدهای مطلوب، سود داشته باشد. نیازهای محیطی کلیدی شامل توانایی جهت انجام وظایف کاری به اندازه کافی، مدیریت خوب مالی و روابط بین فردی ایمن، می باشد؛ زمانی که این نیازها مشخص شده باشند، عملکرد اجتماعی اغلب بهبود می یابد. به هرحال، افراد مبتلا به اسکیزوفرنی زمانی که در جستجوی کار هستند یا وقتی سعی می کند یک رابطه نزدیک برقرار کنند، اغلب با پیش قضاوت و تبعیض مواجه می شوند.

*تصمیم گیری حمایت شده ابزاری است که به افراد مبتلا به ناتوانی اجازه می دهد که از طریق انتخاب حامیانی که به آنها در انتخاب کمک می کنند، در ظرفیت تصمیم گیری باقی بمانند. فردی که از تصمیم گیری حمایت شده استفاده می کند، مشاوران مورد اعتماد نظیر دوستان، اعضای خانواده یا پرسنل برای خدمت به عنوان حامی (قیم)، انتخاب می کند.

سازمان بهداشت جهانی پیش بینی می کند که تا سال ۲۰۲۳، کشورها سیاست و قوانین سلامت روانی خود را به منظور همخوانی با استانداردهای بین المللی حقوق بشر، اصلاح خواهند کرد. در منطقه آسیا اقیانوسیه APEC بر نیاز به جوان کردن سلامت روانی

بعد از پاندمی کووید-۱۹، پژوهش و افزایش سیاست، تاکید می کند. همزمان، سازمان ملل نقش حیاتی و مهم دولت ها در دستیابی

به پوشش جهانی سلامتی، که ضرورتا شامل خدمات سلامت روانی، حمایت از اختصاص منابع، به اشتراک گذاری دانش، و همکاری بین المللی می باشد، را برجسته می کند.

مفهوم "سلامت روانی در تمام سیاست ها" گسترش (کشش.م) پیدا کرده است. شورای اتحادیه اروپا، در نتیجه گیری ۲۰۲۳ در مورد سلامت روانی، یک رویکرد جامع نسبت به سلامت روانی، تمرکز بر احساس خوب بودن، تطابق با استرسورهای زندگی و همکاری با جامعه را مشخص کرده است. این رویکرد تاثیر همه گیری کووید-۱۹ و سایر چالش های اجتماعی را با فشار بر تلفیق سیاست های سلامت روانی با قسمت های مختلف نظیر استخدام، آموزش و دیجیتال شدن، شناسایی می کند. مشابه این، کمیسیون اروپا، همکاری بین بخشی، ترغیب بخش های ماورای سلامتی، نظیر آموزش، به کارگیری و حفاظت اجتماعی، و قرار دادن توجهات سلامت روانی به درون سیاست های خود، را ارتقاء داد. کمیسیون اروپا معتقد است که این رویکرد کلی می تواند شمول اجتماعی و استیگمازدایی سلامت روانی را ترویج دهد. این توسط ابتکار عمل "سالم تر یا یکدیگر"، که اختلالات روانی و عصبی در بین سایر NCDs را مشخص می کند، حمایت شده است. همکاری اقتصادی آسیا اقیانوسیه (APEC) این تمایل را منعکس می کند و سیستم های حمایت اجتماعی را برای هماهنگی بیشتر نسبت به نیازهای افراد دارای مشکلات سلامت روانی، فرا می خواند.

تابلوی ۶. عوامل کمک کننده به یک محیط حمایتی.

- قانون حمایتی
- شمول اجتماعی
- اشتغال
- مسکن
- دوست شدن
- حفاظت علیه تبعیض
- ارتقاء شایستگی/ظرفیت
- استفاده از حداقل درمان های محدود کننده تا حد ممکن
- حمایت از خانواده و فراهم کردن مراقبت از کودک
- در طی حملات حاد
- فراهم کردن خدمات اجتماعی

در ایجاد یک محیط با سیاست حمایتی، اولویت بندی سلامت روانی در یک سطح فراملی همچنان در حال تکامل می باشد؛ گرچه به طور کلی با تمرکز بر سلامت روانی عمومی و به ندرت به طور مستقیم رسیدگی به نیازهای خیلی تخصصی و فوری افرادی که با اختلالات روانی شدید زندگی می کنند، است. سازمان های چند سازمان برای همکاری و توسعه، WHO، جنبه نظیر سازمان ملل، همکاری اقتصادی آسیا، (OECD) اقتصادی کمیسیون اروپا، شورای اروپا، شورای اتحادیه، (APEC) اقیانوسیه اروپا و پارلمان اروپا، اخیرا نیاز به اولویت بندی سلامت روانی را برجسته کرده است.

بیشتر راهنماها و توصیه ها می تواند بر اساس مضامین

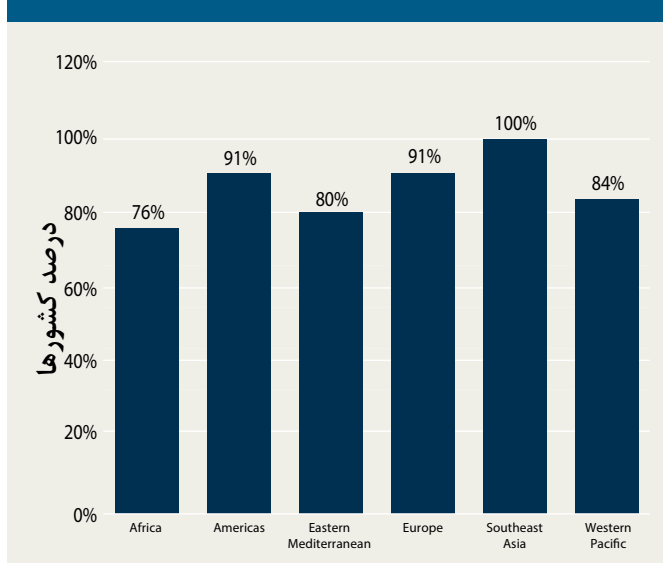
زیر اولویت بندی شود:

- ۱- اولویت بندی سیاست سلامت روانی
- ۲- راهنمای سیاست جهت دسترسی به کیفیت مراقبت سلامت روانی
- ۳- ترویج یک رویکرد مراقبت جامع و یکپارچه سلامتی و اجتماعی برای اختلالات شدید روانی

اولویت بندی سیاست سلامت روانی

قانون اساسی WHO و اهداف توسعه پایدار سازمان ملل ۲۰۳۰، به عنوان چارچوب راهنما برای پیگیری بالاترین استاندارد قابل دسترسی سلامت روانی، حمایت برای پوشش جهانی سلامتی و کیفیت خدمات ضروری مراقبت بهداشتی، تایید شده اند. تاکید بر توانمندسازی رهبری و حکمرانی در سیاست سلامت روانی، در راستای ابتکار عمل مخصوص سازمان بهداشت جهانی برای سلامت روانی (۲۰۱۹-۲۰۲۳) است، که هدف آن افزایش دسترسی به خدمات سلامت روانی در ۱۲ کشور دارای اولویت می باشد.

شکل ۱۱. درصد کشورهایی با یک سیاست مستقل سلامت روانی از سال ۲۰۲۰ بر اساس ناحیه



علاوه بر این، در سطح اتحادیه اروپا و کمیسیون اروپایی، نیاز به افزایش سلامت روانی از طریق مدل های مراقبتی خلاق، با تمرکز شدید بر چالش های مراقبت طولانی مدت، برجسته شده است. استراتژی آنها پیرامون تقویت سیستم های سلامت روانی، افزایش دسترسی به درمان و استحکام خدمات جامعه، می چرخد. به موازات، پارلمان اروپا، بر کشورهای عضو خود جهت ادغام مراقبت بهداشتی جسمی و روانی و شناسایی پیوند ذاتی بین این دو، اصرار دارد.

در آخر، شرکت بیماران در شکل دهی سیاست های بهداشت

روانی، حیاتی تلقی می گردد. سازمان ملل یک رویکرد مشارکتی، با درگیر کردن افرادی که ناتوانی های روانی اجتماعی دارند و آنهایی که به خدمات سلامت روانی نیاز دارند، در تدوین سیاست و اجرا، تشویق می کند.

راهنمای سیاست جهت دسترسی به کیفیت مراقبت سلامت روانی

یک مرور توسط گزارش سلامت روانی جهان، سازمان بهداشت جهانی، اختلاف فاحشی در دسترسی مراقبت سلامت روانی جهانی را مشخص می کند: تنها کسری از نیازمندان به خدمات با کیفیت، موثر و مقرون به صرفه، دسترسی دارند. در سراسر جهان، ۷۱ درصد افراد مبتلا به سایکوز، درمان نشده باقی می مانند. در حالی که ۷۰ درصد در کشورهای با درآمد بالا، درمان را دریافت می کنند، این تصویر به حدود ۱۲ درصد در کشورهای با درآمد پایین، سقوط می کند. زندگی بهتر برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، یک هدف قابل دستیابی است. گام های مهمی در سال های اخیر برداشته شده است، اما یک سفر اساسی در پیش رو وجود دارد. نکته کلیدی در این پیشرفت، یک رویکرد تیمی یکپارچه می باشد، همکاری

روانپزشکان، محدوده ای از کارکنان حرفه ای مراقبت بهداشتی، ارایه دهندگان مراقبت اجتماعی، و سایر نمایندگی های خارجی، ضروری است. به طور انتقادی، این رویکرد باید شامل همکاری و مشارکت فعال بین افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، مراقبت دهندگان آنها، خانواده ها و سایر سیستم های حمایتی باشد. نتیجه گیری ۲۰۲۳ در مورد سلامت روانی شورای اتحادیه اروپا، و گزارش و عملکردهای مربوطه توسط سازمان های بزرگ نظیر سازمان بهداشت جهانی، سازمان ملل، کمیسیون اروپایی و OECD، در مجموع، نیاز فوری به مراقبت سلامت روانی با کیفیت بالا و مقرون به صرفه و در دسترس را، تأیید می کنند. برای رسیدگی به این حیطه ها، ارتباطات بر رویکرد جامع به سلامت روانی کمیسیون اروپایی، اصول برای در دسترس بودن پیشگیری، مراقبت بهداشتی با کیفیت، و تلفیق اجتماعی را مشخص می کند.

تمرکز بر خدمات و سیاست های یکپارچه و چند بخشی، مبارزه با استیگما و تبعیض همراه شده با حیطه های سلامت روانی و ارتقای کیفی و ضد تبعیض در مراقبت بهداشت روانی، می باشد. این برنامه شامل ۲۰ ابتکار شاخص است و با ۱/۲۳ بلیون یورو در بودجه، حمایت می شود. سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی را در سیزدهمین برنامه کلی کار برای ۲۰۲۳-۲۰۱۹، اولویت بندی کرده است. در همین راستا، ابتکار عمل مخصوص سازمان بهداشت جهانی برای سلامت روانی، با یک هدف

تأمین مالی ۶۰ میلیون دلاری طی ۵ سال، به منظور گسترش مراقبت سلامت روانی با کیفیت و مقرون به صرفه به ۱۰۰ میلیون نفر دیگر در ۱۲ کشور دارای اولویت، کار می کند. این ابتکار عمل از طریق توصیه هایی از گزارش سلامت روانی جهانی سازمان بهداشت جهانی، تکمیل شده است که تقویت مراقبت سلامت روانی را از طریق تغییر مکان، چگونه و توسط چه کسانی مراقبت سلامت روانی آرایه و دریافت شود، توصیه می کند. در اینجا آنها بر یک شبکه مبتنی بر جامعه و دامنه ای از خدمات که مراقبت سلامت روانی را با مراقبت بهداشت عمومی و استفاده از تکنولوژی های دیجیتال جهت کمک به خود و مراقبت از راه دور، تلفیق می کنند، تأکید می نمایند. از طریق برنامه عملی جامع سلامت روانی ۲۰۲۳-۲۰۳۰، سازمان بهداشت جهانی یک هدف جاه طلبانه دو برابر کردن تسهیلات سلامت روانی مبتنی بر جامعه، تنظیم کرده است. این به عنوان یک مرحله محوری برای دستیابی به پوشش جهانی سلامت، و اطمینان از اینکه خدمات سلامت روانی نادیده گرفته نمی شود، تلقی می شود.

همچنین ظرفیت ساخت و آموزش مهم می باشد. OECD، تعلیم کارکنان مراقبت اولیه جهت شناسایی و درمان مشکلات روانی را برجسته می کند، در حالی که کمیسیون اروپا و سازمان ملل تمرکز بر ساخت ظرفیت ها به ویژه برای افراد آواره، و به کارگیری و حفظ کارکنان بهداشتی ماهر در نواحی محروم، دارند. این رویکرد کلی با هدف بهبود احساس خوب بودن روانی در سراسر اتحادیه اروپا با تأکید بر همکاری بین کشورهای عضو و کمیسیون به منظور ارتقاء تاب آوری سلامت روانی و اطمینان از مراقبت با کیفیت بالا، می باشد. در کشورها یا مناطق دارای کاهش نسبت روانپزشک به جمعیت، نقش روانپزشکان به طور فزاینده ای با روان پرستاران با صلاحیت و تعلیم دیده تکمیل می شود و دستیاران پزشک با گواهی (مدرک.م) روانپزشکی کمک می کنند. این افراد حرفه ای اغلب تحت نظر یک هدایت کننده پزشکی کار می کنند و خدمات ضروری را آرایه می دهند. این رویکرد می تواند به مشخص کردن تقاضای مهم برای خدمات سلامت روانی، کمک نماید.

برای سیستم های مراقبت بهداشتی خصوصی، مکانیسم های بازپرداخت تنظیم شده، جهت حمایت و حفظ مراقبت با کیفیت بالا، ضروری می باشد. منابع مالی کافی برای مراقبت موفق، ضروری است.

یک رویکرد جامع نسبت به سلامت روانی کمیسیون اروپا که در ژوئن ۲۰۲۳ اعلام شد، سلامت روانی را به عنوان بیش از یک حیطه سلامتی که شامل آموزش، دیژیتالی شدن، استخدام، پژوهش، توسعه شهری، محیط و اقلیم می باشد، شناسایی کرد. این ارتباطات

۲۰ محصول مهم، با فرصت های مالی به ارزش ۱/۲۳ بلیون یورو برای حمایت کشورهای عضو در این رویکرد جامع، را تشریح می کند.

در اکتبر ۲۰۲۳ WHO و دفتر کمیسیونر عالی حقوق بشر، به طور مشترک سلامت روانی، حقوق بشر و قانون گذاری: راهنما و عمل را طراحی کردند. این راهنما اهداف سیستم های سلامت روانی جهت تطبیق با رویکرد مبتنی بر حقوق، تشریح مقررات قانونی برای موسسه زدایی، دسترسی به خدمات با کیفیت سلامت روانی در جامعه، مشخص کردن استیگما و تبعیض، و کم کردن اجبار در خدمات سلامت روانی را تعیین می کند. این راهنما شامل یک چک لیست برای کشورها جهت تراز کردن قوانین شان با استانداردهای حقوق بشری جاری، می باشد

علاوه بر این، گزارش آگوست ۲۰۲۱ OECD یک معیار جدید برای سیستم های سلامت روانی: مقابله هزینه های اجتماعی و اقتصادی سلامت روانی III، یک تجزیه و تحلیل از عملکرد سیستم های سلامت روانی را عرضه کرد، اصلاحات جدید را برجسته کرد، و بهبود رویکردها جهت بهتر شدن ارضای نیازهای سلامت روانی را شناسایی کرد. این گزارش چارچوبی را جهت درک عملکرد سلامت روانی با شاخص های قابل مقایسه بین المللی، یک روش مورد انتظار برای رشد به عنوان اینکه اطلاعات بیشتری در دسترس باشند ساخت.

سرمایه گذاری باید با سایر شرایط نظیر سرطان و بیماری قلبی، مطابقت داشته باشد. این منابع مالی برای پژوهش، درمان، خدمات و آموزش کارکنان مراقبت بهداشت روانی در آینده، حیاتی می باشد. اخیراً، دسترسی به درمان های موثر روانی اجتماعی توسط سیستم های مراقبت بهداشتی عمومی، که در کشورهای مختلف خیلی متفاوت هستند و اغلب دسترسی خیلی از بیماران به درمان های اساسی را انکار می کنند، تامین مالی می شود. همچنین حمایت بیشتر برای مطالعات مستقل به منظور کشف و اعتبار مداخلات سودمند، نیاز فوری است.

ترویج یک رویکرد مراقبت جامع و یکپارچه سلامتی و اجتماعی برای اختلالات شدید روانی

در نتیجه گیری ۲۰۲۳ سلامت روانی، شورای اتحادیه اروپا، نیاز فوری برای انتقال خدمات سلامت روانی از متمرکز بر بیمارستان به جایگاه مبتنی بر جامعه، ترویج یک رویکرد جامع یکپارچه، را شناسایی کرد. چارچوب اروپایی سازمان بهداشت جهانی برای عمل روی سلامت روانی ۲۰۲۵ - ۲۰۳۰ و طرح عملی جامع سلامت سازمان بهداشت جهانی ۲۰۳۰ - ۲۰۴۳، بیشتر بر این نیاز تاکید کرد، اهمیت خدمات سلامت روانی و مراقبت اجتماعی

یکپارچه و پاسخگو در جایگاه جامعه را برجسته کرد، و اهداف برای افرادی که با مشکلات سلامت روانی زندگی می کنند شامل:

- دریافت آسان تر خدمات سلامت روانی و مراقبت اجتماعی؛
- عرضه درمان در جایگاه های مبتنی بر جامعه توسط کارکنان بهداشتی ماهر؛
- شرکت در سازماندهی دوبار مشاوریه و ارزیابی خدمات به طوری که درمان مناسب منطبق بر نیازهای آنان باشد؛
- کسب دسترسی بیشتر به برنامه های دولت برای مزایای ناتوانی، مسکن و امرار معاش، و شرکت بهتر در کار و زندگی در جامعه.

تمام ۱۹۴ کشور عضو سازمان جهانی بهداشت، متعهد نسبت به اهداف جهانی، تبدیل سلامت روانی تا سال ۲۰۳۰ را امضا کرده اند. سازمان

بهداشت جهانی پیشرفت ها را از طریق اطلس سلامت روانی، که هر ۳ سال تولید می شود، و برنامه عملی خلاء سلامت روانی (mhGAP) آنها که بر اساس راهنما و ابزارهای مبتنی بر شواهد به منظور پیشرفت به سمت دستیابی به اهداف طرح عملی سلامت روانی جامع ۲۰۳۰-۳۱۰۲، فراهم می شود، کنترل می کند.

چه چیز بیشتری می تواند انجام شود؟

اجرای توصیه های تعیین شده در این گزارش نیاز به تلاش متعهدانه و جمعی از جانب تمام ذی نفعان دارد. سیاست گذاران در هر سطحی، متخصصین بالینی، نمایندگی های جامعه، و اجتماع در سطح بزرگ، باید فعالانه برای ایجاد تغییر، درگیر شوند. همچنین این درگیر شدن باید نیازهای اختصاصی LMICs جایی که نابرابری ها در دسترسی به مراقبت بهداشتی و منابع بیشتر به چشم می آید، را مشخص نماید. تطبیق توصیه های کلی با زمینه محلی، پذیرش محدودیت ها در منابع، و اعمال نفوذ منابع جامعه، جهت اجرای موثر در این نواحی، حیاتی و مهم هستند.

با اقدام متعهدانه و هماهنگ از تمام آنهایی که درگیر هستند، این گزارش آینده ای را پیش بینی می کند که در آن اسکیزوفرنی نه تنها به طور موثر از طریق پیشرفت های پزشکی و روانی اجتماعی کنترل می شود، بلکه با یک درک و همدلی عمیق، با آن برخورد می شود. هدف داشتن دنیایی است که افراد مبتلا به اسکیزوفرنی کاملاً حمایت شوند، به سمت بهبود در زندگی بروند، وارد جامعه شوند و یک همدلی کلی در جامعه وجود داشته باشد. تلاش متعهدانه و جمعی تمام ذی نفعان می تواند این چشم انداز را به سمت واقعیت هدایت کند؛ اطمینان از اینکه افراد مبتلا به اسکیزوفرنی مراقبت و حمایتی را که نیاز دارند و لایق آن هستند را دریافت می کنند.

درمان: چه چیز بیشتری می تواند انجام شود؟

شناسایی یا تشخیص زودهنگام/پیش از بیماری آنهایی که در معرض خطر موقعیت های سلامت روانی هستند را ارتقاء دهید: اجرای برنامه های جامع برای شناسایی یا تشخیص زودهنگام/پیش از بیماری، و مداخلات اولیه برای مشخص کردن اولین حمله سایکوز.

هزینه های کلی همراه شده با اسکیزوفرنی، ماهیت مزمن و پایدار بیماری های روانپریشی را منعکس می کند. شواهد اخیر به روشنی ارزش بالقوه مداخلات زودتر جهت مشخص کردن اولین حمله سایکوز، با قصد قطع انباشت بار بیماری و زجر که از اسکیزوفرنی ناشی می شود، شامل هم علایم منفی و هم تاثیر بر شناخت، را معلوم می کند.

جهت شناسایی زودتر و موثر اسکیزوفرنی، یک رویکرد چند وجهی ضروری می باشد.

این رویکرد باید پژوهش وسیع مبتنی بر جمعیت را با درک مکانیسم های نوروبیولوژیک، همراه با شناسایی نشانگرهای زیستی، آزمایشات خونی، روش های تصویر سازی عملکرد مغز، الکتروانسفالوگرافی برای آنالیز فعال مغز، و بررسی امتیاز خطر چند ژنی جهت ارزیابی استعداد های ژنتیکی، تلفیق کند. گرچه درک ما از نوروبیولوژی اختلالات روانپریشی پیشرفت کرده است، و نشانگر های بیولوژیک برای اسکیزوفرنی در حال تکامل هستند، هنوز نیاز مبرمی برای پژوهش بیشتر جهت بررسی و شناسایی دقیق تر نشانگر های زیستی، وجود دارد.

از مداخلات زودتر درمان های روانی اجتماعی، مطمئن شوید: افزایش آگاهی در مورد درمان های روانی اجتماعی و بهبود استفاده به عنوان یک رویکرد درمان اولیه

پایه شواهد بسیاری از انواع درمان های روانی اجتماعی آنقدر قوی است که یک نمونه خوبی برای تلاش آنها قبل از درمان های احتمالی است، چرا که شواهد حمایت کننده کمتری در دسترس است. متخصصین بالینی و پرداخت کنندگان نیاز دارند از مزایای درمان های روانی اجتماعی، اگر به میزان وسیعی در دسترس باشند، مطلع شوند.

از طرح های درمان انفرادی، به اشتراک گذاشته شده و یکپارچه اطمینان حاصل نمایید: این ها باید بر اساس ویژگی های بیماری و نیازهای حمایتی انفرادی در نظر گرفته شود، یک شخصیت پردازی عمیق از موقعیت بیمار را در برگیرد، و بررسی جامع نیازها با تمرکز بر مداخلات عملکرد اجتماعی انجام شود.

درک بیماری هر فرد و حمایت شخصی، نیاز ضروری برای ارایه مراقبت مطلوب می باشد. به منظور اجرای یک طرح درمانی انفرادی، شریک شده و یکپارچه، شرایط فرد باید به خوبی مشخص شود و نیازهای آنها کاملاً بررسی شود. این موضوع به ویژه در طی پیگیری حمله اولیه اسکیزوفرنی، مهم است. علاوه بر این، درمان قاطعانه جامعه، جهت بهبود انگیزه اجتماعی، علایم افسردگی و کیفیت زندگی در حمله اول و حملات بیشتر افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، نشان داده شده است.

این مداخلات برای مشخص کردن موقعیت‌هایی نظیر بیماری‌های قلبی عروقی و تنفسی، دیابت و سندرم متابولیک، ضروری است. یک توسعه مثبت، افزایش دسترسی به وسایل ورزشی و سایر شاخص‌های سبک زندگی در درمانگاه‌های اسکیزوفرنی می‌باشد. کنترل و مداخلات مداوم جهت اطمینان از بهترین پیامدهای جسمی و سلامت روانی در این بیماران، کلیدی می‌باشد. چنین درمان‌های سبک زندگی مبتنی بر شواهد برای افزایش کیفیت زندگی کسانی که با اسکیزوفرنی زندگی می‌کنند، ضروری است.

از تداوم مراقبت در طی انتقال از خدمات نوجوانی به بزرگسالی اطمینان حاصل کنید: حفظ مراقبت مداوم برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در طی انتقال از خدمات نوجوانی به بزرگسالی، تاکید بر اهمیت یک رابطه درمانی قوی بین متخصص بالینی و بیمار جهت بهبود تبعیت از درمان، عملکرد کاری، مدیریت علائم، و کاهش بستری شدن‌ها، می‌باشد.

تداوم مراقبت برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، زمانی که آنها از خدمات نوجوانی به سیستم مراقبت بزرگسال منتقل می‌شوند، ضروری است. یک رابطه درمانی قوی بین متخصص بالینی و بیمار، پتانسیل ایجاد پیشرفت و بهبودی در تبعیت از داروها، عملکرد کاری، مدیریت علائم، و کاهش بستری شدن‌ها را دارد. هر دو طرف باید جهت توافق بر اهداف درمان و مرور پیشرفت در رسیدن به این اهداف، با یکدیگر کار کنند.

مراقبت سلامت روانی از راه دور را به طور جهانی، ارتقا دهید: از طریق اصلاحات قانونی و بهترین اقدامات فراگیر

بسیاری از کشورها با چالش‌های زیرساخت‌های ناکافی جهت حمایت مراقبت از راه دور وسیع با ترکیب در شکاف دیجیتال، مواجه شده‌اند. این موضوع به میزان زیادی توسط نابرابری‌های نژادی و اقتصادی تحت تاثیر قرار گرفته است. مشخص کردن این حیطه‌ها از طریق قانون هدفمند و اجرای بهترین عمل، ضروری می‌باشد. اطمینان از دسترسی عادلانه و حفظ خلوت در مراقبت از راه دور، نه تنها ما را برای بحران‌های آینده آماده می‌کند، بلکه حمایت جامع برای افراد مبتلا به ناتوانی‌های روانی اجتماعی را گسترش می‌دهد.

فراتر از درمان رفتن: چه چیز بیشتری می‌تواند انجام شود؟

پرسنل آموزشی را جهت مداخلات زودتر سلامت روانی، تعلیم دهید: مهارت و دانش پرستاران مدارس، پرسنل راهنما، تیم‌های سلامت کالج، و درمانگران در جایگاه آموزشی برای کمک به شناسایی و مدیریت زودتر حیطه‌های سلامت روانی، به ویژه در بین افراد جوان، را افزایش دهید.

مدیریت سلامت جسمی در مراقبت اسکیزوفرنی را یکپارچه کنید: اجرای مدل‌های مراقبتی چند رشته‌ای جهت اطمینان از مداخلات موثر سلامت جسمی، و اصلاح سبک زندگی، و توانمند کردن روانپزشکان برای کنترل و مدیریت فعال عوامل خطر

مدیریت سلامت جسمی در اسکیزوفرنی، با ایده آل فاصله دارد. سیستم‌های مراقبت بهداشتی مختلف هستند و منجر به تفاوت‌هایی در مسیرهای مراقبت و ابهام در مسئولیت‌پذیری در قبال مدیریت سلامت جسمی می‌شود. در برخی مناطق، پزشکان مراقبت اولیه، جهت درمان بیماری‌های جسمی در بیماران اسکیزوفرنی، مسئول هستند، در حالی که در سایر قسمت‌ها، روانپزشکان رهبری را بر عهده می‌گیرند. برای افزایش مدیریت سلامت جسمی در اسکیزوفرنی، داشتن یک رویکرد تلفیقی در برگیرنده همکاری شفاف و مسئولیت‌های تعریف شده کارکنان حرفه‌ای مراقبت بهداشتی، شامل پزشکان مراقبت اولیه و روانپزشکان، حیاتی می‌باشد.

به عنوان قسمتی از این موضوع، روانپزشکان چون از نظر پزشکی تعلیم حرفه‌ای دیده‌اند، باید نقش فعالی در کنترل سلامتی جسمی بیماران خود، داشته باشند. این شامل مجهز بودن به ابزارهای ضروری و آموزش بررسی عوامل خطر قلبی عروقی نظیر چاقی (به وسیله شاخص توده بدنی یا دور میچ دست، اندازه‌گیری می‌شود)، فشارخون بالا، افزایش قند خون و سطوح مختل شده چربی در خون (شامل افزایش سطح کلسترول و تری‌گلیسیرید)، می‌شود. همچنین این کار باید از بیماران جهت دسترسی به درمان بیماری‌های همراه، درمان دارویی مناسب جهت کاهش خطر قلبی عروقی، حمایت کند.

نقش مربیگری سلامت، درگیر کردن جامعه، و یک رویکرد چند حرفه‌ای شامل پراکتیشنرهای عمومی، روانشناسان، متخصصین تغذیه و سایر کارکنان حرفه‌ای سلامت، ضروری می‌باشد. آنها نه تنها پابندی به این مداخلات را تشویق می‌کنند، بلکه مراقبت جامعی را نیز آرایه می‌دهند.

مداخلات سبک زندگی به عنوان یک سنگ زیربنای مدیریت اسکیزوفرنی را شامل کنید: تاکید بر اهمیت مداخلات سبک زندگی نظیر یک رژیم مغذی، ورزش روتین، کیفیت خواب، و امتناع از سیگار و سوء مصرف مواد، می‌باشد. یک تیم چند رشته‌ای شامل پراکتیشنرهای عمومی، روانشناسان، متخصصین تغذیه و سایر کارکنان حرفه‌ای سلامت، جهت حمایت این مداخلات و آرایه مراقبت جامع، مشارکت داشته باشند

مداخلات سبک زندگی جهت پشتیبانی از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، حیاتی می‌باشد. تطبیق یک رژیم غذایی مغذی، ورزش روتین، کیفیت خواب، و امتناع از سیگار و سوء مصرف مواد، می‌تواند سلامت جسمی و روانی را بهبود دهد.

آگاهی در مورد خطرات حشیش و مواد غیر قانونی را در جمعیت آسیب پذیر، افزایش دهید: به ارایه دهندگان مراقبت بهداشتی، شامل پزشکان مراقبت اولیه و متخصصین اطفال، درباره خطرات حشیش و مواد غیر قانونی، به ویژه در افرادی که مستعد سایکوز هستند، آموزش دهید.

ارایه دهندگان مراقبت بهداشتی در تمام سطوح، شامل پزشکان مراقبت اولیه و متخصصین اطفال، باید به خوبی در مورد خطرات احتمالی حشیش و مواد غیر قانونی، به ویژه برای افرادی با استعداد بالای ژنتیکی سایکوز، مطلع شوند. این دانش جهت مشاوره بیماران به ویژه نوجوانان و افراد جوان، در مورد خطرات همراه با مصرف حشیش، ضروری می باشد.

صرفه جویی در هزینه بازتوانی حرفه ای / یا استخدام حمایتی را به حداکثر برسانید: صرفه جویی چشمگیر در هزینه را می توان از طریق اطمینان از اینکه افراد مبتلا به اسکیزوفرنی در نیروی کار باقی می مانند، تحقق بخشید.

مداخلات استخدام حمایت شده می تواند منجر به صرفه جویی قابل توجهی در هزینه های مراقبت بهداشتی و اجتماعی شود و ممکن است احتمال بستری شدن را نیز کاهش دهد. مطالعات نشان داده است که حداقل نیمی از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی که در برنامه های استخدام حمایت شده شرکت می کنند، در نهایت اشتغال رقابتی را تضمین می کند. ویژگی های کلیدی این مداخلات شامل تمرکز بر استخدام رقابتی، جستجوی سریع شغل، تلفیق به کارگیری و خدمات روانپزشکی، تاکید بر ترجیحات شغلی افراد و پشتیبانی شغلی مداوم، می باشد.

علیرغم ظرفیت و خواست افراد مبتلا به اسکیزوفرنی جهت کارکردن، خیلی از آنها برای پیدا کردن و اشتغال پایدار ثابت، به علت فقدان سیستم های حمایتی در تقلا هستند. به طور مشخص، تنها ۲۰-۱۰ درصد افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، درگیر یک اشتغال رقابتی می شوند، و در مقایسه با افراد بدون اسکیزوفرنی، آنها ۶-۷ بار بیشتر احتمال دارد که بیکار بمانند. دسترسی به شغل مناسب می تواند تاثیر مثبتی بر سلامت روانی داشته باشد، اما این ضروری است که از حق اشتغال برخوردار باشد: مشاغل با کیفیت ضعیف می تواند منجر به فشار شغلی شود که خودش منجر به سلامت روانی ضعیف می گردد. این حیطه مهمی است، چرا که اغلب کارفرمایان توقع پایینی از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی دارند، و لذا این افراد ممکن است در مشاغل کم مهارت با مسئولیت کمتر، یا در کارهای غیر رقابتی (داوطلبانه یا پناهگاهی)، به کار گمارده شوند. اشتغال با حقوق ممکن است برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، سودمند باشد، حتی اگر این مستلزم خطر مختل شدن روتین ها و عادات برقرار شده، که "شان خطر" نامیده می شود، باشد.

مداخلات آموزشی برای پرستاران مدارس، پرسنل راهنما، تیم های سلامت کالج، و درمانگران، می تواند نقش حیاتی در شناسایی و مدیریت زودتر حیطه های سلامت روانی، به ویژه در بین افراد جوان، بازی کند. افزایش تعلیم و دانش آنها می تواند به میزان قابل توجهی بهبود مداخلات و حمایت زودتر را ارتقاء دهد.

افراد با تجربه زیسته اسکیزوفرنی و مراقبین غیر رسمی در سیاست سلامت روانی، توسعه پژوهش و تعلیم، مشارکت دهید: درگیر کردن فعال افراد با تجربیات دست اول جهت اطمینان از اینکه سیاست ها و اعمال، به راستی مرتبط و موثر می باشد.

داده های سلامت روانی را جهت بهبود پژوهش و نوآوری دیریتال، استاندارد سازی کنید: پژوهش و عمل را از طریق تلفیق تکنولوژی دیریتالی با تلاش هایی جهت بهبود سلامت روانی، ارتقاء دهید، در حالی که همچنین از استاندارد سازی داده های سلامت روانی به منظور امکان مقایسه بین المللی، مطمئن شوید.

شورای اتحادیه اروپا در نتیجه گیری سلامت روانی ۲۰۲۳، و APEC هر دو بر اهمیت جمع آوری روتین اطلاعات جاری و قابل

قیاس برای کنترل پیشرفت و هدایت سرمایه گذاری در حیطه های مورد نیاز جهت پیشرفت، با تمرکز بر هماهنگی بین المللی، تاکید می کنند. این شامل ضرورت استانداردسازی جمع آوری داده ها و مراقبت دقیق برای شکل دهی موثر سیاست و عمل، می باشد. همزمان، سازمان بهداشت جهانی از روش های پژوهشی سیستماتیک در پژوهش و داده های سلامت روانی، حمایت می کند. آنها توصیه کرده اند که کشورها هر دو سال یک مجموعه پایه و اساسی از شاخص های سلامت روانی را با استفاده از سیستم های اطلاعاتی بهداشتی و اجتماعی ملی، جمع آوری و منتشر کنند. یافته ها درون اطلس سلامت روانی، گنجانده می شود؛ جایی که پیشرفت را در مقابل شاخص ها با طرح عملی سلامت روانی، ترسیم می کند. علاوه بر این، WHO یک هدف بلندپروازانه را برای دو برابر کردن خروجی های پژوهش جهانی در مورد سلامت روانی، با تاکید بر نیاز به یک درک عمیق تر در این حیطه، تعیین کرده است.

داده ها را برای جامعه حاشیه نشین، جمع آوری کنید: ساخت یک نوآوری دیریتال و پژوهش، جمع آوری داده ها در خصوص سلامت روانی جامعه حاشیه نشین و ارزیابی دسترسی به خدمات سلامت روانی در این مناطق

کمیسون اروپایی اغلب اقبال نادیده گرفته شده جامعه را، مورد توجه قرار داده است. آنها به کشورها جهت جمع آوری داده ها در مورد وضعیت سلامت روانی گروه های آسیب پذیر، نظیر بی خانمان ها و دسترسی خدمات سلامت روانی در حاشیه نشین ها و مناطق چالش برانگیز جغرافیایی، اصرار می کنند.

حساب اول شخص

تعداد زیادی از همسالان من می گویند که آنها نمی خواهند کار کنند، من به صداقت آنها شک دارم زیرا گاهی اوقات وقتی که در مورد کارشان صحبت می کنند، من اشک در چشم هایشان را می بینم. یک نفر چه کار می تواند انجام دهد وقتی برای چیزهای ضروری به دیگران وابسته است؟ من طرف دیگر هستم: امیدوارم دکترها، بیمارستان ها و موسسات دولتی به من این گزینه را بدهند که کار نکنم و از اوقات فراغتم لذت ببرم در آن صورت است که من چیزی برای جشن گرفتن در زندگی ام دارم. این درخواست من است که به عموم مردم می رسد. علاوه بر این، من امیدوارم که جامعه بتواند مکان هایی را برای من فراهم کند تا دوستان خود را ملاقات کنم و کارهایی را با همسالانم انجام دهم که من آنقدر هم منزوی نیستم. به عنوان یک واقعیت، من الان دو حق بالا را دارم، فقط امیدوارم آنها از من گرفته نشوند. همچنین من امیدوارم که داروهای جدیدی ساخته شوند که اثرات آرامبخشی کمتری داشته باشند یا اینکه خیلی سطح دوپامین را پایین نیاورند.

از رودی تیان، بولتن اسکیزوفرنی ۲۰۲۲

با پتانسیل مزایای طولانی مدت شامل افزایش ظرفیت حرفه ای و کاهش تداخل با موارد قانونی، اصلاح نمایند.

مراقبت کردن از مراقب: چه کار بیشتری می توان انجام داد؟

تخفیف بار مراقبتی مراقب در اسکیزوفرنی جهت تسکین استرس اقتصادی و هیجانی مراقبین افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، شناسایی بار مراقبتی مالی و فشار روانشناختی، ضروری است. این فشارها نه تنها کیفیت زندگی، تاثیرگذاری در کار، تعاملات اجتماعی و سلامت جسمی را کاهش می دهد، بلکه منجر به کاهش چشمگیر بهره وری و هزینه های اجتماعی می شود. افزایش آموزش و حمایت مراقبین یک راهبرد کلیدی برای کاهش این اثرات و صرفه جویی قابل توجه در هزینه ها می باشد. رویکرد دیگر، مهلت دادن به مراقبین است، به طوری که آنها قادر باشند زمانی را برای مراقبت از خودشان داشته باشند. اطمینان از سلامتی و خوب بودن مراقبین برای هم مراقبت دهنده و هم فردی که با اسکیزوفرنی زندگی می کند، ضروری می باشد. مراقبین باید فراتر از نقش خود دیده شوند و سزاوار یک زندگی پر از رضایت و شادی هستند. دوستان و خانواده مراقبین باید یاد بگیرند این کار را تسهیل کنند، که می تواند از طریق آموزش ها و کارگاه های سازماندهی شده، به دست آید.

برای حمایت مراقبین EUFAMI یک "کتاب بازی تعاملی" را طراحی کرده است که دستورالعمل برای افراد در این نقش

(مراقب.م) را عرضه می کند.

OECD پیشنهاد تغییر در این حیطه است، تاکید بر اهمیت

بازشناسی ظرفیت کاری افرادی که با موقعیت های سلامت روانی زندگی می کنند، حمایت برای شناسایی زودتر و آرایه پشتیبانی پزشکی و حرفه ای. آنها همچنین بر نیاز به داشتن ابزارهایی جهت شناسایی ظرفیت کاری، ابزارهایی برای جویندگان کار مبتلا به مشکلات سلامت روانی، و راهبردهایی جهت مبارزه با استیگما و تبعیض محل کار، تاکید می کنند

نکته حیاتی برای این تلاش ها، داشتن محل اسکان در محیط کاری برای کارکنان مبتلا به اسکیزوفرنی است. کارفرمایان باید تدابیری جهت حمایت افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، به کار گیرند، نظیر:

- اجازه برنامه زمانبندی شده انعطاف پذیر اگر لازم باشد (برای مثال اگر شاغل سرگیجه، به عنوان یک عارضه جانبی داروهای ضد روانپریشی، داشته باشد)؛
- فراهم کردن یک محیط کاری کاملاً بدون حواس پرتی؛
- اجازه دادن به کارکنان که زمان از دست رفته به علت وقت ویزیت دکتر را، جبران کنند؛
- اجازه انجام کار در منزل را دادن وقتی که مناسب باشد؛
- تقسیم کردن کارهای بزرگ به وظایف کوچکتر با اهداف روشن قابل دستیابی؛
- فراهم کردن حمایت و تشویق

راهبردهای اشتغال را با سایر مداخلات تلفیق کنید. معیارهای اشتغال حمایت شده به تنهایی ممکن است اشتغال طولانی مدت و استقلال اقتصادی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی را بهبود نبخشد. بنابراین، تلفیق این راهبردها با سایر مداخلات نظیر درمان رفتاری شناختی، اصلاح شناختی و تعلیم مهارت های اجتماعی، ضروری می باشد

در جاهایی که اشتغال با حقوق، دائمی نمی باشد، فرصت های داوطلبانه را عرضه کنید. برای افرادی که اشتغال با حقوق با دوام ممکن نمی باشد، کار داوطلبانه می تواند یک حس هدفمند و درگیر شدن را عرضه نماید. چنین نقش هایی، یک "روز با ارزش" را فراهم می کند که می تواند سودمند باشد حتی اگر اشتغال با حقوق ممکن نباشد

مشابه این کار را در محیط های آموزشی انجام دهید: اصول حمایت و جایگزینی افراد (IPS) را در محیط های آموزشی، اجرا کنید. اسکیزوفرنی اغلب در دوره نوجوانی شروع می شود و می تواند تحصیل را مختل کند، به صورت منفی در دریافت مزد در بزرگسالی تاثیر می گذارد. مطالعات نشان داده اند که به کارگیری اصول IPS برای تحصیل، می تواند به این افراد جوان کمک کند تا تحصیلات خود را تکمیل کرده و یک کار با حقوق، پیدا کنند.

موسسات آموزشی باید قوانین و کارهای خود را جهت مشخص کردن نیازهای منحصر به فرد دانش آموزان مبتلا به اسکیزوفرنی

گنجاندن بار مراقبتی به درون بررسی های تکنولوژی سلامت علی رغم اطلاعات به روز شده در هزینه های غیر مستقیم، هنوز در درک کلی و جامع از بار اقتصادی مراقبتی، نقص وجود دارد. تلفیق تجربیات مراقبین و تاثیر آن بر ملاک های ارزیابی بررسی های تکنولوژی سلامت (HTAs) می تواند باعث ارتقای یک رویکرد فراگیر و موثرتر برای بررسی درمان شود. گرچه هدف HTAs بهینه سازی سلامت عموم مردم از طریق توجه به تمام اثرات مستقیم سلامتی، از جمله موارد مربوط به مراقبین می باشد، آنها اغلب از جنبه بار مراقبتی غفلت می کنند. پل زدن بر روی این خلاء جهت توانمند کردن بدنه HTAs برای تصمیم گیری هایی که به خوبی اطلاع رسانی شده است، به ویژه با توجه به فشار زیاد بر روی مراقبین، ضروری می باشد. روش های بالقوه برای در نظر گرفتن تاثیر مراقب شامل ادغام آن با کارآزمایی کنترل شده صادفی درمان ها یا استفاده از شواهد دنیای واقعی، می باشد.

توانمندسازی افراد مبتلا به اسکیزوفرنی: چه کار بیشتری می توان انجام داد؟

پیچیدگی های ظرفیت قانونی و درمان غیر داوطلبانه در راستای حقوق انسانی را مشخص نمایید: اجرای گزینه های غیر - جبری در مراقبت سلامت روانی، تاکید بر تصمیم گیری حمایت شده و تعریف ظرفیت قانونی برای افراد مبتلا به ناتوانی های روانی اجتماعی، همپراز با اصول حقوق انسانی. انتقال به سمت مداخلات سلامت روانی مبتنی بر جامعه، بر اساس شواهد، و متمرکز بر فرد، توسط UN URPD و معیارهای حقوق انسانی جهانی.

اجماع وسیعی وجود دارد که روش های اجباری و با زور خیلی زیاد استفاده می شوند و شواهد نیز حاکی از اتخاذ روش های غیر جبری، می باشد. نوع آوری های تصمیم گیری های حمایت شده، در حال شتاب گرفتن هستند. با این وجود، کار بالینی و سیاست گذاری برای مبارزه با سئوالات مربوط به محدوده دقیق ظرفیت قانونی برای کسانی که با ناتوانی های روانی اجتماعی زندگی می کنند، ادامه دارد. آنها با ماهیت حمایت هایی که ممکن است مناسب و مرتبط با زمینه باشند، و چگونه این موضوعات را تنظیم کنند، مبارزه می کنند.

بعضی از کشورها نظیر آلمان و نروژ پیشنهاد داده اند که حفظ ظرفیت قانونی، زمانی که شخص نمی تواند حتی با حمایت کامل در مورد بهترین علایق خود تصمیم بگیرد، با CRPD همراستا می شود و وضعیت قانونی را تضعیف نمی کند.

دانمارک و فرانسه، مشابه این استدلال کردند در حالی که جایگاه قانونی یک حق ذاتی و جهانی است، نمایندگی قانونی وقتی لازم باشد، می تواند محدود شود. همچنین بحث هایی نیز پیرامون درمان غیر داوطلبانه، همراه با نگرانی هایی در مورد حفاظت از خود افراد و ایمنی عموم وجود دارد. در واقع، فریمن و همکاران (۲۰۱۵) ادعا می کنند که الزامات CRPD در یک راه مشکل ساز از توافقات درونی قبلی در مورد حقوق انسانی و توصیه های قبلی سازمان بهداشت جهانی، منحرف می شود. آنها از یک اثر متناقض نظر عمومی کمیته سازمان ملل می ترسند که حقوق اساسی انسانی ممکن است به جای اینکه بهتر حمایت شود، نقض گردد. به هر حال، طرفداران استدلال می کنند که اجبار تبیض را تداوم می دهد و می تواند به سوء رفتار منجر شود.

همانطور که قبلا به آن اشاره کردیم، ابتکارات WPA's، بر اجرای مراقبت سلامت روانی بدون اجبار در سراسر جهان تمرکز دارد. با توجه به اذعان به استفاده بیش از حد از اجبار، WPA، خواستار اقدام جهت اطمینان از مراقبت با کیفیت و احترام به حقوق افراد، می باشد. این شامل مشارکت دادن بیماران در تصمیم های مراقبت، ارتقاء مراقبت های اولیه، و ایجاد سیستم های مبتنی بر بهبودی، می باشد. WPA ذی نفعان را تشویق می کند تا به گزینه های مبتنی بر شواهد و توسعه و اجرای فعال آنها توجه نمایند. هدف بهبود استانداردهای مراقبت سلامت روانی، احترام به حقوق افراد و ارتقای حس خوب بودن بیماران و خانواده های آنان، می باشد. مشابه با این، WHO بهترین خطوط راهنمای عملی را به عنوان قسمتی از ابتکار "کیفیت حقوق" سال ۲۰۱۷ خود، معرفی کرده است. همچنین WHO سرمایه گذاری های قابل توجهی در تعلیم و آموزش این مدل مراقبتی در سطح جهانی، مشارکت با سیاست گذاران، و حامیان حقوق ناتوان ها، انجام داده است.

EUFAMI از آموزش اجباری در تنش زدایی، آگاهی از حقوق انسانی، اخلاق پزشکی، درک قوانین سلامت روانی، کشف گزینه های پذیرش غیر داوطلبانه، استفاده مسئولانه از اقدامات اجباری (قهری. م Coercive)، حق تجدید نظر در فرآیندها، و ارتقای یک فرهنگ بهبودی در مراقبت سلامت روانی، حمایت می کند. CRPD سازمان ملل بر مشارکت بین المللی جهت چارچوب بندی خط مشی ها، برنامه ها و قوانین سلامت روانی، همراستا با اصول حقوق انسانی، به ویژه در زمینه های بشر دوستانه، تاکید می کند. درخواست (فراخوان) برای یک تغییر جهت به سمت مراقبت مبتنی بر جامعه، مبتنی بر شواهد و مبتنی بر افراد، است. یک مرور متون که به سفارش سازمان ملل، برای گزارشگر اختصاصی حقوق افراد مبتلا به ناتوانی انجام شد، مقالات را در مورد گزینه های اقدام اجباری، بررسی کرد.

در دسترس بودن حمایت و راهنمایی همتا رهبر را بهبود دهید:
ادعان نقش قابل توجه این مداخلات در مراقبت مبتنی بر بهبودی،
حتی در میان سختی های درخواستی از خدمات از هم گسیخته برای
اسکیزوفرنی.

مداخلات همتا رهبر، به عنوان یک جزء حیاتی از مراقبت مبتنی بر
بهبودی، با وجود موانع ایجاد شده توسط ماهیت خدمات بخش
بندی شده (قطعه قطعه شده) اسکیزوفرنی، در حال تایید هستند.
این ها به ویژه برای افراد جوان مبتلا به اسکیزوفرنی، ضروری
می باشند.

دسترسی به مزایای ناتوانی برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی را
بهبود بخشید: یک رویکرد جامع برای حمایت کلی، باید هم آرایه
اطلاعات و هم کمک در دسترسی به مزایای موجود را در بر گیرد

یک مطالعه در فرانسه، جایی که بیش از نیمی از شرکت کنندگان به
دنبال شروع اسکیزوفرنی بیکار شده بودند، یک تاخیر متوسط ۴
ساله بین شروع اختلال و اولین درخواست برای مزایای ناتوانی را
نشان داد. در خیلی از موارد، تنگنای مالی ناشی از این تاخیر،
پیامدهای اجتماعی اسکیزوفرنی آنها را بدتر می کند. دسترسی به
اطلاعات در مورد مزایای موجود می تواند باعث ایجاد چالش شود،
به ویژه برای افرادی که سواد کمتری دارند. این حیطه به خصوص در
جوامع مهاجر، جایی که موانع فرهنگی و زبانی ممکن است مانع از
دسترسی به خدمات شود، مربوط می شود.

در ایالات متحده آمریکا، حدود ۸۰ درصد افراد مبتلا به
اسکیزوفرنی واجد شرایط برای مزایای ناتوانی هستند. به هر حال
خیلی از آنهایی که در ابتدا نمی توانند این مزایا را دریافت کنند،
واقعا ملاک های مورد نیاز را دارند، اما با مسیریابی فرآیند
درخواست کردن، مبارزه می کنند. در مقابل، در انگلستان، افراد
مبتلا به مشکلات سلامت روانی اغلب با بیکاری طولانی مدت مواجه
می شوند، و آنهایی که برای مزایا درخواست می دهند احتمالا کمتر
موفق می شوند تا درخواست کنندگان بدون مشکلات سلامت
روانی.

این وضعیت در تضاد با استرالیا است، جایی که یک سیستم
موثر "یک مرحله ای" برای شناسایی مدعیان با مشکلات سلامت
روانی، وجود دارد. در ضمن، در بلژیک، افراد مبتلا به اختلالات
سلامت روانی که بیکار می شوند، مزایای بیکاری را به جای مزایای
ناتوانی، دریافت می کنند. این رویکرد ارتباط آنها را با بازار کار
حفظ می کند، لذا به استخدام مجدد آنها کمک می شود.

یک مرور متون که به سفارش سازمان ملل، برای گزارشگر اختصاصی
حقوق افراد مبتلا به ناتوانی انجام شد، مقالات را در مورد گزینه های
اقدام اجباری، بررسی کرد. این مرور، مطالبی در مورد اقدام های موثر
مختلف، خط مشی ها، و مداخلات در سطوح متعدد، تاکید بر نیاز به یک
چارچوب خط مشی جامع، را پیدا کرد. این یافته ها بر نقش
حیاتی هم رهبری سطح بالا و مردمی شامل درگیر کردن همسالان، و هم
ترویج فرهنگی که اجبار را به حداقل می رساند، تاکید کرد. مرور،
ضرورت خدمات جدید بحران مبتنی بر جامعه را مشخص کرد و تعریف
مجددی از حمایت سلامت روانی به عنوان "حل بحران" و "حمایت
عمومی"، ارائه داد. راهبردهای موثر جهت کاهش اجبار شامل نظارت
ملی، تغییر جهت فرهنگ سازمانی، و حمایت مستقل، می باشد. گزارش،
انجام پژوهش های بعدی که متمرکز بر خط مشی های مراقبت سلامت
روانی باشد و احترام به شان و استقلال در عین کاهش اجبار موسسه ای،
را تشویق می کند. هم کمیسیون اروپا و هم WHO از این رویکرد
حمایت می کنند، و به کشورها جهت تراز کردن راهبردهای سلامت
روانی آنها با
معیارهای ۲۰۳۰ حقوق انسانی در سطح جهانی، فشار می آورند.

مبارزه با استیگما: مشارکت با دامنه وسیعی از سازمان ها جهت کاهش
استیگمای سلامت روانی، ترویج یک محیط سرشار از درک و پذیرش، از
طریق ابتکارانی نظیر برنامه های آموزش جامعه و کمپین
های اطلاع رسانی.

کمیسیون اروپا همراه با OECD بر روی برچیدن استیگما و تبعیض
وصل شده به سلامت روانی، کار می کنند. هدف فراگیر، ایجاد محیطی
است که در آن سلامت روانی عاری از قضاوت و سوء برداشت باشد.
این حیطه ای است که هنوز به تلاش هایی جهت ساخته شدن در یک
سطح محلی از طریق جوامع و جایگاه های فرهنگی گوناگون، نیاز
دارد. در کانادا ابتکار "زنگ اجازه بدید صحبت کنیم" تمرکز بر
افزایش آگاهی و پذیرش سلامت روانی، بر ۴ ستون تاکید دارد:
بر خورد با استیگما، توسعه دسترسی به مراقبت بهداشتی، تامین مالی
پژوهش های سطح بالا، و انتخاب استانداردها
در سلامت روانی محل کار. برای مثال از طریق این برنامه و به دنبال

تشریک مساعی بین یک مرکز کشویی (drop-in centre)

دانشگاه تورنتو، یک برنامه رادیویی ۳۰ دقیقه ای ماهانه در مورد
سلامت روانی، که مددجویان مرکز میزبان آن هستند، تولید شده
است. قسمت های برنامه بر پلتفرم هایی نظیر پادکست های گوگل و
اپل، در دسترس می باشد، با این نوع ابتکار عمل، تغییر فوق العاده

ای در جامعه از طریق آموزش عموم مردم، ایجاد می شود.

از جایی شروع کنید: موارد الهام بخش برای هر جایگاهی

برروی خدمات مبتنی بر جامعه و گسترش مراقبت با افراد غیر متخصص، سرمایه گذاری کنید: به کارگیری مدل برنامه عملی خلاء سلامت روانی (mhGAP) یا چارچوب C4 برای توانمندسازی افراد غیر متخصص در LMICs به منظور فراهم کردن خدمات ضروری سلامت روانی.

کنکاو و بررسی چگونگی گسترش مراقبت به این افراد حیاتی می باشد، اما شواهد تجربی کمی در مورد به کارگیری منابع انسانی در دسترس در LMICs وجود دارد. توسعه مدل برنامه عملی خلاء سلامت روانی (mhGAP) که توسط سازمان بهداشت جهانی ارائه شده است، توصیه می کند که محتمل ترین مسیر توسعه مراقبت سلامت روانی در جایگاه های با محدودیت منابع، توانمندسازی افراد غیر متخصص جهت ارائه بخش عمده ای از خدمات مورد نیاز، می باشد.

این رویکرد در Kilifi County کشور کنیا، به عنوان قسمتی از یک مطالعه بزرگتر، امتحان شده است. کارکنان مراقبت بهداشتی اولیه در تمام تسهیلات بهداشتی جامعه، آموزش mhGAP-IG را به شیوه متزلزل (متناوب) و تصادفی شده، بیش از ۱۶ ماه دریافت کردند. نتایج حاکی از بهبود دانش سلامت روانی، تحمل و نگرش در میان این کارکنان بود، هرچند افزایش معنی داری در تشخیص اختلالات روانپریشی، وجود نداشت. این روش عملی و موثر، خلاء درمان و استیگما را کاهش داد، و پیامدهای بیمار در اختلالات روانی، عصبی و سوء مصرف مواد را بهبود بخشید. ترسیمی بر این اساس، Bolton و همکاران (۲۰۲۳) یک چارچوب برای مراقبت جامع، مشارکتی و مبتنی بر جامعه (C4) برای خدمات سلامت روانی در دسترس در جایگاه های با منابع کم، عرضه کردند (شکل ۱۲). چارچوب، انواع کارکنان را بر اساس مهارت آنها برای تمرکز بر: آموزش روانی مقدماتی و سهیم کردن اطلاعات، سطح جامعه؛ مشاوره روان درمانی مبتنی بر شواهد در سطح جامعه؛ و مراقبت طبی اولیه و پیشرفته تر با خدمات سلامت روانی تخصصی برای موارد شدید یا پیچیده، ترسیم می کند.

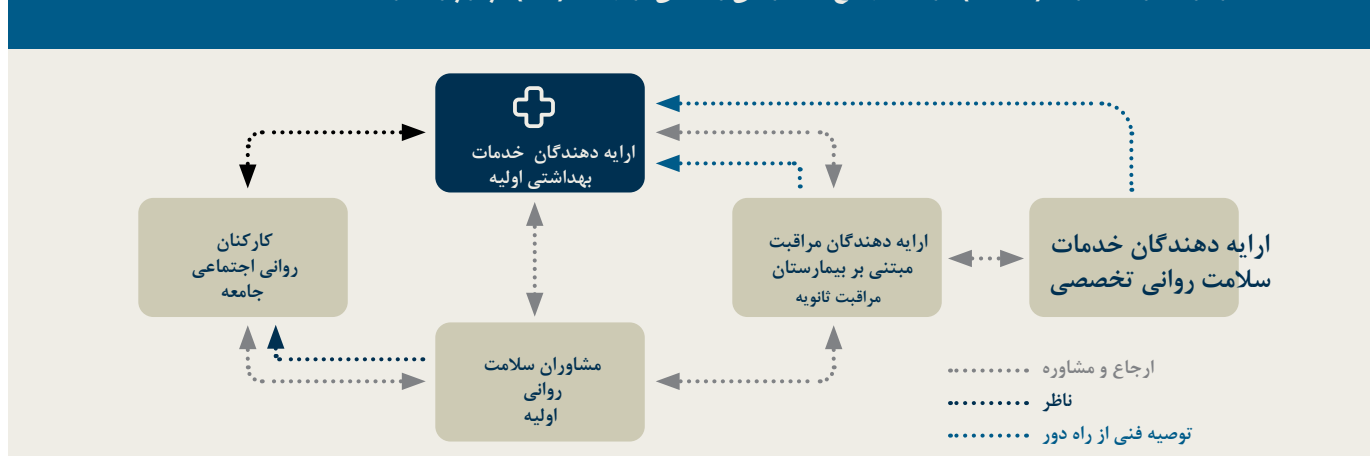
از جایی شروع کنید: هیچ ملت، جامعه یا موسسه ای به همه توصیه های جهانی دسترسی پیدا نمی کند. مسئله مهم شروع کردن از جایی می باشد. حتی تغییرات کوچک می تواند تفاوت را ایجاد کند در حالی که سازمان های فرا ملی یک بلوپرینت (قشه کلی) م برای بهترین اقدامات در مراقبت سلامت روانی را فراهم می کنند، اجرا می تواند به ویژه در LMICs چالش برانگیز باشد. تامین معیارهای کافی برای سنجش جهت کاهش بار بیماری، هم از نظر روانی و هم جسمی در بین افراد مبتلا به اسکیزوفرنی بستگی به قوانین محلی در هر کشور دارد. علاوه بر این، چنین تآمینی نیاز به هماهنگی موثر خدمات و تامین مالی، تداوم مراقبت های بهداشتی و اجتماعی، و همگام سازی با سیستم های عدالت کیفری، مزایا و به کارگیری، دارد. شواهد گسترده ای موجود است که ابتکارات طراحی شده برای بهبود تداوم مراقبت، می تواند یک نتیجه مطلوب را ایجاد نماید.

برای موقعیت های جدی سلامت روانی نظیر اسکیزوفرنی، در برخی از کشورها، بیش از ۹۰ درصد از دسترسی به یک مراقبت صحیح ناتوان می باشند. برای مثال علیرغم اینکه موسسه زدایی به عنوان بهترین تمایل بیماران، ارتقاء یافته است، در عمل، این

کار نیازمند سرمایه گذاری های مالی، ساختاری و راهبردی در خدمات مبتنی بر جامعه می باشد و همیشه به عنوان یک انتخاب در دسترس نمی باشد. رسیدن به آن به عنوان یک چالش باقی مانده است، و درون و بین کشورها خیلی متفاوت می باشد. به طور کلی، ۲ دلار از ۳ دلار کمیابی که دولت در سلامت روانی

هزینه می کند، به متمرکز شدن و بستری شدن های طولانی مدت، اختصاص می باید، در حالی که سایر کشورها موسسه زدایی را با تمرکز بر مراقبت مبتنی بر بیمارستان، به تاخیر می اندازند

شکل ۱۲: از بولتن و همکاران (۲۰۲۳) مراقبت جامع، مشارکتی و مبتنی بر جامعه (C4)، چارچوب برای LMICs



گروه های پزشکی خیابانی و سیار در ایالات متحده آمریکا: برای ارایه مراقبت موثر برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی قول داده اند. برنامه هایی شبیه Operation Safety Net در ایالات متحده آمریکا، مزایای چنین رویکردهایی را نشان می دهند. این گروه ها به طور مشخص شامل یک پرستار که به تعیین وقت ملاقات های دارویی و هماهنگی مراقبت کمک می کند، و یک متخصص پشتیبانی همتایان که اغلب فردی با تشخیص اسکیزوفرنی است، می باشد. چنین برنامه هایی نه تنها مراقبت فوری را ارایه می دهد، بلکه یک نقش حیاتی و مهم در مدیریت و پشتیبانی طولانی مدت بازی می کند، نشان می دهد که اسکیزوفرنی می تواند به طور موثر کنترل شود و به افراد اجازه می دهد که زندگی کاملی داشته باشند. این مدل به ویژه می تواند در نواحی که منابع محدودی دارند، با تسهیلات بزرگ و مراکز جامع سلامت روانی، سودمند باشد.

آموزش رهبران مدنی شاغل در جامعه، در ایرلند: پاسخ به دیسترس سلامت روانی در کارگاه آموزشی جامعه "برای مدیران ارشد خدمات پلیس ملی ایرلند، تلاش قابل توجه ای را برای حمایت بهتر افراد مبتلا به دیسترس سلامت روانی، مشخص نمود. این برنامه، اجرای قانون در حیطه های سلامت روانی، تلفیق عناصر تعاملی، فعالیت های گروه، و دانش و بصیرت از تسهیل کننده هایی که تجربه دیسترس سلامت روانی را داشته اند، آموزش داد. تمرکز اصلی شامل افتراق بیماری و سلامت روانی، تعادل در ایمنی، پذیرش (پایبندی به) سیاست، و احساس خوب بودن افراد، و ضرورت برای حمایت ساختاریافته بیشتر از خدمات سلامت روانی، می باشد. برای ساخت همدلی و بصیرت عملی، با ارزش است، موفقیت کارگاه آموزشی، باعث بهبود سلامت روانی ایرلند شده است. همچنین این موفقیت منجر به اصلاح محتوای آن و گسترده تر شدن منابع یادگیری برای خدمات پلیس گردید. علاوه براین، یک موضع فعال در پرداختن به سلامت روانی در اجرای قانون، نیز به دنبال این کارگاه آموزشی، نشان داده شد.

تعلیم و راهنمایی مشابه نیز می تواند برای سایر رهبران جامعه،

برای مثال رهبران مذهبی و سایر افرادی که مسئولیت های مدنی دارند و ممکن است مشغول کار باشند، ولی دانش اینکه چگونه بهترین حمایت را برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و سایر موقعیت های سلامت روانی فراهم کنند را نداشته باشند، صورت گیرد.

مشخص کردن استیگما در دانمارک: "یکی از ما" ONE OF US یک ابتکار ضد استیگما در دانمارک است با هدف کاهش تبعیض و طرد اجتماعی مرتبط با موقعیت های سلامت روانی، به ویژه تمرکز بر اسکیزوفرنی. در سال ۲۰۱۱ راه اندازی شد و به عنوان قسمتی از سازمان بهداشت دانمارک، جایی که برنامه به صورت ملی مدیریت شده است، سازماندهی شده است. در سطح منطقه ای ONE OF US در تقسیمات ناحیه ای قرار داده شده که PsykInfo (مرکز اطلاعات روانپزشکی) قسمتی از هر ۵ ناحیه دانمارک، نامیده می شود.

تعلیم پرستاران در مغولستان و انگلستان: پروژه MoMeNT (تعلیم پرستار سلامت روانی مغولستان) یک برنامه ۳ ساله بود که در سال ۲۰۱۸ در مغولستان

شروع شد و با جلوداری و مسئولی پروفسور فیونا نولان، توسعه مهمی در آموزش پرستار سلامت روان در یک کشور با درآمد پایین محسوب می شود. با چالش منابع محدود و دسترسی به رویکردهای مدرن به خدمات مراقبت سلامت روانی MoMeNT به عنوان یک پاسخ به ،

قوی کردن مهارت های پرستارانی که در خدمات سلامت روانی کار می کنند، پدید آمد. این ابتکار، یک میلیون یورو گرانت از برنامه ارساموس کمیسون اروپا برای "ساخت ظرفیت در تحصیلات تکمیلی"، دریافت کرد. یک همکاری بین ۶ دانشگاه انگلستان، فنلاند، هلند و مغولستان که منجر به ایجاد یک برنامه پیشگام ۶ ماهه کارشناسی ارشد با ارایه مدرک در پرستاری سلامت روانی، شد. این برنامه پیشگام، که اولین در نوع خود در آسیا بود، به ویژه برای مشخص کردن عوامل منحصر به فرد، قانونی، فرهنگی و اقتصادی مغولستان، طراحی شد. هدف آن پل زدن روی خلاء موجود در آموزش تخصصی برای پرستارانی که در خدمات سلامت روانی کار می کنند، افزایش مهارت های آنان و موقعیت درون سیستم مراقبت بهداشتی، همچنین افزایش آگاهی درباره سلامت روانی در یک جایگاه دارای منابع محدود، بود. با حمایت از سمت نهادهایی نظیر وزارت بهداشت مغولستان و سازمان بهداشت جهانی، پروژه MoMeNT به عنوان یک حرکت اساسی و پایه در پیشرفت خدمات سلامت روانی و تخصصی تر کردن حرفه پرستاری در مغولستان، است. آموزش، پتانسیل انتقال به هر کشور و جایگاهی را

دارد از جمله پرستارانی که از دانشگاه های معتبر، بهره مند می شوند، تعلیم تخصصی مدرن در مراقبت سلامت روانی، ترکیب ارزش های بهبودی، تولید مشترک و تعامل با افراد دارای تجربه زیسته بیماری روانی و خانواده های آنان همزمان، در انگلستان، با افزایش جای خالی و سختی هایی در جذب افراد محلی برای کار در مراقبت سلامت روانی مواجه شدیم، تمرکز قابل توجهی بر به کارگیری پرستاران آموزش دیده بین المللی به ویژه از کشورهای با درآمد پایین، وجود داشته است. با به کارگیری این پرستاران جهت کار در خدمات سلامت روانی انگلستان به علت کمبود آموزش تخصصی در کشورهای محل تولد آنان، چالش هایی ایجاد شده است. کالج پرستاری سلطنتی انگلستان اخیرا با پروفسور نولان برای

مطابقت دادن مواد آموزشی از پروژه MoMeNT با قوانین سلامت روانی انگلستان و سایر نیازمندی های اختصاصی، با هدف فراهم کردن یک منبع متمرکز، قابل دسترسی در سراسر انگلستان، جهت انتقال و تلفیق موثر پرستاران بین المللی آموزش دیده، کار می کند. این رویکرد، تعهد به آموزش انحصاری و قابل تطبیق در مراقبت بهداشت روانی، با هدف حمایت انتقال پرستاران بین المللی استخدام شده و خدمت به عنوان یک مدل برای مراقبت کیفی و توسعه حرفه ای در خدمات سلامت روانی، را نشان می دهد

در سطوح ملی و ناحیه ای ONE OF US خیلی نزدیک با یکدیگر

کار می کنند. گروه های هدف این برنامه، که توسط سازمان های دولتی و خصوصی حمایت می شود؛ افراد مبتلا به موقعیت های سلامت روانی، جوانان، بازار کار، کارکنان حرفه ای بهداشتی، و رسانه ها می باشد. راهبرد اصلی و مرکزی آن، افزایش دانش و درک بیماری روانی، کاهش استیگما، و ترویج شمول (ورود) در تمام جنبه های اجتماعی است. عنصر کلیدی، استفاده از سفیرانی است که تجربه زنده با بیماری روانی دارند، در فعالیت های مختلف درگیر هستند و دیالوگ هایی برای از بین بردن تعصبات دارند؛ و یک جامعه را تشویق می کنند که بیماری روانی مانعی برای یک زندگی کامل نیست. شواهد نشان می دهد که این رویکرد تماس اجتماعی، تاثیر زیادی در کاهش استیگما دارد.

پیامدهای اجتماعی مشارکت ها در انگلستان: نقدینه (بودجه،

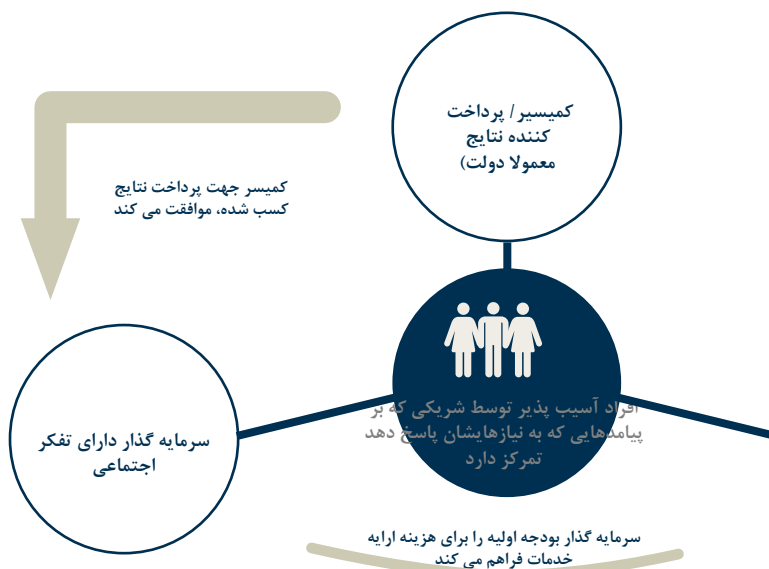
سرمایه م). شانس های زندگی انگلستان، ابزاری در رویکردهای نوآورانه پیشگام جهت ایمن سازی معنادار کار در جامعه، بوده است. از طریق استفاده از مکانیسم پیامدهای اجتماعی مشارکت ها که به عنوان اوراق قرضه تاثیر اجتماعی نیز شناخته می شود، در انگلستان صندوق شانس های زندگی در قراردادهای مبتنی بر پیامد، که اهداف اجتماعی را با برگشت های مالی برای سرمایه گذاران، همسو می کند (برای مثال کمک به افراد مبتلا به اسکیزوفرنی جهت توسعه مهارت های حرفه ای، به دست آوردن اعتماد به نفس، در نهایت ادغام در نیروی کار) سرمایه گذاری می نماید. پیامدهای اجتماعی مشارکت ها، مشارکت بین جامعه، بخش خصوصی و بخش داوطلبانه، همگرایی بر هدف مشترک ایجاد اثرات

و پیامدهای اجتماعی ملموس، را تسهیل می کند (شکل ۱۳).

شکل ۱۳: از دولت انگلستان، پیامدهای اجتماعی مشارکت ها و صندوق شانس های زندگی: شرکای کلیدی در پیامدهای اجتماعی مشارکت ها

مثال رویکرد برای یک پیامد اجتماعی مشارکت:

- یک سازمان غیر انتفاعی محلی، برنامه استخدام حمایت شده را برای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی، پیشنهاد می کند.
- معیارهای واضح برای تعیین موفقیت، برقرار می شود.
- یک سرمایه گذار خصوصی، با دیدن ارزش های بالقوه اجتماعی، هزینه های اولیه را پرداخت می کند.
- دولت برای بهبود پیامدهای اجتماعی از طریق اوراق قرضه تاثیر اجتماعی، پرداخت ها را انجام می دهد.
- اگر فرایند موفق شود، به سرمایه گذار با بهره باز پرداخت می شود. اگر شکست بخورد، سرمایه گذار خطر می کند.
- سرمایه شانس زندگی، با بودجه مطابقت می کند، منابع را برای سازمان های غیر انتفاعی دوبرابر می کند، برنامه می تواند سود می برند، و سرمایه گذاران از بازگشت سرمایه همراه با بهره نیز منتفع می شوند.
- اگر اهداف برآورده شود، دولت با استفاده از وجوه به سرمایه گذار اولیه، بازپرداخت می کند، در غیر اینصورت آنها برای مزایای بیکاری، هزینه های مربوط به خدمات بهداشتی و سایر هزینه ها برای این افراد، خرج می کردند.
- عموم مردم از داشتن شهروندانی که بیشتر شاغل و سالم هستند، بهره می برند، مشارکت کنندگان از حمایت و استخدام



اختصارات

ACT	درمان اجتماعی قاطعانه
APEC	همکاری اقتصادی آسیا پاسیفیک
CBT	درمان شناختی رفتاری
CRPD	کنوانسیون حقوق افراد دارای معلولیت
CTI	مداخله زمان بحرانی
DALYs	سال های زندگی تطبیق یافته با ناتوانی
EPS	سندرم راه های خارج هرمی
EUFAMI	فدراسیون اروپایی انجمن های خانواده های افراد مبتلا به بیماری روانی
GAF	بررسی عملکرد کلی
GAMIAN	اتحاد جهانی شبکه حمایت از بیماری روانی
GASA	اتحاد جهانی ضد استیگما
HOPES	پیامدهای بهداشتی از طریق مشارکت مثبت و خود توانمندسازی
HTA	بررسی فناوری سلامتی
ICD-11	طبقه بندی بین المللی بیماری ها ویرایش ۱۱
IPS	جایگزینی و پشتیبانی افراد
LAIs	تزریقات طولانی اثر / مواد تزریقی
LCF	سرمایه شانس زندگی
LMIC	کشورهای با درآمد پایین و متوسط
MHC	دادگاه سلامت روانی
mhGAP	برنامه اقدام خلاء سلامت روانی
MIND	بهبود روانی توسعه ملل
MoMeNT	پروژه تعلیم پرستاری سلامت روانی مغولستان
m-RESIST	توجه درمانی سیار برای اسکیزوفرنی مقاوم به درمان
NAMI	اتحاد ملی بیماری روانی
NGO	سازمان های غیر دولتی
NICE	موسسه ملی تعالی بهداشت و مراقبت
NPO	سازمان غیر انتفاعی
OECD	سازمان مشارکت و توسعه اقتصادی
PHMNP	پرستاران روانی دارای گواهینامه
PPP	برابری قدرت خرید
RCT	کارآزمایی کنترل شده تصادفی
SDM	تصمیم گیری حمایت شده
SME	کار(کاسبی) کوچک یا متوسط
SOP	پیامدهای مشارکت اجتماعی
tDCS	تحریک جریان مستقیم فرا جمجمه ای
UN	سازمان ملل متحد
VCSE	کار داوطلبانه، مربوط به جامعه و اجتماع
WHO	سازمان بهداشت جهانی
WPA	انجمن جهانی روانپزشکی

References

1. Fleischhacker W, Arango C, Arteel P, *et al*. Schizophrenia—Time to commit to policy change. *Schizophr Bull* 2014;40(S3):S165–S194. doi: 10.1093/schbul/sbu006. PMID: 24778411; PMCID: PMC4002061.
2. World Health Organization. Schizophrenia. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> (Accessed January 2024).
3. Christensen MK, Lim CCW, Saha S, *et al*. The cost of mental disorders: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020;29:e161. doi: 10.1017/S204579602000075X. PMID: 32807256; PMCID: PMC7443800.
4. Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K, *et al*. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009;374:620–7. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60742-X. PMID: 19595447.
5. Chang CK, Hayes RD, Perera G, *et al*. Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London. *PLoS One* 2011;6:e19590. doi: 10.1371/journal.pone.0019590. PMID: 21611123; PMCID: PMC3097201.
6. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry* 2011;199:441–2. doi: 10.1192/bjp.bp.111.092718. PMID: 22130744.
7. Tsai J and Rosenheck RA. Psychiatric comorbidity among adults with schizophrenia: a latent class analysis. *Psychiatry Res* 2013;210(1):16–20. doi: 10.1016/j.psychres.2013.05.013. PMID: 23726869; PMCID: PMC3800495.
8. Norman RM, Manchanda R, Malla AK, Windell D, Harricharan R, Northcott S. Symptom and functional outcomes for a 5 year early intervention program for psychoses. *Schizophr Res* 2011;129(2–3):111–5. doi: 10.1016/j.schres.2011.04.006. PMID: 21549566.
9. Lambert M, Naber D, Schacht A, *et al*. Rates and predictors of remission and recovery during 3 years in 392 never-treated patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:220–9. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01213.x. PMID: 18699954.
10. Ceraso A, Lin JJ, Schneider-Thoma J, *et al*. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;8(8):CD008016. doi: 10.1002/14651858.CD008016.pub3. PMID: 32840872; PMCID: PMC9702459.
11. Crocq MA, Naber D, Lader MH, *et al*. Suicide attempts in a prospective cohort of patients with schizophrenia treated with sertindole or risperidone. *Eur Neuropsychopharmacol* 2010;20:829–38. doi: 10.1016/j.euroneuro.2010.09.001. PMID: 20926264.
12. Barnes TR. Schizophrenia Consensus Group of British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2011;25(5):567–620. doi: 10.1177/0269881110391123. PMID: 21292923.
13. Galderisi S, Rossi A, Rocca P, *et al*. The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. *World Psychiatry* 2014;13:275–87. doi: 10.1002/wps.20167. PMID: 25273301; PMCID: PMC4219069.
14. Mucci A, Galderisi S, Gibertoni D, *et al*. Factors associated with real-life functioning in persons with schizophrenia in a 4-year follow-up study of the Italian Network for Research on Psychoses. *JAMA Psychiatry* 2021;78:550–559. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.4614. PMID: 33566071; PMCID: PMC7876615.
15. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (Update). Leicester (UK): British Psychological Society; 2009. PMID: 20704054.
16. Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia—a meta-analysis. *Schizophr Bull* 2001;27(1):73–92. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861. PMID: 11215551.
17. Hudson CG. Deinstitutionalisation of mental hospitals and rates of psychiatric disability: An international study. *Health Place* 2019;56:70–79. doi: 10.1016/j.healthplace.2019.01.006. PMID: 30710836.
18. Cortés CM, Moller JG, Dominguez MI, Thomas F, Ortiz JU. Moving psychiatric deinstitutionalisation forward: A scoping review of barriers and facilitators. *Glob Ment Health (Camb)* 2023;10:E29. doi: 10.1017/gmh.2023.18. PMID: 37808271; PMCID: PMC7615177.
19. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9:465–97. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620. PMID: 23330939.
20. Organization for Economic Co-operation and Development. Sick on the Job?: Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work. 2012. *OECD Publishing, Paris*. <https://doi.org/10.1787/9789264124523-en>.
21. Bebbington PE, Angermeyer M, Azorin JM, *et al*. The European Schizophrenia Cohort (EuroSC): a naturalistic prognostic and economic study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:707–17. doi: 10.1007/s00127-005-0955-5. PMID: 16151597.
22. Andrew A, Knapp M, McCrone P, Parsonage M, Trachtenberg M. Effective interventions in schizophrenia: the economic case. A report prepared for the Schizophrenia Commission. 2012. London: Rethink Mental Illness. Available from: <http://eprints.lse.ac.uk/47406> (Accessed January 2024).
23. Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Mental disorders and vulnerability to homicidal death: Swedish nationwide cohort study. *BMJ* 2013;346:f557. doi: 10.1136/bmj.f557. PMID: 23462204; PMCID: PMC6364268.
24. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry* 2013;170(3):324–33. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12050599. PMID: 23318474.
25. Collins P and Saxena S. Action on mental health needs global cooperation. *Nature* 2016;532:25–27. doi:10.1038/532025a. PMID: 27078549.
26. McCrone P, Dhanasiri S, Patel A, Knapp M, Lawton-Smith S. The King's Fund: Paying the price: the cost of mental health care in England to 2026. 2008. Available from: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Paying-the-Price-the-cost-of-mental-health-care-England-2026-McCrone-Dhanasiri-Patel-Knapp-Lawton-Smith-Kings-Fund-May-2008_0.pdf (Accessed January 2024).
27. Harding CM, Brooks GW, Ashikaga 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. *Am J Psychiatry* 1987;144(6):727–35. doi: 10.1176/ajp.144.6.727. PMID: 3591992.
28. Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophr Bull* 2006;32:432–42. doi: 10.1093/schbul/sbj044. PMID: 16461575; PMCID: PMC2632241.
29. ICD-World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Schizophrenia or other primary psychotic disorders. 2022. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/405565289> (Accessed January 2024).
30. McCutcheon RA, Keefe RSE, McGuire PK. Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology, and treatment. *Mol Psychiatry* 2023;28(5):1902–1918. doi: 10.1038/s41380-023-01949-9. PMID: 36690793; PMCID: PMC10575791.
31. Van Os, J and Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* 2009;374:635–645. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60995-8. PMID: 19700006.
32. Galdaseri S, Mucci, A, Buchanan R W, Arango C. Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *Lancet Psychiatry* 2018;5:664–667. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30050-6. PMID: 29602739.

33. Nuechterlein K H, Green M F, Kern RS, *et al.* The MATRICS consensus cognitive battery, part 1: Test selection, reliability, and validity. *Am J Psychiatry* 2008;165:2:203–213. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07010042. PMID: 18172019.
34. Ross CA, Margolis RL, Reading SA, Pletnikov M, Coyle JT. Neurobiology of schizophrenia. *Neuron* 2006;52(1):139–53. doi: 10.1016/j.neuron.2006.09.015. PMID: 17015232.
35. Arango C, Rapado-Castro M, Reig S, *et al.* Progressive brain changes in children and adolescents with first-episode psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:16–26. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.150. PMID: 22213785.
36. Henquet C, Murray R, Linszen D, *et al.* The environment and schizophrenia: the role of cannabis use. *Schizophr Bull* 2005;31:608–12. doi: 10.1093/schbul/sbi027. PMID: 15976013.
37. Picchioni M and Murray R. Clinical review: schizophrenia. *BMJ* 2007;335:91–5. doi: 10.1136/bmj.39227.616447.BE. PMID: 17626963; PMCID: PMC1914490.
38. Cardno A, Marshall E, Coid B, *et al.* Heritability estimates for psychotic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:162–8. doi: 10.1001/archpsyc.56.2.162. PMID: 10025441.
39. Bechter K. Updating the mild encephalitis hypothesis of schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2013;42:71–91. doi: 10.1016/j.pnpbp.2012.06.019. PMID: 22765923.
40. Muller N, Bechter K. The mild encephalitis concept for psychiatric disorders revisited in the light of current psychoneuroimmunological findings. *Neurology, Psychiatry and Brain Research* 2013;19:87–101. doi:10.1016/j.npbr.2013.04.004.
41. Rantala MJ, Luoto S, Borrás-León JI, Krams I. Schizophrenia: The new etiological synthesis. *Neurosci Biobehav Rev* 2022;142:104894. doi: 10.1016/j.neubiorev.2022.104894. PMID: 36181926.
42. McCutcheon RA, Krystal JH and Howes OD. Dopamine and glutamate in schizophrenia: biology, symptoms and treatment. *World Psychiatry* 2020;19(1):15–33. doi: 10.1002/wps.20693. PMID: 31922684; PMCID: PMC6953551.
43. Gaebel W, Kerst A, Stricker J. Classification and diagnosis of schizophrenia or other primary psychotic disorders: Changes from ICD-10 to ICD-11 and implementation in clinical practice. *Psychiatr Danub* 2020;32(3–4):320–324. doi: 10.24869/psyd.2020.320. PMID: 33370728.
44. Gaebel W, Zielasek J. Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy. *Psychiatry Clin Neurosci* 2015;69(11):661–673. doi: 10.1111/pcn.12322. PMID: 26011091.
45. Misiak B, Samochowiec J, Kowalski K, *et al.* The future of diagnosis in clinical neurosciences: Comparing multiple sclerosis and schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2023;66(1):e58. doi: 10.1192/j.eurpsy.2023.2432. PMID: 37476977; PMCID: PMC10486256.
46. Scotti P. Recovery as discovery. *Schizophr Bull* 2009;35:844–6. doi: 10.1093/schbul/sbp038. PMID: 19468058; PMCID: PMC2728817.
47. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry* 2022;9(2):137–150. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00395-3. PMID: 35026139; PMCID: PMC8776563.
48. The Institute for Health Metrics and Evaluation. Schizophrenia–level 3 cause. Available from: https://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/schizophrenia-level-3-cause (Accessed January 2024).
49. Solmi M, Seitidis G, Mavridis D, *et al.* Incidence, prevalence, and global burden of schizophrenia - data, with critical appraisal, from the Global Burden of Disease (GBD) 2019. *Mol Psychiatry* 2023. doi: 10.1038/s41380-023-02138-4. PMID: 37500825.
50. Mazereel V, Van Assche K, Detraux J, De Hert M. COVID-19 vaccination for people with severe mental illness: why, what, and how? *Lancet Psychiatry* 2021;8(5):444–450. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30564-2. PMID: 33548184; PMCID: PMC7906686.
51. Arumham A, O'Brien O, Ahmad Z, Nikbin K, Howes OD. Low COVID-19 vaccination rates in people with severe mental illness and reasons for this: An out-patient study. *Acta Psychiatr Scand* 2022;145(4):416–418. doi: 10.1111/acps.13400. PMID: 35263443; PMCID: PMC9111255.
52. Nuechterlein KH, Subotnik KL, Turner LR, Ventura J, Becker DR, Drake RE. Individual placement and support for individuals with recent-onset schizophrenia: integrating supported education and supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008;31(4):340–9. doi: 10.2975/31.4.2008.340.349. PMID: 18407884.
53. Rinaldi M, Perkins R, McNeil K, Hickman N, Singh SP. The individual placement and support approach to vocational rehabilitation for young people with first episode psychosis in the UK. *J Ment Health* 2010;19(6):483–91. doi: 10.3109/09638230903531100. PMID: 21121821.
54. The Schizophrenia Commission. The abandoned illness: a report from the Schizophrenia Commission. 2012. London: Rethink Mental Illness. Available from: <https://www.rethink.org/media/2637/the-abandoned-illness-final.pdf> (Accessed January 2024).
55. Thornicroft G, Sunkel C, Alikhon Aliev A, *et al.* The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet* 2022;400(10361):1438–1480. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01470-2. PMID: 36223799.
56. American Psychiatric Association. Stigma, prejudice and discrimination against people with mental illness. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination#:~:text=Stigma%20and%20discrimination%20can%20contribute,reduced%20hope> (Accessed January 2024).
57. Hampson ME, Watt BD, Hicks RE. Impacts of stigma and discrimination in the workplace on people living with psychosis. *BMC Psychiatry* 2020;20:288. doi:10.1186/s12888-020-02614-z. PMID:32513133; PMCID: PMC7278154.
58. Living with Schizophrenia. Schizophrenia and work: What kind of work can I do? Available from: <https://livingwithschizophreniauk.org/information-sheets/schizophrenia-and-work-what-kind-of-work-can-i-do/> (Accessed January 2024).
59. UK Government. Psychiatric disorders: assessing fitness to drive. Available from: <https://www.gov.uk/guidance/psychiatric-disorders-assessing-fitness-to-drive#schizophrenia-and-other-chronic-relapsing-remitting-disorders> (Accessed January 2024).
60. Romme MA and Escher AD. Hearing voices. *Schizophr Bull* 1989;15:209–216. doi: 10.1093/schbul/15.2.209. PMID: 2749184.
61. Corstens D, Longden E, McCarthy-Jones S, Waddingham R, Thomas N. Emerging perspectives from the hearing voices movement: implications for research and practice. *Schizophr Bull* 2014;40(Suppl 4):S285–94. doi: 10.1093/schbul/sbu007. PMID: 24936088; PMCID: PMC4141309.
62. Goozee R. Hearing voices: Tracing the borders of normality. *Lancet Psychiatry* 2015;2(3):206–207. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00066-8. PMID: 26359894.
63. de Jager A, Rhodes P, Beavan V, *et al.* Investigating the lived experience of recovery in people who hear voices. *Qual Health Res* 2016;26(10):1409–23. doi: 10.1177/1049732315581602. PMID: 25896792.
64. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M; INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009;373(9661):408–15. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61817-6. PMID: 19162314.
65. Anttila M, Välimäki M, Hätönen H, Luukkaala T, Kaila M. Use of web-based patient education sessions on psychiatric wards. *Int J Med Inform* 2012;81(6):424–33. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2012.02.004. PMID: 22381805.
66. Purebl G, Petrea I, Shields L, *et al.* Joint Action on Mental Health and Wellbeing (JAMHWB). Depression, suicide prevention and e-health. situation analysis and recommendations for action. 2015. Available from: https://health.ec.europa.eu/system/files/2017-07/2017_depression_suicide_ehealth_en_0.pdf (Accessed January 2024).
67. Global Anti-Stigma Alliance (GASA). About. Available from: <http://antistigma.global/about/> (Accessed January 2024).
68. Tian R. My hallucinations: Feeling whatever appeared in my mind as being true. *Schizophr Bull Open* 2022;3(1):sgab059. doi: 10.1093/schizbullopen/sgab059.
69. National Alliance on Mental Illness. Schizophrenia: public attitudes, personal needs. 2008. Available from: <https://www.nami.org/getattachment/About-NAMI/Publications/Surveys/SchizeExecSummary.pdf> (Accessed January 2024).

70. McDaid D and Park AL. Report for EUFAMI: Understanding the value and impacts of informal care for people living with poor mental health. 2020. Available from: <https://www.eufami.org/sites/default/files/2023-10/The%20Value%20of%20Caring%20Report.pdf> (Accessed January 2024).
71. Han X, Travers C, Dembek C, Kulkarni A. HSD86 economic attributes of caregiver burden among schizophrenia patients: A targeted literature review. *Value Health* 2023;26(12):S310. doi: 10.1016/j.jval.2023.09.1637.
72. Mental Health Foundation. The economic case for investing in the prevention of mental health conditions in the UK. 2022. Available from: <https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/2022-06/MHF-Investing-in-Prevention-Full-Report.pdf> (Accessed January 2024).
73. Lin C, Zhang X, Jin H. The societal cost of schizophrenia: An updated systematic review of cost-of-illness studies. *Pharmacoeconomics* 2023;41(2):139-153. doi: 10.1007/s40273-022-01217-8. PMID: 36404364.
74. Stewart AJ, Patten S, Fiest KM, Williamson TS, Wick JP, Ronksley PE. Factors associated with high health care spending among patients with schizophrenia. *Health Promot Chronic Dis Prev Can* 2022;42(10):431-439. doi: 10.24095/hpcdp.42.10.02. PMID: 36223158; PMCID: PMC9584173.
75. Brinchmann B, Widding-Havneraas T, Modini M, et al. A meta-regression of the impact of policy on the efficacy of individual placement and support. *Acta Psychiatr Scand* 2020;141(3):206-220. doi: 10.1111/acps.13129. PMID: 31733146.
76. Anderson R. Systematic reviews of economic evaluations: utility or futility? *Health Econ* 2010;19:350-64. doi: 10.1002/hec.1486. PMID: 19378354.
77. Wang L, Shi F, Guan X, Xu H, Liu J, Li H. A systematic review of methods and study quality of economic evaluations for the treatment of schizophrenia. *Front Public Health* 2021;9:689123. doi: 10.3389/fpubh.2021.689123. PMID: 34746073; PMCID: PMC8564012.
78. Kotzeva A, Mittal D, Desai S, Judge D, Samanta K. Socioeconomic burden of schizophrenia: a targeted literature review of types of costs and associated drivers across 10 countries. *J Med Econ* 2023;26(1):70-83. doi: 10.1080/13696998.2022.2157596. PMID: 36503357.
79. Kovács G, Almási T, Millier A, et al. Direct healthcare cost of schizophrenia – European overview. *Eur Psychiatry* 2018;48(1):79-92. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.10.008. PMID: 29428166.
80. Weiden PJ, Olfson M. Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21:419-29. doi: 10.1093/schbul/21.3.419. PMID: 7481573.
81. Restelli U, Garcia-Goni M, Lew-Starowicz M, et al. Cost of relapse management in patients with schizophrenia in Italy and Spain: Comparison between Lurasidone and Quetiapine XR. *Clin Drug Investig* 2020;40:861-871. doi: 10.1007/s40261-020-00944-0. PMID: 32648201; PMCID: PMC7452921.
82. van der Lee A, de Haan L, Beekman A. Schizophrenia in the Netherlands: Continuity of care with better quality of care for less medical costs. *PLoS One* 2016;11(6):e0157150. doi: 10.1371/journal.pone.0157150. PMID: 27275609; PMCID: PMC4898758.
83. Ekman M, Granstrom O, Omerov S, Jacob J, Landen M. The societal cost of schizophrenia in Sweden. *J Ment Health Policy Econ* 2013;16(1):13-25. PMID: 23676412.
84. Weber S, Scott JG, Chatterton ML. Healthcare costs and resource use associated with negative symptoms of schizophrenia: A systematic literature review. *Schizophr Res* 2022;241:251-259. doi: 10.1016/j.schres.2022.01.051. PMID: 35180664.
85. Galderisi S, Mucci A, Dollfus S, et al. EPA guidance on assessment of negative symptoms in schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2021;64:e23. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.11. PMID: 33597064; PMCID: PMC8080207.
86. Marder SR and Galderisi S. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry* 2017;16:14-24. doi: 10.1002/wps.20385. PMID: 28127915; PMCID: PMC5269507.
87. Sicras-Mainar A, Maurino J, Ruiz-Beato E, Navarro-Artieda R. Impact of negative symptoms on healthcare resource utilization and associated costs in adult outpatients with schizophrenia: a population-based study. *BMC Psychiatry* 2014;14:225. doi: 10.1186/s12888-014-0225-8. PMID: 25096022; PMCID: PMC4149268.
88. Rabinowitz J, Levine SZ, Garibaldi G, Bugarski-Kirola D, Berardo CG, Kapur S. Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia: analysis of CATIE data. *Schizophr Res* 2012;137(1-3):147-50. doi: 10.1016/j.schres.2012.01.015. PMID: 22316568.
89. Galderisi S, Rucci P, Kirkpatrick B, et al. Interplay among psychopathologic variables, personal resources, context-related factors, and real-life functioning in individuals with schizophrenia: A network analysis. *JAMA Psychiatry* 2018;75:396-404. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4607. PMID: 29450447; PMCID: PMC5875306.
90. Rabinowitz J, Berardo CG, Bugarski-Kirola D, et al. Association of prominent positive and prominent negative symptoms and functional health, well-being, healthcare-related quality of life and family burden: a CATIE analysis. *Schizophr Res* 2013;150:339-42. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.014. PMID: 23899997.
91. Correll CU and Schooler NR. Negative symptoms in Schizophrenia: A review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2020;16:519-534. doi: 10.2147/NDT.S225643. PMID: 32110026; PMCID: PMC7041437.
92. Marder SR, Umbricht D. Negative symptoms in schizophrenia: Newly emerging measurements, pathways, and treatments. *Schizophr Res* 2023;258:71-77. doi: 10.1016/j.schres.2023.07.010. PMID: 37517366.
93. Chong HY, Teoh SL, Wu DB, Kotirum S, Chiou CF, Chaiyakunapruk N. Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;12:357-73. doi: 10.2147/NDT.S96649. PMID: 26937191; PMCID: PMC4762470.
94. McDaid D and Park AL. Understanding the economic value and impacts on informal carers of people living with mental health conditions. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(5):2858. doi: 10.3390/ijerph19052858. PMID: 35270554; PMCID: PMC8910204.
95. Fasseeh A, Németh B, Molnár A, et al. A systematic review of the indirect costs of schizophrenia in Europe. *Eur J Public Health* 2018;28:1043-1049. doi: 10.1093/eurpub/cky231. PMID: 30395217; PMCID: PMC6241204.
96. Mohr P, Galderisi S, Boyer P, et al. Value of schizophrenia treatment I: The patient journey. *Eur Psychiatry* 2018;53:107-115. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.06.007. PMID: 30036773.
97. Starzer M, Hansen HG, Hjorthøj C, Albert N, Nordentoft M, Madsen T. 20-year trajectories of positive and negative symptoms after the first psychotic episode in patients with schizophrenia spectrum disorder: results from the OPUS study. *World Psychiatry* 2023;22(3):424-432. doi: 10.1002/wps.21121. PMID: 37713547; PMCID: PMC10503930.
98. Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe and EUFAMI. Schizophrenia Companion Guide II: Perspectives of people with schizophrenia and carers. 2021. Available from: https://www.gamian.eu/wp-content/uploads/Schizophrenia-companion-guide-2-interactive_final.pdf (Accessed January 2024).
99. Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe. A charter for the rights to treatment and care for people with schizophrenia. Available from: <https://www.gamian.eu/wp-content/uploads/Patient-Charter-Schizophrenia.pdf> (Accessed January 2024).
100. Author group input and consensus.
101. Warner R. Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22:374-80. doi: 10.1097/YCO.0b013e32832c920b. PMID: 19417668.
102. Lieberman JA, Drake RE, Sederer LI, et al. Science and recovery in schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2008;59:487-96. doi: 10.1176/ps.2008.59.5.487. PMID: 18451003.
103. Hopper K. Rethinking social recovery in schizophrenia: what a capabilities approach might offer. *Soc Sci Med* 2007;65:868-77. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.04.012. PMID: 17499900; PMCID: PMC2018655.
104. Pandurangi AK. Recovery From Schizophrenia. An international perspective. A Report from the WHO Collaboration Project. The international study of schizophrenia. Edited by Hopper K, Harrison G, Janca A and Sartorius N. (Pp. 370; ISBN 1887841393.) Oxford University Press: New York. 2007. *Psychological Medicine* 2008;38(1):151-152. doi:10.1017/S0033291707001973.
105. Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM. The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. *Schizophr Bull* 2013;39:1363-7. doi: 10.1093/schbul/sbs135. PMID: 23172002; PMCID: PMC3796078.
106. Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, et al. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013;39(6):1296-306. doi: 10.1093/schbul/sbs130. PMID: 23172003; PMCID: PMC3796077.

107. Rossi A, Amore M, Galderisi S, *et al.* The complex relationship between self-reported 'personal recovery' and clinical recovery in schizophrenia. *Schizophr Res* 2018;192:108-112. doi: 10.1016/j.schres.2017.04.040. PMID: 28495492.
108. Roe D, Rudnick A, Gill KJ. The concept of "being in recovery". *Psychiatr Rehabil J* 2007;30:171-3. doi: 10.2975/30.3.2007.171.173. PMID: 17269266.
109. Wawrzczak-Bargiela A, Bilecki W, Mackowiak M. Epigenetic Targets in Schizophrenia Development and Therapy. *Brain Sci* 2023;13(3):426. doi: 10.3390/brainsci13030426. PMID: 36979236; PMCID: PMC10046502.
110. Kantrowitz JT, Correll CU, Jain R, Cutler AJ. New Developments in the Treatment of Schizophrenia: An Expert Roundtable. *Int J Neuropsychopharmacol* 2023;26:322-330. doi: 10.1093/ijnp/pyad011. PMID: 36932673; PMCID: PMC10229849.
111. Genovese G, Fromer M, Stahl EA, *et al.* Increased burden of ultra-rare protein-altering variants among 4,877 individuals with schizophrenia. *Nat Neurosci* 2016;19:1433-1441. doi: 10.1038/nn.4402. PMID: 27694994; PMCID: PMC5104192.
112. Marshall CR, Howrigan DP, Merico D, *et al.* Contribution of copy number variants to schizophrenia from a genome-wide study of 41,321 subjects. *Nat Genet* 2017;49:27-35. doi: 10.1038/ng.3725. PMID: 27869829; PMCID: PMC5737772.
113. Hall LS, Medway CW, Pain O, *et al.* A transcriptome-wide association study implicates specific pre- and post-synaptic abnormalities in schizophrenia. *Hum Mol Genet* 2020;29:159-167. doi: 10.1093/hmg/ddz253. PMID: 31691811; PMCID: PMC7416679.
114. Korth C, Fangerau H. Blood tests to diagnose schizophrenia: self-imposed limits in psychiatry. *Lancet Psychiatry* 2020;7:911-914. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30058-4. PMID: 32213327.
115. Rodrigues JE, Martinho A, Santa C, *et al.* Systematic Review and Meta-Analysis of Mass Spectrometry Proteomics Applied to Human Peripheral Fluids to Assess Potential Biomarkers of Schizophrenia. *Int J Mol Sci* 2022;23(9):4917. doi: 10.3390/ijms23094917. PMID: 35563307; PMCID: PMC9105255.
116. Goldsmith DR, Rapaport MH, Miller BJ. A meta-analysis of blood cytokine network alterations in psychiatric patients: comparisons between schizophrenia, bipolar disorder and depression. *Mol Psychiatry* 2016;21:1696-1709. doi: 10.1038/mp.2016.3. PMID: 26903267; PMCID: PMC6056174.
117. Wang AK, Miller BJ. Meta-analysis of cerebrospinal fluid cytokine and tryptophan catabolite alterations in psychiatric patients: Comparisons between schizophrenia, bipolar disorder, and depression. *Schizophr Bull* 2018;44:75-83. doi: 10.1093/schbul/sbx035. PMID: 28338954; PMCID: PMC5768046.
118. Schwarz E, Izmailov R, Spain M, *et al.* Validation of a blood-based laboratory test to aid in the confirmation of a diagnosis of schizophrenia. *Biomark Insights* 2010;5:39-47. doi: 10.4137/bmi.s4877. PMID: 20520744; PMCID: PMC2879227.
119. Trossbach SV, Hecher L, Schafflick D, *et al.* Dysregulation of a specific immune-related network of genes biologically defines a subset of schizophrenia. *Transl Psychiatry* 2019;9:156. doi: 10.1038/s41398-019-0486-6. PMID: 31150013; PMCID: PMC6544656.
120. Thompson PM, Jahanshad N, Ching CRK, *et al.* ENIGMA and global neuroscience: A decade of large-scale studies of the brain in health and disease across more than 40 countries. *Transl Psychiatry* 2020;10:100. doi: 10.1038/s41398-020-0705-1. PMID: 32198361; PMCID: PMC7083923.
121. Walton E, Hibar DP, van Erp TGM, *et al.* Prefrontal cortical thinning links to negative symptoms in schizophrenia via the ENIGMA consortium. *Psychol Med* 2018;48:82-94. doi: 10.1017/S0033291717001283. PMID: 28545597; PMCID: PMC5826665.
122. Cattarinussi G, Kubera KM, Hirjak D, Wolf RC, Sambataro F. Neural correlates of the risk for schizophrenia and bipolar disorder: A meta-analysis of structural and functional neuroimaging studies. *Biol Psychiatry* 2022;92(5):375-384. doi: 10.1016/j.biopsych.2022.02.960. PMID: 35523593.
123. Kochunov P, Thompson PM, Hong LE. Toward high reproducibility and accountable heterogeneity in schizophrenia research. *JAMA Psychiatry* 2019;76:680-681. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0208. PMID: 30969327; PMCID: PMC6757339.
124. Kraguljac NV, McDonald WM, Widge AS, Rodriguez CI, Tohen M, Nemeroff CB. Neuroimaging biomarkers in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2021;178(6):509-521. doi: 10.1176/appi.ajp.2020.20030340. PMID: 33397140; PMCID: PMC8222104.
125. Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks -Europe and The European Psychiatric Association. Developing trust and effective care for people with schizophrenia: patients and psychiatrists working in partnership. 2023. Available from: <https://www.gamian.eu/wp-content/uploads/Gamian-Schizophrenia-patient-clinician-report2023-1.pdf> (Accessed January 2024).
126. Fonseca LN, Woo BKP. Wearables in schizophrenia: Update on current and future clinical applications. *JMIR Mhealth Uhealth* 2022;10:e35600. doi: 10.2196/35600. PMID: 35389361; PMCID: PMC9030897.
127. Ramasubramanian B, Reddy VS, Chellappan V, Ramakrishna S. Emerging materials, wearables, and diagnostic advancements in therapeutic treatment of brain diseases. *Biosensors (Basel)* 2022;12(12):1176. doi: 10.3390/bios12121176. PMID: 36551143; PMCID: PMC9775999.
128. Kaskie RE, Graziano B, Ferrarelli F. Schizophrenia and sleep disorders: links, risks, and management challenges. *Nat Sci Sleep* 2017;9:227-239. doi: 10.2147/NSS.S121076. PMID: 29033618; PMCID: PMC5614792.
129. Cella M, Okruszek Ł, Lawrence M, Zarlena V, He Z, Wykes T. Using wearable technology to detect the autonomic signature of illness severity in schizophrenia. *Schizophr Res* 2018;195:537-542. doi: 10.1016/j.schres.2017.09.028. PMID: 28986005.
130. Schlier B, Krkovic K, Clamor A, Lincoln TM. Autonomic arousal during psychosis spectrum experiences: Results from a high resolution ambulatory assessment study over the course of symptom on- and offset. *Schizophr Res* 2019;212:163-170. doi: 10.1016/j.schres.2019.07.046. PMID: 31422861.
131. Aledavood T, Torous J, Triana Hoyos AM, Naslund JA, Onnela JP, Keshavan M. Smartphone-based tracking of sleep in depression, anxiety, and psychotic disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2019;21(7):49. doi: 10.1007/s11920-019-1043-y. PMID: 31161412; PMCID: PMC6546650.
132. Dewa LH, Lavelle M, Pickles K, *et al.* Young adults' perceptions of using wearables, social media and other technologies to detect worsening mental health: A qualitative study. *PLoS One* 2019;14:e0222655. doi: 10.1371/journal.pone.0222655. PMID: 31532786; PMCID: PMC6750581.
133. Meyer N, Kerz M, Folarin A, *et al.* Capturing rest-activity profiles in schizophrenia using wearable and mobile technologies: development, implementation, feasibility, and acceptability of a remote monitoring platform. *JMIR Mhealth Uhealth* 2018;6:e188. doi: 10.2196/mhealth.8292. PMID: 30377146; PMCID: PMC6234334.
134. Dean B and Scarr E. Muscarinic M1 and M4 receptors: Hypothesis driven drug development for schizophrenia. *Psychiatry Res* 2020;288:112989. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112989. PMID: 32315882.
135. Brannan SK, Sawchak S, Miller AC, Lieberman JA, Paul SM, Breier A. Muscarinic cholinergic receptor agonist and peripheral antagonist for schizophrenia. *N Engl J Med* 2021;384(8):717-726. doi: 10.1056/NEJMoa2017015. PMID: 33626254; PMCID: PMC7610870.
136. Sauder C, Allen LA, Baker E, Miller AC, Paul SM, Brannan SK. Effectiveness of KarXT (xanomeline-trospium) for cognitive impairment in schizophrenia: post hoc analyses from a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 2 study. *Transl Psychiatry* 2022;12(1):491. doi: 10.1038/s41398-022-02254-9. PMID: 36414626; PMCID: PMC9681874.
137. Krystal JH, Kane JM, Correll CU, *et al.* Emraclidine, a novel positive allosteric modulator of cholinergic M4 receptors, for the treatment of schizophrenia: a two-part, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 1b trial. *Lancet* 2022;400:2210-2220. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01990-0. PMID: 36528376.
138. Singh A. Xanomeline and trospium: A potential fixed drug combination (FDC) for schizophrenia: A brief review of current data. *Innov Clin Neurosci* 2022;19:43-47. PMID: 36591549; PMCID: PMC9776782.
139. Kaul I, Sawchak S, Correll CU, *et al.* Efficacy and safety of the muscarinic receptor agonist KarXT (xanomeline-trospium) in schizophrenia (EMERGENT-2) in the USA: results from a randomised, double-blind, placebo-controlled, flexible-dose phase 3 trial. *Lancet* 2024;403(10422):160-170. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02190-6. PMID: 38104575.
140. Koblan KS, Kent J, Hopkins SC, *et al.* A non-D2-receptor-binding drug for the treatment of schizophrenia. *N Engl J Med* 2020;382:1497-1506. doi: 10.1056/NEJMoa1911772. PMID: 32294346.

141. Hojlund M and Correll CU. Ulotaront: a TAAR1/5-HT1A agonist in clinical development for the treatment of schizophrenia. *Expert Opin Investig Drugs* 2022;31:1279-1290. doi: 10.1080/13543784.2022.2158811. PMID: 36533396.
142. Liu J, Wu R, Li JX. TAAR1 and psychostimulant addiction. *Cell Mol Neurobiol* 2020;40:229-238. doi: 10.1007/s10571-020-00792-8. PMID: 31974906; PMCID: PMC7845786.
143. Markham A. Pimavanserin: First global approval. *Drugs* 2016;76:1053-7. doi: 10.1007/s40265-016-0597-9. PMID: 27262680.
144. Bugarski-Kirola D, Arango C, Fava M, et al. Pimavanserin for negative symptoms of schizophrenia: results from the ADVANCE phase 2 randomised, placebo-controlled trial in North America and Europe. *Lancet Psychiatry* 2022;9(1):46-58. doi:10.1016/S2215-0366(21)00386-2. PMID: 34861170.
145. Yamada R, Wada A, Stickley A, Yokoi Y, Sumiyoshi T. Effect of 5-HT1A receptor partial agonists of the azapirone class as an add-on therapy on psychopathology and cognition in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Int J Neuropsychopharmacol* 2023;26(4):249-258. doi: 10.1093/ijnp/pyad004. PMID: 36721972; PMCID: PMC10109009.
146. Fleischhacker WW, Podhorna J, Groschl M, et al. Efficacy and safety of the novel glycine transporter inhibitor BI 425809 once daily in patients with schizophrenia: a double-blind, randomised, placebo-controlled phase 2 study. *Lancet Psychiatry* 2021;8:191-201. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30513-7. PMID: 33610228.
147. Rosenbrock H, Desch M, Wunderlich G. Development of the novel GlyT1 inhibitor, iclertin (BI 425809), for the treatment of cognitive impairment associated with schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2023;273:1557-1566. doi: 10.1007/s00406-023-01576-z. PMID: 36971864; PMCID: PMC10465677.
148. Fond G, Hamdani N, Kapczinski F, et al. Effectiveness and tolerance of anti-inflammatory drugs' add-on therapy in major mental disorders: a systematic qualitative review. *Acta Psychiatr Scand* 2014;129:163-79. doi: 10.1111/acps.12211. PMID: 24215721.
149. Leza JC, Garcia-Bueno B, Bioque M, et al. Inflammation in schizophrenia: A question of balance. *Neurosci Biobehav Rev* 2015;55:612-26. doi: 10.1016/j.neubiorev.2015.05.014. PMID: 26092265.
150. Sommer IE, van Westrhenen R, Begemann MJ, de Witte LD, Leucht S, Kahn RS. Efficacy of anti-inflammatory agents to improve symptoms in patients with schizophrenia: an update. *Schizophr Bull* 2014;40(1):181-91. doi: 10.1093/schbul/sbt139. PMID: 24106335; PMCID: PMC3885306.
151. Stefanović V, Mihajlović G, Nenadović M, Dejanović SD, Borovcanin M, Trajković G. The effect of antipsychotic drugs on nonspecific inflammation markers in the first episode of schizophrenia. *Vojnosanit Pregl* 2015;72(12):1085-92. doi: 10.2298/vsp140526016s. PMID: 26898032.
152. Cox D, Chan MK, Bahn S. The potential of immune biomarkers to advance personalized medicine approaches for schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2015;203:393-9. doi: 10.1097/NMD.0000000000000289. PMID: 25919386.
153. Schwarz E, van Beveren NJ, Ramsey J, et al. Identification of subgroups of schizophrenia patients with changes in either immune or growth factor and hormonal pathways. *Schizophr Bull* 2014;40:787-95. doi: 10.1093/schbul/sbt105. PMID: 23934781; PMCID: PMC4059436.
154. Tseng PT, Zeng BS, Hung CM, et al. Assessment of noninvasive brain stimulation interventions for negative symptoms of schizophrenia: A systematic review and network meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2022;79(8):770-779. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2022.1513. PMID: 35731533; PMCID: PMC9218931.
155. Cheng PWC, Louie LLC, Wong YL, et al. The effects of transcranial direct current stimulation (tDCS) on clinical symptoms in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Asian J Psychiatry* 2020;53:102392. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102392. PMID: 32956993.
156. Narita Z, Stickley A, DeVlyder J, et al. Effect of multi-session prefrontal transcranial direct current stimulation on cognition in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2020;216:367-373. doi: 10.1016/j.schres.2019.11.011. PMID: 31822431.
157. Li IH, Hsieh WL, Liu WI. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of adherence therapy and its treatment duration in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Patient Prefer Adherence* 2023;17:769-780. doi: 10.2147/PPA.S401650. PMID: 36974078; PMCID: PMC10039634.
158. Loots E, Goossens E, Vanwesemael T, et al. Interventions to improve medication adherence in patients with schizophrenia or bipolar disorders: A systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(19):10213. doi: 10.3390/ijerph181910213. PMID: 34639510; PMCID: PMC8508496.
159. Cahaya N, Kristina SA, Widayanti AW, Green J. Interventions to improve medication adherence in people with schizophrenia: A systematic review. *Patient Prefer Adherence* 2022;16:2431-2449. doi: 10.2147/PPA.S378951. PMID: 36072918; PMCID: PMC9444034.
160. Basit SA, Mathews N, Kunik ME. Telemedicine interventions for medication adherence in mental illness: A systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2020;62:28-36. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2019.11.004. PMID: 31775066.
161. Parellada E and Bioque M. Barriers to the use of long-acting injectable antipsychotics in the management of schizophrenia. *CNS Drugs* 2016;30:689-701. doi: 10.1007/s40263-016-0350-7. PMID: 27255405.
162. Kane JM, McEvoy JP, Correll CU, Llorca PM. Controversies surrounding the use of long-acting injectable antipsychotic medications for the treatment of patients with schizophrenia. *CNS Drugs* 2021;35(11):1189-1205. doi: 10.1007/s40263-021-00861-6. PMID: 34636025; PMCID: PMC8551124.
163. Lindenmayer JP, Glick ID, Talreja H, et al. Persistent barriers to the use of long-acting injectable antipsychotics for the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2020;40:346-349. doi: 10.1097/JCP.0000000000001225. PMID: 32639287.
164. Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, et al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2019;394(10202):939-951. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31135-3. PMID: 31303314; PMCID: PMC6891890.
165. Correll CU, Martin A, Patel C, et al. Systematic literature review of schizophrenia clinical practice guidelines on acute and maintenance management with antipsychotics. *Schizophrenia (Heidelb)* 2022;8:5. doi:10.1038/s41537-021-00192-x. PMID:35210430; PMCID:PMC8873492.
166. Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe. Adherence to treatment: the patient's view. 2012. Available from: <https://www.gamian.eu/wp-content/uploads/2014/06/Gamian-Europe-Adherence-report-20121.pdf> (Accessed January 2024).
167. Remington G, Foussias G, Agid O. Progress in defining optimal treatment outcome in schizophrenia. *CNS Drugs* 2010;24:9-20. doi: 10.2165/11530250-000000000-00000. PMID: 20030416.
168. Amminger GP, Schäfer MR, Schlögelhofer M, Klier CM, McGorry PD. Longer-term outcome in the prevention of psychotic disorders by the Vienna omega-3 study. *Nat Commun* 2015;6:7934. doi: 10.1038/ncomms8934. PMID: 26263244; PMCID: PMC4918317.
169. Harrow M and Jobe TH. Does long-term treatment of schizophrenia with antipsychotic medications facilitate recovery? *Schizophr Bull* 2013;39:962-5. doi: 10.1093/schbul/sbt034. PMID: 23512950; PMCID: PMC3756791.
170. Veeneman RR, Vermeulen JM, Abdellaoui A, et al. Exploring the relationship between schizophrenia and cardiovascular disease: A genetic correlation and multivariable mendelian randomization study. *Schizophr Bull* 2022;48(2):463-473. doi: 10.1093/schbul/sbab132. PMID: 34730178; PMCID: PMC8886584.
171. Nielsen RE, Banner J, Jensen SE. Cardiovascular disease in patients with severe mental illness. *Nat Rev Cardiol* 2021;18:136-145. doi: 10.1038/s41569-020-00463-7. PMID: 33128044.
172. Hastrup LH, Kronborg C, Bertelsen M, et al. Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (the OPUS study). *Br J Psychiatry* 2013;202:35-41. doi: 10.1192/bjp.bp.112.112300. PMID: 23174515.
173. McCrone P, Craig TK, Power P, Garety PA. Cost-effectiveness of an early intervention service for people with psychosis. *Br J Psychiatry* 2010;196(5):377-82. doi: 10.1192/bjp.bp.109.065896. PMID: 20435964.
174. Murphy SM, Kucukgoncu S, Bao Y, et al. An economic evaluation of coordinated specialty care (CSC) services for first-episode psychosis in the U.S. public sector. *J Ment Health Policy Econ* 2018;21:123-130. PMID: 30530872; PMCID: PMC6314808.

175. Rosenheck R, Leslie D, Sint K, *et al.* Cost-effectiveness of comprehensive, integrated care for first episode psychosis in the NIMH RAISE early treatment program. *Schizophr Bull* 2016;42:896-906. doi: 10.1093/schbul/sbv224. PMID: 26834024; PMCID: PMC4903057.
176. Cheng Z, Huang B, Ma K, *et al.* Trajectories of social function in patients with first-episode schizophrenia: Analysis of data from a 10-year follow up study. *Asian J Psychiatr* 2023;91:103834. doi: 10.1016/j.ajp.2023.103834. PMID: 37988930.
177. Williams R, Ostinelli EG, Agorinya J, Minichino A, *et al.* Comparative effectiveness of intervention services for early psychosis: a component network meta-analysis. Unpublished data.
178. Lasagna L. Non-specific Aspects of Treatment. Edited by Shepherd M and Sartorius N. Hans Huber: New York. 1989. *Psychological Medicine; Cambridge University Press* 1990;20(2):445 doi: 10.1017/S003329170001775X
179. Miyamoto S, Miyake N, Jarskog LF, Fleischhacker WW, Lieberman JA. Pharmacological treatment of schizophrenia: a critical review of the pharmacology and clinical effects of current and future therapeutic agents. *Mol Psychiatry* 2012;17(12):1206-27. doi: 10.1038/mp.2012.47. PMID: 22584864.
180. Nucifora FC Jr, Woznica E, Lee BJ, Cascella N, Sawa A. Treatment resistant schizophrenia: Clinical, biological, and therapeutic perspectives. *Neurobiol Dis* 2019;131:104257. doi: 10.1016/j.nbd.2018.08.016. PMID: 30170114; PMCID: PMC6395548.
181. Hofer A, Baumgartner S, Edlinger M, *et al.* Patient outcomes in schizophrenia I: correlates with sociodemographic variables, psychopathology, and side effects. *Eur Psychiatry* 2005;20:386-94. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.02.005. PMID: 16171653.
182. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R, *et al.* Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006;163:411-17. doi: 10.1176/appi.ajp.163.3.411. PMID: 16513861.
183. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1996;153:321-30. doi: 10.1176/ajp.153.3.321. PMID: 8610818.
184. Goff DC, Hill M, Barch D. The treatment of cognitive impairment in schizophrenia. *Pharmacol Biochem Behav* 2011;99:245-53. doi: 10.1016/j.pbb.2010.11.009. PMID: 21115035; PMCID: PMC3114283.
185. Davidson M, Galderisi S, Weiser M, *et al.* Cognitive effects of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: a randomized, open-label clinical trial (EUFEST). *Am J Psychiatry* 2009;166:675-82. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08060806. PMID: 19369319.
186. Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ, *et al.* Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year follow up of a Dutch incidence cohort. *Schizophr Bull* 1998;24:75-85. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033315. PMID: 9502547.
187. Chakos M, Lieberman J, Hoffman E, Bradford D, Sheitman B. Effectiveness of second-generation antipsychotics in patients with treatment-resistant schizophrenia: a review and meta-analysis of randomized trials. *Am J Psychiatry* 2001;158(4):518-26. doi: 10.1176/appi.ajp.158.4.518. PMID: 11282684.
188. Lewis SW, Barnes TR, Davies J, *et al.* Randomized controlled trial of effect of prescription of clozapine versus other second-generation antipsychotic drugs in resistant schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006;32:715-23. doi: 10.1093/schbul/sbj067. PMID: 16540702; PMCID: PMC2632262.
189. Mortimer AM, Singh P, Shepherd CJ, Puthirayackal J. Clozapine for treatment-resistant schizophrenia: National Institute of Clinical Excellence (NICE) guidance in the real world. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2010;4(1):49-55. doi: 10.3371/CSRP.4.1.4. PMID: 20643629.
190. Taylor DM, Young C, Paton C. Prior antipsychotic prescribing in patients currently receiving clozapine: a case note review. *J Clin Psychiatry* 2003;64:30-4. doi: 10.4088/jcp.v64n0107. PMID: 12590620.
191. Nielsen J, Dahm M, Lublin H, Taylor D. Psychiatrists' attitude towards and knowledge of clozapine treatment. *J Psychopharmacol* 2010;24(7):965-71. doi: 10.1177/0269881108100320. PMID: 19164499.
192. Qubad M, Bittner RA. Second to none: rationale, timing, and clinical management of clozapine use in schizophrenia. *Ther Adv Psychopharmacol* 2023;13:20451253231158152. doi: 10.1177/20451253231158152. PMID: 36994117; PMCID: PMC10041648.
193. Farooq S, Choudry A, Cohen D, Naeem F, Ayub M. Barriers to using clozapine in treatment-resistant schizophrenia: systematic review. *BJPsych Bull* 2019;43(1):8-16. doi: 10.1192/bjb.2018.67. PMID: 30261942; PMCID: PMC6327301.
194. Baig AI, Bazargan-Hejazi S, Ebrahim G, Rodriguez-Lara J. Clozapine prescribing barriers in the management of treatment-resistant schizophrenia: A systematic review. *Medicine (Baltimore)* 2021;100(45):e27694. doi: 10.1097/MD.00000000000027694. PMID: 34766570; PMCID: PMC10545051.
195. Correll CU, Agid O, Crespo-Facorro B, *et al.* A guideline and checklist for initiating and managing Clozapine treatment in patients with treatment-resistant schizophrenia. *CNS Drugs* 2022;36(7):659-679. doi: 10.1007/s40263-022-00932-2. PMID: 35759211; PMCID: PMC9243911.
196. Pillinger T, Howes OD, Correll CU, *et al.* Antidepressant and antipsychotic side-effects and personalised prescribing: a systematic review and digital tool development. *Lancet Psychiatry* 2023;10(11):860-876. doi: 10.1016/S2215-0366(23)00262-6. PMID: 37774723.
197. Mitchell AJ, Vancampfort D, Sweers K, van Winkel R, Yu W, De Hert M. Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders—a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2013;39(2):306-18. doi: 10.1093/schbul/sbr148. PMID: 22207632; PMCID: PMC3576174.
198. Stroup TS and Gray N. Management of common adverse effects of antipsychotic medications. *World Psychiatry* 2018;17(3):341-356. doi: 10.1002/wps.20567. PMID: 30192094; PMCID: PMC6127750.
199. Dumontaud M, Korchia T, Khouani J, *et al.* Sexual dysfunctions in schizophrenia: Beyond antipsychotics. A systematic review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2020;98:109804. doi: 10.1016/j.pnpbp.2019.109804. PMID: 31711954.
200. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, *et al.* Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005;353:1209-23. doi: 10.1056/NEJMoa051688. PMID: 16172203.
201. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H, *et al.* Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 2008 29;371(9618):1085-97. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60486-9. PMID: 18374841.
202. Calton T, Ferriter M, Huband N, Spandler H. A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008;34:181-92. doi: 10.1093/schbul/sbm047. PMID: 17573357; PMCID: PMC2632384.
203. Barnes TR, Leeson VC, Mutsaers SH, Watt HC, Hutton SB, Joyce EM. Duration of untreated psychosis and social function: 1-year follow-up study of first-episode schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2008;193(3):203-9. doi: 10.1192/bjp.bp.108.049718. PMID: 18757977; PMCID: PMC2576506.
204. Brady M. Beating the odds – nothing is impossible, it's just a road less travelled. *Schizophr Bull* 2008;34:204-11. doi: 10.1093/schbul/sbm023. PMID: 17420176; PMCID: PMC2632418.
205. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication non-adherence and associated factors among adult patients with major psychiatric disorders: a protocol for a systematic review. *Syst Rev* 2018;7(1):10. doi: 10.1186/s13643-018-0676-y. PMID: 29357926; PMCID: PMC5778728.
206. Kern RS, Glynn SM, Horan WP, Marder SR. Psychosocial treatments to promote functional recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;35(2):347-61. doi: 10.1093/schbul/sbn177. PMID: 19176470; PMCID: PMC2659313.
207. Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Kelly DL, *et al.* The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010;36(1):71-93. doi: 10.1093/schbul/sbp116. PMID: 19955390; PMCID: PMC2800144.
208. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, *et al.* The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010;36(1):48-70. doi: 10.1093/schbul/sbp115. PMID: 19955389; PMCID: PMC2800143.

209. Kurtz MM and Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:491–504. doi: 10.1037/0022-006X.76.3.491. PMID: 18540742.
210. McDonagh MS, Dana T, Kopelovich SL, *et al.* Psychosocial interventions for adults with schizophrenia: an overview and update of systematic reviews. *Psychiatr Serv* 2022;73(3):299–312. doi: 10.1176/appi.ps.202000649. PMID: 34384230.
211. Gowda GS, Isaac MK. Models of care of schizophrenia in the community-an international perspective. *Curr Psychiatry Rep* 2022;24(3):195–202. doi: 10.1007/s11920-022-01329-0. PMID: 35230610; PMCID: PMC8967793.
212. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull* 2008;34(3):523–37. doi: 10.1093/schbul/sbm114. PMID: 17962231; PMCID: PMC2632426.
213. Jones C, Hacker D, Cormac I, Meaden A, Irving CB. Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;4(4):CD008712. doi: 10.1002/14651858.CD008712.pub2. PMID: 22513966; PMCID: PMC4163968.
214. Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry* 2011;168(5):472–85. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10060855. PMID: 21406461.
215. McGurk SR, Twamley EW, Sitzler DI, McHugo GJ, Mueser KT. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007;164(12):1791–802. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07060906. PMID: 18056233; PMCID: PMC3634703.
216. Eack SM, Hogarty GE, Cho RY, *et al.* Neuroprotective effects of cognitive enhancement therapy against gray matter loss in early schizophrenia: results from a 2-year randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:674–82. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.63. PMID: 20439824; PMCID: PMC3741671.
217. Penadés R, Pujol N, Catalán R, *et al.* Brain effects of cognitive remediation therapy in schizophrenia: a structural and functional neuroimaging study. *Biol Psychiatry* 2013;73:1015–23. doi: 10.1016/j.biopsych.2013.01.017. PMID: 23452665.
218. Leff JP, Warner R. Social inclusion of people with mental illness. Cambridge, UK; New York: Cambridge University Press, 2006. doi: 10.1017/CBO9780511543937
219. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(12):CD000088. doi: 10.1002/14651858.CD000088.pub2. PMID: 21154340; PMCID: PMC4204509.
220. Moller M and Murphy M. The three R's rehabilitation program: a prevention approach for the management of relapse symptoms associated with psychiatric diagnoses. *Psychiatr Rehabil J* 1997;20:42–48. doi:10.1037/h0095365.
221. Sellwood W, Wittkowski A, Tarrier N, Barrowclough C. Needs-based cognitive-behavioural family intervention for patients suffering from schizophrenia: 5-year follow-up of a randomized controlled effectiveness trial. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116(6):447–52. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01097.x. PMID: 17961200.
222. Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. Two-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1990;157:571–7. doi: 10.1192/bjp.157.4.571. PMID: 2131140.
223. Goldstein MJ. Psycho-education and family treatment related to the phase of a psychotic disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1996;11(Suppl 2):77–83. doi: 10.1097/00004850-199605002-00013. PMID: 8803665.
224. McFarlane WR. Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders. New York: Guilford Press, 2002.
225. Breitborde NJ, Moreno FA, Mai-Dixon N, *et al.* Multifamily group psychoeducation and cognitive remediation for first-episode psychosis: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2011;11:9. doi: 10.1186/1471-244X-11-9. PMID: 21226941; PMCID: PMC3030530.
226. McFarlane WR, Link B, Dushay R, Marchal J, Crilly J. Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. *Fam Process* 1995;34(2):127–44. doi: 10.1111/j.1545-5300.1995.00127.x. PMID: 7589414.
227. McFarlane WR, Lukens E, Link B, *et al.* Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:679–87. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950200069016. PMID: 7632121.
228. Uçok A, Brohan E, Rose D, *et al.* Anticipated discrimination among people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2012;125:77–83. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01772.x. PMID: 22017644.
229. Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, *et al.* Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet* 2013;381:55–62. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61379-8. PMID: 23083627.
230. Na EY, Lim YJ. Influence of Employment on the Positive Mental Health of Individuals with Schizophrenia Living in the Community. *Psychiatr Q* 2001; 91:203–208. doi: 10.1007/s1126-019-09686-5. PMID: 31811582.
231. Park AL, Rinaldi M, Brinchmann B, *et al.* Economic analyses of supported employment programmes for people with mental health conditions: A systematic review. *Eur Psychiatry* 2022;65(1):e51. doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.2309. PMID: 35983840; PMCID: PMC9491084.
232. Stein M, Mahomed F, Patel V, *et al.* Mental health, legal capacity, and human rights. Cambridge University Press. 2021:1–412. doi: 10.1017/9781108979016.
233. Mental Health Commission Canada. Assessment Framework for Mental Health Apps. 2023. Available from: <https://mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2023/06/MHCC-Assessment-Framework-for-Mental-Health-Apps-EN-FINAL.pdf> (Accessed January 2024).
234. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. National Safety and Quality Digital Mental Health Standards – Guide for Service Providers. 2022. Available from: <https://www.safetyandquality.gov.au/standards/national-safety-and-quality-digital-mental-health-standards/implementing-national-safety-and-quality-digital-mental-health-standards> (Accessed January 2024).
235. Kelly B. New Technology, Psychiatry, and the Law: Navigating Panic, Prudence, and Possibility. 1st International Conference on Decision Making in Medicine and Law: Opportunities and pitfalls of information technologies. Rome, Italy, December 14 2023.
236. Simpson EL, House AO. Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *BMJ* 2002;325:1265. doi: 10.1136/bmj.325.7375.1265. PMID: 12458241; PMCID: PMC136921.
237. Ahmed AO, Doane NJ, Mabe PA, Buckley PF, Birgenheir D, Goodrum NM. Peers and peer-led interventions for people with schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 2012;35(3):699–715. doi: 10.1016/j.psc.2012.06.009. PMID: 22929874.
238. Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA, *et al.* Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophr Bull* 2012;38:881–91. doi: 10.1093/schbul/sbr012. PMID: 21402724; PMCID: PMC3406522.
239. Burti L, Amaddeo F, Ambrosi M, *et al.* Does additional care provided by a consumer self-help group improve psychiatric outcome? A study in an Italian community-based psychiatric service. *Community Ment Health J* 2005;41:705–20. doi: 10.1007/s10597-005-6428-1. PMID: 16328584.
240. Trachtenberg M, Parsonage M, Shepherd G, Boardman J. Peer support in mental health care: is it good value for money? 2013. Available from: https://eprints.lse.ac.uk/60793/1/Trachtenberg_et_al_Report-Peer-support-in-mental-health-care-is-it-good-value-for-money_2013.pdf (Accessed January 2024).
241. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophr Bull* 2006;32(Suppl 1):S64–80. doi: 10.1093/schbul/sbl030. PMID: 16905634; PMCID: PMC2632545.
242. Silverstein SM, Spaulding WD, Menditto AA, *et al.* Attention shaping: a reward-based learning method to enhance skills training outcomes in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;35:222–32. doi: 10.1093/schbul/sbm150. PMID: 18212327; PMCID: PMC2643961.
243. Dixon LB, Lucksted A, Medoff DR *et al.* Outcomes of a randomized study of a peer-taught Family-to-Family Education Program for mental illness. *Psychiatr Serv* 2011;62:591–7. doi: 10.1176/ps.62.6.pss6206_0591. PMID: 21632725; PMCID: PMC4749398.

244. Fleischhacker W, Stolerma I. Encyclopedia of schizophrenia: focus on management options. London: Springer, 2011.
245. Medalia A, Richardson R. What predicts a good response to cognitive remediation interventions? *Schizophr Bull* 2005;31:942–53. doi: 10.1093/schbul/sbi045. PMID: 16120830.
246. Hogarty GE, Goldberg SC, Schooler NR, Ulrich RF. Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. II. Two-year relapse rates. *Arch Gen Psychiatry* 1974;31(5):603–8. doi: 10.1001/archpsyc.1974.01760170005001. PMID: 4374155.
247. National Health Service (UK). Improving access to psychological therapies manual. 2023. Available from: https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/06/the-nhs-talking-therapies-manual-v6.pdf?trk=public_post_comment-text (Accessed January 2024).
248. Medicaid.gov. Medicaid. Available from: <https://www.medicaid.gov/medicaid/index.html> (Accessed January 2024).
249. Johnstone B, Yoon DP, Cohen D, et al. Relationships among spirituality, religious practices, personality factors, and health for five different faith traditions. *J Relig Health* 2012;51:1017–41. doi: 10.1007/s10943-012-9615-8. PMID: 22618413.
250. Smolak A, Gearing RE, Alonzo D, Baldwin S, Harmon S, McHugh K. Social support and religion: mental health service use and treatment of schizophrenia. *Community Ment Health J* 2013;49(4):444–50. doi: 10.1007/s10597-012-9536-8. PMID: 22855264; PMCID: PMC3570737.
251. Laursen TM. Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophr Res* 2011;131:101–4. doi: 10.1016/j.schres.2011.06.008. PMID: 21741216.
252. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116: 317–33. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01095.x. PMID: 17919153.
253. Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks-Europe. Exploring the links between physical and mental health: the patients experience. 2012. Available from: <https://www.gamian.eu/wp-content/uploads/Gamian-Europe-PMH-report.pdf> (Accessed January 2024).
254. Foley DL, Morley KI. Systematic review of early cardiometabolic outcomes of the first treated episode of psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:609–16. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2. PMID: 21300937.
255. Teasdale SB, Ward PB, Samaras K, et al. Dietary intake of people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2019;214(5):251–259. doi: 10.1192/bjp.2019.20. PMID: 30784395.
256. Osby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A, Sparén P. Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm county, Sweden: cohort study. *BMJ* 2000;321(7259):483–4. doi: 10.1136/bmj.321.7259.483. PMID: 10948028; PMCID: PMC27463.
257. Himelhoch S, Leith J, Goldberg R, Kreyenbuhl J, Medoff D, Dixon L. Care and management of cardiovascular risk factors among individuals with schizophrenia and type 2 diabetes who smoke. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31(1):30–2. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2008.07.007. PMID: 19134507; PMCID: PMC2731990.
258. Sullivan G, Han X, Moore S, Kotrla K. Disparities in hospitalization for diabetes among persons with and without co-occurring mental disorders. *Psychiatr Serv* 2006;57(8):1126–31. doi: 10.1176/ps.2006.57.8.1126. PMID: 16870963.
259. Khaity A, Mostafa Al-Dardery N, Albakri K, et al. Glucagon-like peptide-1 receptor-agonists treatment for cardio-metabolic parameters in schizophrenia patients: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry* 2023;14:1153648. doi: 10.3389/fpsy.2023.1153648. PMID: 37215670; PMCID: PMC10196269.
260. Ali RA, Jalal Z, Paudyal V. Barriers to monitoring and management of cardiovascular and metabolic health of patients prescribed antipsychotic drugs: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2020;20(1):581. doi: 10.1186/s12888-020-02990-6. PMID: 33276762; PMCID: PMC7718699.
261. McCreadie RG, Scottish Schizophrenia Lifestyle Group. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: descriptive study. *Br J Psychiatry* 2003;183:534–9. doi: 10.1192/bjp.183.6.534. PMID: 14645025.
262. Mackowick KM, Lynch MJ, Weinberger AH, George TP. Treatment of tobacco dependence in people with mental health and addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2012;14(5):478–85. doi: 10.1007/s11920-012-0299-2. PMID: 22821177; PMCID: PMC3722553.
263. Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction* 2010;105:1176–89. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02946.x. PMID: 20491721.
264. Schmidt LM, Hesse M, Lykke J. The impact of substance use disorders on the course of schizophrenia – a 15-year follow-up study: dual diagnosis over 15 years. *Schizophr Res* 2011;130:228–33. doi: 10.1016/j.schres.2011.04.011. PMID: 21592731.
265. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict Behav* 2012;37: 11–24. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.09.010. PMID: 21981788; PMCID: PMC3196788.
266. Li J, Du H, Dou F, et al. A study on the changing trend and influencing factors of hospitalization costs of schizophrenia in economically underdeveloped areas of China. *Schizophrenia (Heidelberg)* 2023;9(1):4. doi: 10.1038/s41537-023-00331-6. PMID: 36658140; PMCID: PMC9852576.
267. Hänninen E. Choices for Recovery, Community-Based Rehabilitation and the Clubhouse Model as Means to Mental Health Reforms. Report 50/2012. Available from: https://clubhouse-europe.com/wp-content/uploads/2019/10/14_15_choices_for_recovery_report.pdf (Accessed January 2024).
268. United Nations. Universal Declaration of Human Rights. 2021. Available from: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights> (Accessed January 2024).
269. Andreyev H. Political dissent and “sluggish” schizophrenia in the Soviet Union. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986;293(6550):822. doi: 10.1136/bmj.293.6550.822-a. PMID: 11653751; PMCID: PMC1341611.
270. Heidegren CG. Edited by Abrahamsson C and Elensky T. 2023. Radikalism och avantgarde. Sverige 1947–1967. *Stockholm: Timbro*.
271. Ramon S. Psichiatria democratica: a case study of an Italian community mental health service. *Int J Health Serv* 1983;13(2):307–24. doi: 10.2190/76CQ-B5VN-T3FD-CMU7. PMID: 6853005.
272. De Girolamo G, Barbato A, Bracco R, et al. Characteristics and activities of acute psychiatric in-patient facilities: national survey in Italy. *Br J Psychiatry* 2007;191:170–7. doi: 10.1192/bjp.bp.105.020636. PMID: 17666503.
273. Burns T. Franco Basaglia: a revolutionary reformer ignored in Anglophone psychiatry. *Lancet Psychiatry* 2019;6(1):19–21. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30426-7. PMID: 30385212.
274. World Health Organisation. Mental health policy and service guidance package. The mental health context. Available from: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/MNH%20context_essential%20package_eng.pdf (Accessed January 2024).
275. JFK Library. John F. Kennedy and people with intellectual disabilities. Available from: <https://www.jfklibrary.org/learn/about-jfk/jfk-in-history/john-f-kennedy-and-people-with-intellectual-disabilities#:~:text=Eight%20months%20later%2C%20on%20October%2024%2C,prevention%20through%20maternity%20and%20infant%20care.&text=Eight%20months%20later%2C%20on,maternity%20and%20infant%20care.&text=later%2C%20on%20October%2024%2C,prevention%20through%20maternity%20and John F. Kennedy and People with Intellectual Disabilities> (Accessed January 2024).
276. Beezhold J, Stoyanov D, Nakov V, et al. Transitions in mental health care: The European Psychiatric Association contribution to reform in Bulgaria. *Eur Psychiatry* 2020;63(1):1–13. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.43. PMID: 32366337; PMCID: PMC7355170.
277. United Nations. Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. 1991. Available from: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/principles-protection-persons-mental-illness-and-improvement> (Accessed January 2024).

278. World Health Organization. Mental health care law: ten basic principles with annotations suggesting selected actions to promote their implementation. Division of mental health and prevention of substance abuse. 1996. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/63624> (Accessed January 2024).
279. Council of Europe, Committee of Ministers. Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*. 2005;10(1):527-540. doi: 10.1515/9783110182521.527.
280. Council of Europe. Toolkit to inform public officials about the State's obligations under the European Convention on Human Rights. Available from: <https://www.coe.int/en/web/echr-toolkit/home> (Accessed January 2024).
281. United Nations. Standard rules on the equalization of opportunities for persons with disabilities. 1994. Available from: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/standard-rules-on-the-equalization-of-opportunities-for-persons-with-disabilities.html> (Accessed January 2024).
282. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities [A/RES/61/106]. 2007. Available from: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/resources/general-assembly/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-a-res-61106.html> (Accessed January 2024).
283. United Nations. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities. 2007. Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/1298436> (Accessed January 2024).
284. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). Article 12 – Equal recognition before the law. 2016. Available from: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-12-equal-recognition-before-the-law.html> (Accessed January 2024).
285. World Health Organization. Legal capacity and the right to decide. WHO QualityRights core training: mental health and social services. 2019. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329539/9789241516716-eng.pdf> (Accessed January 2024).
286. Herrman H, Allan J, Galderisi S, Javed A, Rodrigues M; WPA Task Force on implementing alternatives to coercion in mental health care. Alternatives to coercion in mental health care: WPA Position Statement and Call to Action. *World Psychiatry* 2022;21(1):159-160. doi: 10.1002/wps.20950. PMID: 35015368; PMCID: PMC8751569.
287. World Psychiatric Association. Supporting and implementing alternatives to coercion in mental health care. Available from <https://www.wpanet.org/alternatives-to-coercion> (Accessed January 2024).
288. Rodrigues M, Herrman H, Galderisi S, Allan J. WPA position statement and call to action: Implementing alternatives to coercion: a key component of improving mental health care. Available from: https://www.wpanet.org/files/ugd/e172f3_635a89af889c471683c29fcd981db0aa.pdf (Accessed January 2024).
289. Appelbaum PS. Saving the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities - from itself. *World Psychiatry* 2019;18:1-2. doi: 10.1002/wps.20583. PMID: 30600638; PMCID: PMC6313245.
290. Szmukler G. "Capacity", "best interests", "will and preferences" and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *World Psychiatry* 2019;18(1):34-41. doi: 10.1002/wps.20584. PMID: 30600630; PMCID: PMC6313688.
291. Tyrer P, Bajaj P. Nidotherapy: making the environment do the therapeutic work. *Adv Psychiatr Treat* 2005;11(3):232-8. doi:10.1192/apt.11.3.232.
292. The Council of the European Union. Council conclusions on mental health. 2023. Available from: <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-15053-2023-INI/en/pdf> (Accessed January 2024).
293. World Health Organization. The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health. 2019. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/310981> (Accessed January 2024).
294. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf?sequence=1> (Accessed January 2024).
295. Asia-Pacific Economic Cooperation. 2021-2030 roadmap to promote mental wellness in a healthy Asia Pacific 2021-2030. 2021. Available from: <https://med-fom-mood.sites.olt.ubc.ca/files/2021/08/Aug-11-8.2MB-2021-2030-Roadmap-to-Promote-Mental-Wellness-in-a-Healthy-Asia-Pacific.pdf> (Accessed January 2024).
296. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Sustainable development. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. 2022. Available from: <https://sdgs.un.org/goals/goal3> (Accessed January 2024).
297. United Nations. Mental health and psychosocial support: resolution adopted by the General Assembly. 2023. Available from: <https://digitallibrary.un.org/record/4014613?ln=en> (Accessed January 2024).
298. Statista. Countries with stand-alone mental health policy by region 2020. Available from: <https://www.statista.com/statistics/452787/share-of-countries-with-stand-alone-mental-health-policy-plan-by-region/> (Accessed January 2024).
299. European Union: Joint Action on Mental Health and Well-being. Mental health in all policies. Situation analysis and recommendations for action. 2017. Available from: https://health.ec.europa.eu/system/files/2017-07/2017_mh_allpolicies_en_0.pdf (Accessed January 2024).
300. Organisation for Economic Co-operation and Development. Fitter minds, fitter jobs: from awareness to change in integrated mental health, skills and work policies, mental health and work. OECD Publishing, Paris, 2021. doi: 10.1787/a0815d0f-en.
301. Garratt K. Mental health policy and services in England. House of Commons Library. 2023. Available from: <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-7547/CBP-7547.pdf> (Accessed January 2024).
302. EU Health Policy Platform. A mental health in all policies approach as key component of any comprehensive initiative on mental health. Available from: https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-04/policy_20230419_co03-2_en.pdf#:~:text=The%20EU%20and%20European%20countries%20must%20implement%20a.support%20at%20local%2C%20regional%2C%20national%20and%20European%20levels (Accessed January 2024).
303. European Commission. Communication from The Commission to The European Parliament, The Council, The European Economic And Social Committee and The Committee Of The Regions on a comprehensive approach to mental health. 2023. Available from https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-06/com_2023_298_1_act_en.pdf (Accessed January 2024).
304. Organisation for Economic Co-operation and Development. Recommendation of The Council on integrated mental health, skills and work policy. 2015. Available from <https://legalinstruments.oecd.org/public/doc/334/334.en.pdf> (Accessed January 2024).
305. European Parliament. Mental health in the digital world of work. 2022. Available from https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2022-0279_EN.pdf (Accessed January 2024).
306. World Health Organization. World mental health report. Transforming mental health for all. 2022. Available from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1> (Accessed January 2024).
307. World Health Organization. WHO highlights urgent need to transform mental health and mental health care. 2022. Available from: <https://www.who.int/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care> (Accessed January 2024).
308. World Health Organization. WHO European framework for action on mental health 2021–2025. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057813> (Accessed January 2024).
309. World Health Organization. Mental health atlas. Available from: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/mental-health-atlas> (Accessed January 2024).
310. World Health Organization. Mental health Gap Action Programme (mhGAP). Available from: <https://www.emro.who.int/mnh/mental-health-gap-action-programme/index.html> (Accessed January 2024).

311. World Health Organization and the United Nations (represented by the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights). Mental health, human rights and legislation: guidance and practice. Geneva: 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Available from: https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/WHO-OHCHR-Mental-health-human-rights-and-legislation_web.pdf (Accessed January 2024).
312. Organisation for Economic Co-operation and Development. A new benchmark for mental health systems: Tackling the social and economic costs of mental ill-health, OECD health policy studies. *OECD Publishing, Paris*, 2021. doi:10.1787/4ed890f6-en.
313. Tsiachristas A, Thomas T, Leal J, Lennox BR. Economic impact of early intervention in psychosis services: results from a longitudinal retrospective controlled study in England. *BMJ Open* 2016;6(10):e012611. doi:10.1136/bmjopen-2016-012611. PMID:27798015; PMCID:PMC5073534.
314. Westhoff MLS, Ladwig J, Heck J, *et al*. Early detection and prevention of schizophrenic psychosis: A review. *Brain Sci* 2021;12(1):11. doi: 10.3390/brainsci12010011. PMID: 35053755; PMCID: PMC8774083.
315. Maj M, Stein DJ, Parker G, *et al*. The clinical characterization of the adult patient with depression aimed at personalization of management. *World Psychiatry* 2020;19(3):269-293. doi: 10.1002/wps.20771. PMID: 32931110; PMCID: PMC7491646.
316. Buckley PE and Evans D. First-episode schizophrenia. A window of opportunity for optimizing care and outcomes. *Postgrad Med* 2006;Spec No:5-19. PMID: 17128657.
317. Schmidt SJ, Lange M, Schöttle D, Karow A, Schimmelmann BG, Lambert M. Negative symptoms, anxiety, and depression as mechanisms of change of a 12-month trial of assertive community treatment as part of integrated care in patients with first- and multi-episode schizophrenia spectrum disorders (ACCESS I trial). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2018;268(6):593-602. doi: 10.1007/s00406-017-0810-1. PMID: 28540411.
318. Solmi M, Fiedorowicz J, Poddighe L, *et al*. Disparities in screening and treatment of cardiovascular diseases in patients with mental disorders across the world: Systematic review and meta-analysis of 47 observational studies. *Am J Psychiatry* 2021;178(9):793-803. doi: 10.1176/appi.ajp.2021.21010031. PMID: 34256605.
319. Manager S. Lifestyle interventions for mental health. *Aust J Gen Pract* 2019;48(10):670-673. doi: 10.31128/AJGP-06-19-4964. PMID: 31569326.
320. McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, *et al*. The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *PLoS One* 2012;7:e36080. doi: 10.1371/journal.pone.0036080. PMID: 22558336; PMCID: PMC3338634.
321. Davis LW, Lysaker PH. Therapeutic alliance and improvements in work performance over time in patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2007;195:353-7. doi: 10.1097/01.nmd.0000261954.36030.a1. PMID: 17435487.
322. Priebe S, Richardson M, Cooney M, Adedjei O, McCabe R. Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? A systematic review. *Psychother Psychosom* 2011;80(2):70-7. doi: 10.1159/000320976. PMID: 21196804.
323. Hulse E, Shiva M, Hameed T, Carter E. Mental health and employment partnership LCF evaluation. Government Outcomes Lab, Blavatnik School of Government. 2023. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1141046/MHEP_full_report.pdf (Accessed January 2024).
324. Bevan S, Gulliford J, Steadman K, Taskila T, Thomas R. Working with schizophrenia: pathways to employment, recovery & inclusion. 2013. Available from: https://www.base-uk.org/sites/default/files/knowledge/Working%20with%20Schizophrenia/330_working_with_schizophrenia.pdf (Accessed January 2024).
325. Rudy Tian. The Environmental Factors Causing My Relapses. *Schizophr Bull Open* 2022;3(1):sgac007. doi:10.1093/schizbullopen/sgac007
326. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, *et al*. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21:718-79. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.08.008. PMID: 21924589.
327. EUFAMI. Interactive Playbook launched to help support Carers of People with Schizophrenia. 2018. Available from: <https://eufami.org/en/interactive-playbook-launched-to-help-support-carers-of-people-with-schizophrenia-0> (Accessed January 2024).
328. Spencer C, Gillies H, Bentley A. HTA297 The Inclusion of Caregiver Burden in the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Health Technology Appraisals (HTAS) of Treatments for Mental Health Disorders. *Value in Health* 2023; 26(12):Suppl378. doi: 10.1016/j.jval.2023.09.1980C.
329. Federal Republic of Germany. German statement on the draft general comment on Article 12 CRPD. 2014. Available from <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/HRBodies/CRPD/GC/FederalRepublicOfGermanyArt12.pdf> (Accessed January 2024).
330. Norwegian Government. Submission by the Norwegian Government Committee on the Rights of Persons with Disabilities draft general comment on equality and non-discrimination (Article 5). 2017. Available from: <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.ohchr.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2FDocuments%2FHRBodies%2FCRPD%2FGC%2FEquality%2FNorway.docx&wdOrigin=BROWSELINK> (Accessed January 2024).
331. Ministry of Foreign Affairs Denmark. (2014). Response from the Government of Denmark with regards to Draft General Comment on Article 12 of the Convention – Equal Recognition before the Law, Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Available from: <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.ohchr.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2FDocuments%2FHRBodies%2FCRPD%2FGC%2FDenmarkArt12.doc&wdOrigin=BROWSELINK> (Accessed January 2024).
332. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Initial report submitted by France under article 35 of the Convention. 2017. Available from: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/318/98/PDF/G1731898.pdf?OpenElement> (Accessed January 2024).
333. Freeman MC, Kolappa K, de Almeida JM, *et al*. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Lancet Psychiatry* 2015;2:844-50. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00218-7. PMID: 26236004.
334. EUFAMI. EUFAMI position paper on coercive practice in mental health services. 2023. Available from: https://eufami.paddlecms.net/sites/default/files/2023-09/coercive-practices-position-paper_final.pdf (Accessed January 2024)
335. Gooding P, McSherry B, Roper C, Grey F. Alternatives to coercion in mental health settings: A literature review. *J Law Med* 2018;26(2):300-305. PMID: 30574718.
336. Bell Let's Talk. Our initiative. Available from: <https://letstalk.bell.ca/our-initiative/> (Accessed January 2024).
337. Cougnard A, Goumilloux R, Monello F, Verdoux H. Time between schizophrenia onset and first request for disability status in France and associated patient characteristics. *Psychiatr Serv* 2007;58(11):1427-32. doi: 10.1176/ps.2007.58.11.1427. PMID: 17978252.
338. Harvey PD, Heaton RK, Carpenter WT Jr, Green MF, Gold JM, Schoenbaum M. Functional impairment in people with schizophrenia: focus on employability and eligibility for disability compensation. *Schizophr Res* 2012;140(1-3):1-8. doi: 10.1016/j.schres.2012.03.025. PMID: 22503642; PMCID: PMC3399960.
339. Organisation for Economic Co-operation and Development. Mental health and work: Belgium. OECD Publishing, Paris. 2013. doi:10.1787/9789264187566-en.
340. Alonso Suárez M, Bravo-Ortiz MF, Fernández-Liria A, González-Juárez C. Effectiveness of continuity-of-care programs to reduce time in hospital in persons with schizophrenia. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2011;20(1):65-72. doi: 10.1017/s2045796011000138. PMID: 21657117.
341. Green CA, Polen MR, Janoff SL, *et al*. Understanding how clinician-patient relationships and relational continuity of care affect recovery from serious mental illness: STARS study results. *Psychiatr Rehabil J* 2008;32: 9-22. doi: 10.2975/32.1.2008.9.22. PMID: 18614445; PMCID: PMC2573468.
342. Lora A, Kohn R, Levav I, *et al*. Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ* 2012; 90: 47-54B. doi:10.2471/BLT.11.089284. PMID:22271964; PMCID:PMC3260570

343. Gureje O and Oladeji BD. Quality care for people with severe mental disorders in low-resource settings. *Lancet Psychiatry* 2022;9(1):3-5. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00438-7. PMID: 34921794.
344. Sade RMS, Sashidharan SP, Silva MNRMO. Paths and detours in the trajectory of the Brazilian psychiatric reform. *Salud Colect* 2021 30;17:e3563. doi: 10.18294/sc.2021.3563. PMID: 35896314.
345. World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) (Version 2.0). 2016. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250239/9789241549790-eng.pdf?sequence=1> (Accessed January 2024).
346. Bitta MA, Kariuki SM, Atieno M, *et al*. Reducing the diagnostic and treatment gap for priority mental, neurological and substance use disorders in primary care in rural Kenya: results of a stepped wedge cluster randomized trial from the EPINA study. Unpublished data.
347. Bolton P, West J, Whitney C, *et al*. Expanding mental health services in low- and middle-income countries: A task-shifting framework for delivery of comprehensive, collaborative, and community-based care. *Glob Ment Health (Camb)* 2023;10:e16. doi: 10.1017/gmh.2023.5. PMID: 37854402; PMCID: PMC10579648.
348. Moment Project. Our project. Available from: <https://momentproject.org/our-project> (Accessed January 2024).
349. Pittsburgh Mercy. About Pittsburgh Mercy's Operation Safety Net®. Available from: <https://www.pittsburghmercy.org/homeless-services/pittsburgh-mercys-operation-safety-net/> (Accessed January 2024).
350. Brogan C, Colgan F, Rennicks S, Mental Health Ireland. 2020. Responding to mental health distress in the community workshop for an Garda Síochána senior managers coproduction, facilitation and recommended next steps. Unpublished data.
351. Danish Health Authority. One of us. Available from: <https://www.sst.dk/en/en-af-os/ONE-OF-US> (Accessed January 2024).
352. UK Government. Social outcomes partnerships and the life chances fund. Available from: <https://www.gov.uk/guidance/social-impact-bonds> (Accessed January 2024).

Schizophrenia – Time to Commit to Policy Change

Updated Report 2024