

الفصام، حان الوقت للالتزام بتغيير السياسات

تقرير محدث لعام ٢٠٢٤

سيلفانا جالديريسي
دافي كور
بيتر كيري
بيليندا لينوكس
ستيفن ماردر
تينا ماثيوز هايز
ديفيد مك دايد
سابينه مولر
فيونا نولان
ميريت نوردنتوفت
داينوس بافاليس
جون ساوندرز

الترجمة العربية:

أحمد العتر

جعفر الرواشدة

ياسين التركي

سامرين محمد

بإشراف: سهيلة غلوم

هذا النشاط مدعوم من منحة تعليمية طبية مستقلة مقدمة من شركة بوهرينغر إنغلهايم الدولية، ومن منحة تعليمية غير مقيدة مقدمة من شركة إتش. لوندبيك. ولم يكن لأي من الجهتين أي تأثير أو تدخل في إعداد هذا النشاط أو تنفيذه، كما لم تقم أي مدخلات تتعلق بمحتواه.

منتدى أكسفورد لسياسات الصحة (Oxford Health Policy Forum CIC) هو شركة مجتمعية ذات نفع عام غير هادفة للربح، مسجلة في إنجلترا وويلز (رقم التسجيل ١٠٤٧٥٢٤٠). ويكرس المنتدى جهوده لتطوير مبادرات سياسية تهدف إلى تحقيق أفضل النتائج الممكنة للأشخاص الذين يعيشون مع حالات مرضية مغيرة للحياة، ولمن يقدمون لهم الرعاية.



© 2024 منتدى أكسفورد لسياسات الصحة (Oxford Health Policy Forum CIC) مرخص بموجب رخصة المشاع الإبداعي، غير التجاري، الإصدار 4.0 الدولية. للاطلاع على نسخة من هذه الرخصة، يُرجى زيارة <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

٠٤	 التمهيد
٠٦	 المؤلفون والمساهمون
٠٧	 الملخص التنفيذي
٠٩	 توصيات للتغيير
١٠	 نبذة عن الفصام
١٠	 ما هو الفصام
١٠	 اعراض الفصام
١١	 ما الذى يسبب الفصام
١٢	 تشخيص الفصام
١٣	 تأثير الفصام
١٣	 التأثير على مرضى الفصام
١٦	 تأثير الفصام على مقدمي الرعاية والأسر
١٧	 التأثير الاجتماعي والاقتصادي للفصام
٢٠	 مسار رعاية المريض
٢٠	 رحلة مريض الفصام
٢١	 الهدف من العلاج: نحو التعافي
٢٢	 التطورات العلمية في الفصام
٢٢	 التطورات في مجال التشخيص
٢٢	 التطورات في مجال الأهداف الجديدة للأدوية والتدخلات المحفزة للمخ
٢٤	 التطورات في جانب الالتزام بمضادات الذهان
٢٥	 علاج الفصام
٢٥	 مقدمة
٢٧	 الأدوية المضادة للذهان
٢٩	 العلاجات النفسية والاجتماعية
٣٤	 إدارة الأمراض المصاحبة
٣٦	 السياسة العامة لمرض الفصام:
٣٦	 الإطار التاريخي
٣٧	 اليوم
٤١	 ما الذي يمكن فعله أكثر؟
٤١	 العلاج
٤٢	 أبعد من العلاج
٤٤	 العناية بمقدم الرعاية
٤٥	 تمكين الأشخاص المصابين بالفصام
٤٧	 لنبدأ من مكان ما: قصص ملهمة لكل موقف
٥٠	 الاختصارات
٥١	 المراجع

يُعرف بالفصام بوصفه واحداً من أكثر اضطرابات الصحة النفسية تعقيداً، إذ يتداخل فيه التصور الخاطئ مع الحقيقة. تاريخياً كان من يشخصون بالفصام موضوعاً للخوف أحياناً وللإعجاب أحياناً أخرى، وغالباً ما وسمت حياتهم تحديات كبيرة، من بينها الوفاة المبكرة. ومع ذلك فقد قدم أشخاص مثل الموسيقي السويدي تيد ياردستاد، وعالم الرياضيات جون ناش، والكاتبة زيلدا فيتزجيرالد إسهامات لافتة في مجالات كالفن والموسيقى والرياضيات والعلوم، وأظهروا موهبة استثنائية رغم ما واجهوه من معاناة.

وخلال فترة دراستي الجامعية شاركني أحد الأصدقاء تجاربه مع نوبات ذهانية، وهي مسارات مضطربة كثيراً ما تنتهي بكارثة، كما حدثني عن الدور الحاسم الذي أداه اختصاصيو الصحة النفسية في تعافيه. وتزامنت تلك الفترة مع شروع السويد في إغلاق آخر مؤسساتها للصحة النفسية تدريجياً، وهي خطوة لم تلق آنذاك سوى قدر محدود من النقاش. ونحن ندرك اليوم أن إلغاء الإقامة المؤسسية، حين يُنفذ في الغالب دون توفير رعاية بديلة كافية، قد أفضى إلى عواقب شديدة على كثيرين. ورغم تحسن معايير الرعاية، لا يزال مرضى الفصام يواجهون انخفاضاً في متوسط العمر المتوقع، مما يؤكد الحاجة إلى تلبية متطلباتهم الخاصة ضمن رعاية الصحة النفسية وفي النقاشات السياسية ذات الصلة.

وقد نُشر هذا التقرير أول مرة عام ٢٠١٤، في حقبة كانت الصحة النفسية يُنظر إليها بوصفها مجالاً ثابتاً. وفي وقت أقرب لاحظت عودة الاهتمام بسياسات الصحة النفسية، مدفوعة إلى حد كبير بظهور كوفيد ١٩ وبازدياد الوعي بالترابط بين الصحة النفسية والصحة الجسدية. وقد دفع ذلك بالصحة النفسية إلى صدارة أجندة السياسات. وأصبحت منظمات مثل الاتحاد الأوروبي ومنظمة الصحة العالمية، إلى جانب دول عديدة، تنظر إلى رعاية الصحة النفسية بوصفها أولوية. كما أسهم إدراك أن تحديات الصحة النفسية قد تطل أي شخص، إلى جانب الوعي بفوائد تعزيز الوعي بالصحة النفسية في بيئة العمل، والارتباط الواضح بين العافية النفسية والجسدية، في ترسيخ هذا التحول الإيجابي في السياسات.

ومع ذلك، فوسط هذه التغيرات الأوسع في سياسات الصحة النفسية، تبرز احتمالية أن تُهمش الاحتياجات المميزة لمن يعانون أمراضاً نفسية شديدة مثل الفصام. ونحن جميعاً نقر بفوائد معالجة قضايا الصحة النفسية عبر التثريعات والإرشادات، على مستوى الفرد والمجتمع. لكن السؤال يبقى قائماً: هل يغطي هذا الجهد فعلياً متطلبات الأمراض النفسية الشديدة؟ من المؤكد أن المقاربة هنا تحتاج قدرًا أكبر من التعقيد، فهي يجب أن تكون شاملة، بحيث تجمع بين صياغة السياسات، وإرشادات العلاج، والعلوم المستجدة، لتعمل جميعها معاً على إتاحة تقدم حقيقي.

لقد اضطلع مؤلفو التقرير الأصلي بدور محوري في رفع مستوى حضور الصحة النفسية ضمن النقاشات السياسية. وأعبر عن امتناني العميق لهم، وكذلك لثلاثة عشر مؤلفاً شاركوا في هذه النسخة الأحدث. إن خبرتهم الاستثنائية في مجال الصحة النفسية، وبالأخص في الفصام، تقدم رؤى لا تقدر بثمن حول التطورات في العلوم والرعاية الصحية والسياسات. وقد ظهرت بوضوح روح التفاني والتعاطف لديهم طوال مراحل إعداد هذا التقرير.

ولا تزال الابتكارات في العلوم العصبية، لا سيما في أبحاث الأدوية وتطويرها، مجالاً صعباً ومعقداً. ونحن ممتنون لمؤسسات مثل لوندبيك وبوهرينغر إنغلهام، ليس فقط لاستمرار اهتمامها بدفع هذا المجال قدماً، بل أيضاً لتقديمها منحة تعليمية مستقلة لدعم نشر المعرفة فيه. وقد كانت هذه الإسهامات ضرورية لإتاحة إعداد هذا التقرير.

يتناول هذا التقرير الاحتياجات الخاصة لمرضى الفصام، ويستعرض التدابير الداعمة لرفاههم. ورغم أن الوقت قد يكون فات بالنسبة لبعض الأشخاص، مثل صديقي في الجامعة، فإنه لا يفوت أبداً الوقت لبدء التغيير. ويؤكد ذلك ما نقدمه من توصيات عملية نحو التغيير. ورسالتنا إلى جميع الدول وصناع السياسات والممولين ومهنيي الرعاية الصحية واضحة لا لبس فيها، اسعوا إلى التميز، ولكن الأهم من ذلك، ابدأوا من نقطة ما.

كايزا فيلهلمسون، ماجستير في القانون، وماجستير في العلوم
المديرة القائمة بالأعمال، منتدى أكسفورد لسياسات الصحة.

إن أفضل طريقة للإشارة إلى مرضى الفصام مسألة تثير المشاعر، وأحيانا الجدل. فكلمة "مريض" ملائمة في السياق الطبي، لكنها قد تبدو شديدة الطابع السريري عند الحديث عن شخص يعيش في المجتمع. وتستخدم في بعض البلدان والبيئات مصطلحات مثل "مستفيد من الخدمة" و"عميل" و"مستهلك"، لكنها غالبا لا تنتقل بسلاسة إلى سياقات أخرى ولا تترجم ترجمة مناسبة في كل مكان. وفي هذا التقرير اختار المؤلفون استخدام كلمة "مريض" عندما يكون السياق سريريا بحتا، بينما تستخدم عبارة "شخص لديه الفصام" أو ما يماثلها في السياقات الأخرى.

هذه المنشورات متاحة للاطلاع عليها وتنزيلها عبر موقع منتدى أكسفورد لسياسات الصحة: (Oxford Health Policy Forum CIC)
<https://www.oxfordhealthpolicyforum.org/our-work/schizophrenia/>

المؤلفون والمساهمون

أعد التقرير الأصلي وهذه النسخة المحدثة على يد نخبة متميزة من المؤلفين:

مؤلفو التقرير المحدث	مؤلفو التقرير الأصلي
الأستاذة سيلفانا جالديرسي (رئيسة)	الأستاذ فولفغانغ فليشهاكر (رئيس)
جامعة كامبانيا "لويجي فانفيتيلي"، نابولي، إيطاليا	جامعة إنسبروك الطبية، إنسبروك، النمسا
السيدة دافي كور	الأستاذ سيلسو أرانغو
مقدمة رعاية، أنتويرب، بلجيكا	المستشفى الجامعي العام غريغوريو مارانيون، CIBERSAM، مدريد، إسبانيا
السيد بيتر كيري	السيد بول أرتيل
منظمة GAMIAN Europe، بروكسل، بلجيكا	منظمة GAMIAN Europe، بروكسل، بلجيكا
الأستاذة بيليندا لينوكس	الأستاذ توماس آر. إي. بارنز
جامعة أكسفورد، مستشفى وارنغورد، أكسفورد، المملكة المتحدة	إمبريال كوليدج لندن، وهيئة خدمات الصحة النفسية في غرب لندن
الأستاذ ستيفن آر. ماردر	التابعة لهيئة الخدمات الصحية الوطنية، لندن، المملكة المتحدة
معهد سيمبل لعلوم الأعصاب والسلوك البشري، جامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس، ومركز أبحاث وتعليم وطب الأمراض النفسية التابع لوزارة شؤون المحاربين القدامى، ديزرت باسيفك، لوس أنجلوس، كاليفورنيا، الولايات المتحدة الأمريكية	الأستاذ ويليام كارينتر
الأستاذ ديفيد مك دايد	مركز ماريلاند للأبحاث النفسية، كلية الطب بجامعة ماريلاند، بالتيمور، ماريلاند، الولايات المتحدة الأمريكية
كلية لندن للاقتصاد والعلوم السياسية، لندن، المملكة المتحدة	الدكتور كين دوكورث
السيدة تينا ماثيوز هايز	التحالف الوطني للأمراض النفسية، أرلينغتون، فيرجينيا، الولايات المتحدة الأمريكية
مركز سياسيد للصحة السلوكية، فيرجينيا بيتش، فيرجينيا، الولايات المتحدة الأمريكية	الأستاذة سيلفانا جالديرسي
الأستاذة سابينه مولر	جامعة كامبانيا "لويجي فانفيتيلي"، نابولي، إيطاليا
شارينيه، طب جامعة برلين، برلين، ألمانيا	الأستاذ مارتين كنان
الأستاذة فيونا نولان	كلية لندن للاقتصاد، ومعهد الطب النفسي، كينغز كوليدج لندن، لندن، المملكة المتحدة
جامعة أنجلو روسكين، تشيلمسفورد، المملكة المتحدة	الأستاذ ستيفن آر. ماردر
الأستاذة ميريت نوردنتوفت	معهد سيمبل لعلوم الأعصاب والسلوك البشري، جامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس، ومركز أبحاث وتعليم وطب الأمراض النفسية التابع لوزارة شؤون المحاربين القدامى، ديزرت باسيفك، لوس أنجلوس، كاليفورنيا، الولايات المتحدة الأمريكية
جامعة كوبنهاغن، جلستروب، الدنمارك	الأستاذ نورمان سارتنوريوس
الأستاذ دانيوس بافاليس	جمعية تحسين برامج الصحة النفسية، جنيف، سويسرا
جامعة العلوم الصحية الليتوانية، كاوناس، ليتوانيا	
السيد جون ساوندرز	
الاتحاد الأوروبي لجمعيات أسر الأشخاص المصابين بالأمراض النفسية، EUFAMI، بروكسل، بلجيكا	
الأستاذ توميكي سوميوشي	
المركز الوطني لطب الأعصاب والطب النفسي، طوكيو، اليابان	

شكر وتقدير

يحظى هذا النشاط بدعم من منحة تعليمية طبية مستقلة مقدمة من شركة بوهرينغر إنغلهايم الدولية، ومن منحة تعليمية غير مقيدة مقدمة من شركة إتش. لوندبيك. ولم يكن لأي من الجهتين أي تأثير أو تدخل في إعداد هذا النشاط أو تنفيذه، كما لم تقم أي مدخلات تتعلق بمحتواه.

كما نعرب عن امتناننا للدعم والمدخلات التي قدمها كل من روث بنتلي، ويليام كارينتر، ورايتشل تشاندلر، وأنا دالبرغ، ورونان دويل، وجون فيندلاي، وأنيكاره فيدلزي، ولويس كيمبي، وحسيني مانجي، وكريستين ماركينغ، ونيل مور، وليندي بيريرا، وميلي رايان، وبن نتس، ستراند، والناس، وب.

أعدت الترجمة العربية لهذا التقرير بتكليف من الجهة المعنية، وقام بترجمتها ومراجعتها كل من الدكتور أحمد العتر، والدكتور جعفر الرواشدة، والدكتور ياسين التركي، والدكتور سامرين محمد. كما نتوجه بخالص الشكر والتقدير للدكتورة سهيلة غلوم على إشرافها العلمي ومراجعتها الدقيقة، والتي أسهمت في ضمان جودة النسخة العربية ودقتها.

إن الأدوية المضادة للذهان الحالية تعالج بفعالية النوبات الذهانية الحادة وتخفف من أعراض الفصام المبكرة في ٨٥٪ من المرضى،^٩ ومع الاستخدام الطويل الأمد فإنها تظهر أيضًا انخفاضًا بنسبة ٦٠٪ في الانتكاسات الذهانية^{١٠} وتقلل من السلوك الانتحاري^{١١} ومع ذلك، فإن الأدوية المتاحة حاليًا لها تأثيرات محدودة على أكثر الأعراض "السلبية" إعاقة مثل الافتقار إلى الدافع، والمعروف باسم اللا إرادة والضعف الإدراكي^{١٢} وهناك أدلة قوية على أن هذه الأعراض تؤثر على جوانب مهمة من الحياة مثل العمل والعلاقات الشخصية وأنشطة الحياة اليومية^{١٣،١٤} وبدون معالجة هذه العوامل المعوقة، سيظل الأشخاص المصابون بالفصام يعانون في حياتهم اليومية. إن ضرورة وجود علاجات جديدة تستهدف هذه الجوانب أمر بالغ الأهمية ويجري العمل عليها حاليًا، ما يُظهر تقدمًا واعدًا.

بالإضافة إلى الأدوية المضادة للذهان، فإن التدخلات النفسية الاجتماعية لا تعزز التعافي فحسب بل إنها توفر أيضًا حلولاً فعالة من حيث التكلفة^{١٥} حيث تقلل من الانتكاسات، والحاجة لدخول المستشفى بنسبة ٢٠٪ مع مشاركة الأسرة في العلاج^{١٦،١٧}. يتم الترويج للرعاية غير المؤسسية باعتبارها تقدم أفضل نتيجة ممكنة، ومع ذلك، هناك حاجة إلى استثمار مالي وهيكل واستراتيجي كبير في الخدمات المجتمعية لتنفيذ هذه الاستراتيجيات^{١٨}.

البيئة التي تدعم تعافي الأشخاص المصابين بالفصام قد تساعد. على سبيل المثال، فإن الأشخاص المصابين بالفصام أكثر عرضة للبطالة بنحو ٦ إلى ٧ مرات عن عامة السكان، و ١٠٪ إلى ٢٠٪ فقط منهم يعملون في وظائف تنافسية. يُقدّر أن ما يصل إلى ثلث الأشخاص المشردين في الولايات المتحدة لديهم الفصام، وأن ١٥٪ من من لديهم الفصام في أوروبا مروا بتجربة التشرد^{١٩}.

كما أن التعامل مع نظام العدالة الجنائية شائعًا أيضًا^{٢٠}. حين نأخذ بالاعتبار الخطر المتزايد للتشرد أو عقوبة السجن المرتبطة بالفصام وأن مرضى الفصام معرضون لخطر متزايد للوفاة المبكرة بسبب حالات مثل أمراض القلب أو الأمراض المعدية، أو الانتحار أو القتل^{٢١-٢٤}، أضف إلى هذا العبء الذي يفرضه هذا المرض على مقدمي الرعاية، يصبح حينئذٍ من الواضح أن هناك حاجة إلى دعم أفضل على جميع الجبهات. ومن ثم فإن تحسين رعاية مرضى الفصام ينبغي أن يكون من الأولويات في سياسة الرعاية الصحية.

هذا التقرير مبنى على النسخة السابقة المنشورة في عام ٢٠١٤ حيث يقدم نظرة عامة شاملة على الفهم الحالي والإجماع بين مجموعة عالمية من المتخصصين في الصحة النفسية والأكاديميين والمرضى ومقدمي الرعاية ذوي الخبرة والتجربة في مجال الفصام. تتبع ضرورة هذا التعديل من التقدم المحرز في السنوات العشر الماضية، والذي يشمل التحسينات في معايير الممارسة وتطوير السياسات والعلوم الناشئة. يشير التركيز المتزايد على الصحة النفسية من قبل صناع السياسات إلى إمكانية التغيير الأوسع.

الموضوع الأشمل واضح: إعطاء الأولوية لحصول كل فرد على الرعاية ذات الجودة والدعم الاجتماعي، بغض النظر عن الحواجز الجغرافية أو الاقتصادية، هو أمر بالغ الأهمية. وعلاوة على ذلك، فإن تمييز وتقدير المساهمات الحيوية للأسر ومقدمي الرعاية الآخرين أمر بالغ الأهمية. وهذا صحيح بشكل خاص في سياق الاضطرابات النفسية الشديدة مثل الفصام، والتي تتعلق قصتها بالحاجة والإهمال. وتتعلق قصتها أيضًا بأفراد استثنائيين قدموا مساهمات كبيرة ومبتكرة في نسيجنا المجتمعي والثقافي.

يصف مصطلح الفصام اضطرابًا نفسيًا يتميز بالتفكير غير الطبيعي، واضطرابات الإدراك، وتعبير عاطفي منخفض أو مبالغ فيه، وقلة الكلام، واضطرابات نفسية حركية^٢. وتشير التقديرات إلى أن الفصام يؤثر بشكل مباشر بـ ٢٤ مليون شخص على الأقل في جميع أنحاء العالم، ويتأثر به ضعف هذا العدد بشكل غير مباشر (على سبيل المثال مقدمي الرعاية) مما يؤدي إلى تكاليف عالية للأفراد وكذلك نظام الرعاية الصحية والمجتمع الأوسع^٢. وقد أظهرت الدراسات بأنه، مقارنة بالحالات النفسية الأخرى، يحمل الفصام عالميًا أعلى متوسط تكلفة مجتمعية للمريض^٣.

يظهر الفصام عادة في مرحلة البلوغ المبكر ما يؤثر بشكل كبير على جودة المعيشة مدى الحياة. يواجه الأفراد المصابون بهذه الحالة انخفاضًا في متوسط العمر المتوقع يتراوح بين ١٥ و ٢٠ عامًا مقارنة بالسكان بشكل عام^{٣٤}. يواجه الأشخاص المصابون بالفصام غالبًا حالات صحية نفسية مصاحبة منذ الطفولة^{٣٥} حيث قد تخفي التشخيصات الأولية أو تؤخر تشخيص الفصام أثناء انتقالهم إلى مرحلة البلوغ. أظهرت خدمات التدخل المبكر تحسينات دائمة في الأعراض على مدى فترة ٥ سنوات^{٣٦} لذلك، فإن التشخيص السريع والإدارة الشاملة لأعراض الفصام وعلاج الأمراض النفسية والجسدية المتزامنة أمر بالغ الأهمية، مما يستلزم اتباع نهج متكامل ومتناسك من قبل المتخصصين في الرعاية الصحية والدعم المحكم من نظام الصحة والرعاية.

في هذا التقرير، توحدت جهود المؤلفين لأجل تقديم مجموعة شاملة من التوصيات، معربين عن الأمل في وجود إرادة سياسية قوية والتزام مجتمعي لتحسين النتائج لجميع مرضى الفصام والمتأثرين به.

على الرغم من الإدراك المتزايد، تظل الموارد المخصصة لرعاية الصحة النفسية غير كافية، وموزعة بشكل غير متساوٍ، وغير مستخدمة بكفاءة. وعدد المتخصصين في الصحة النفسية منخفض بشكل مثير للقلق، حيث لا يتجاوز ٩ لكل ١٠٠ ألف شخص على مستوى العالم، وهناك حاجة إلى ١,٧ مليون عامل إضافي في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.^{٢٥} تدل مبادرات مختلفة مثل الجهود المشتركة للبنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية (WHO)، وبرنامج العمل في الصحة النفسية، وإدراج الصحة النفسية في أهداف التنمية المستدامة للأمم المتحدة على الدعم السياسي. ويجري اختبار مبادرات مبتكرة، مثل استخدام غير المتخصصين لتقديم الرعاية والأدوات الرقمية للفحص والعلاج. ومع ذلك، هناك حاجة عالمية لمزيد من مقدمي الرعاية الصحية النفسية، حيث تواجه حتى البلدان الغنية فجوات كبيرة في الخدمة. إن هذا الوضع يستدعي التزامًا عالميًا بتحسين رعاية الصحة النفسية، وتكييف التدخلات الناجحة عبر مختلف البيئات، وضمان الوصول العادل للجميع إلى خدمات الصحة النفسية ذات الجودة، لا سيما في المجتمعات التي تعاني من نقص الخدمات.^{٢٥}

توصيات للتغيير:

لتحسين حياة مرضى الفصام والمتأثرين به وتقليل العبء المجتمعي، علينا أن نبدأ بأحداث تغييرات مهما كانت صغيرة. وعلى الرغم من أن تحليلاتنا في هذا التقرير تتطرق إلى عدة تدخلات وتوصيات، فإن توصياتنا الأساسية هي كالتالي:

تطوير علاج الفصام:

- تخصيص أموال للبحث في مجال الرعاية الصحية، تنظيم الرعاية الاجتماعية وتقديمها، مع التركيز على مناهج العلاج متعددة التخصصات.
- ضمان الوصول المباشر إلى الرعاية المتخصصة، بما في ذلك الأطباء النفسيين والمرضى المتخصصين والدعم النفسي والاجتماعي.
- تقديم هذه الرعاية خلال مراكز مخصصة أو خدمات مجتمعية يعتمد على البلد والسياق الجغرافي والنظام الصحي.
- ضمان الوصول إلى فرق متعددة التخصصات قادرة على تقديم تقييمات شاملة للرعاية الشخصية والرعاية المتكاملة/المشخصة وخطط الدعم الأوسع نطاقاً.
- ضمان استمرارية الرعاية أثناء الانتقال من خدمات المراهقين إلى خدمات البالغين.
- وضع خطط علاجية مشتركة بين المريض ومقدم الرعاية الذي يختاره تشمل ما يلي:
 - خطة للرعاية وإدارة الأزمات.
 - تحديد خيارات التعافي والأهداف الشخصية للتعافي.
 - تحذيرات حول الآثار الجانبية الجسدية والنفسية المحتملة لمنع الإيقاف الذاتي للدواء.
- الاستفادة من التكنولوجيا الرقمية في البحث والعلاج ومسارات الرعاية.
- توفير التدخل الميداني في الأزمات.

الاهتمام بما وراء العلاج:

- دمج التدريب على الصحة النفسية في جميع مستويات التدريب في مجال الرعاية الصحية، وتقديم تدريب إضافي متخصص للراغبين في العمل في مجال الصحة النفسية.
- الاهتمام بالتعافي، أي تحقيق حياة قيمة ومرضية، هدفاً أساسياً للعلاج
- ضمان مشاركة مرضى الفصام ومن يرعاهم في اتخاذ القرارات بشأن الخدمات المطلوبة (مثل: الأمن المالي، والدعم السكني، والتعامل مع الأخصائيين الاجتماعيين، والدعم المهني، وإعادة التأهيل) وكيفية تقديم هذه الخدمات.
- ضمان وضع خطط علاجية شاملة مع مراعاة الدعم الاجتماعي والاهتمام بعلاج الأمراض المصاحبة.

الاهتمام بمقدمي الرعاية:

- تقديم الدعم لمقدمي الرعاية وأسر المرضى.
- توفير برامج تدريبية لمقدمي الرعاية غير الرسميين وأفراد الأسرة.
- مشاركة مقدمي الرعاية غير الرسميين وأفراد الأسرة في جميع مستويات سياسات الصحة النفسية بما فيها التطوير والتنفيذ.

تمكين مرضى الفصام:

- مواجهة الوصم والتفريق.
- ضمان الاعتراف بحقوق الأشخاص الذين يعانون إعاقة نفسية صحية ومراعاتها في سياق قدراتهم على اتخاذ القرار.
- إلزام حق المشاركة في اتخاذ القرار، والطعن في قرارات الرعاية والدعم، لمرضى الفصام و/أو (حين يكون ذلك مناسباً) من يرعاهم.
- الدعم المالي للجمعيات المحلية والإقليمية والوطنية والدولية التي تدعم مرضى الفصام ومقدمي الرعاية لهم.
- إشراك مرضى الفصام في جميع سياسات الصحة النفسية بما فيها التطوير والتنفيذ

نبذة عن الفصام

ما هو الفصام؟

أعراض الفصام

يؤثر الفصام تأثيراً كبيراً على أفكار الفرد وعواطفه ومزاجه وسلوكه. ويختلف نطاق ومسار الأعراض التي يمر بها المريض اختلافاً كبيراً حسب الأفراد والظروف الشخصية والأوضاع الثقافية. ووفقاً للتصنيف الدولي للأمراض (ICD-11)، يُصنف الفصام ضمن "طيف الفصام والاضطرابات النفسية الأولية الأخرى". ويتسم هذا الطيف بضعف كبير في إدراك الواقع وتغييرات في السلوك تظهر كأعراض "إيجابية" مثل الهلوس، أو أعراض "سلبية" مثل فقدان التعبير العاطفي أو فقدان الدافع. يُشار إلى اختلالات المزاج بالأعراض الانفعالية. الوظائف الإدراكية، مثل التركيز والذاكرة والتخطيط، غالباً ما تكون ضعيفة لدى مرضى الفصام، وقد يقلل ذلك من بصيرتهم بحالتهم ويؤثر على وضعهم الوظيفي وقدرتهم على العيش باستقلالية. (الشكل ١).

الفصام هو اضطراب نفسي شديد يتسم بالتفكير الغريب والاضطرابات الإدراكية وتضاؤل التعبير العاطفي أو المبالغة فيه. تشير التقديرات إلى أن الفصام يؤثر بشكل مباشر فيما لا يقل عن ٢٤ مليون شخص في العالم، ويتأثر ضعف هذا العدد بشكل غير مباشر (كمقدمي الرعاية على سبيل المثال). وعادةً ما يتم تشخيصه في مرحلة المراهقة أو بداية البلوغ وقد يؤثر على عافية الشخص طوال حياته. بوجود الرعاية والدعم المناسبين، بإمكان مرضى الفصام التعافي والتعايش في مجتمعهم، وما لا يقل عن ٥٠٪ منهم لديهم نتائج جيدة.^{٢٧،٢٨}

شكل ١: أعراض مرض الفصام

الأعراض السلبية^{٣١،٣٢}

- **تبدل الوجدان:** نقص القدرة على التعبير العاطفي والتفاعل مع الأحداث المرصودة.
- **الألوجيا (عسر النطق):** نقص الكلام من حيث الكمية والمحتوى والإجابات القصيرة والغير مكتملة على الأسئلة.
- **الفتور (انعدام الإرادة):** نقص الدافع والاهتمام بالأنشطة اليومية، ويشمل ذلك ضعف الاهتمام بالرعاية الشخصية وانخفاض الحماس والتحفيز.
- **انعدام التلذذ:** فقدان الاهتمام/ عدم التلذذ بالأنشطة الممتعة.
- **انعدام المخالطة الاجتماعية:** نقص الحافز في القيام بالأنشطة الاجتماعية، ما يؤدي إلى انخفاض الأداء الاجتماعي أو العزلة (على سبيل المثال، عدم الخروج للعمل أو لرؤية الأصدقاء).

الأعراض "الذهانية" الإيجابية^{٣١}

- **الضلالات:** معتقدات راسخة لا أساس لها من الصحة، وغالباً ما تكون اضطهادية أو/ وغريبة.
- **الهلوس:** عادةً ما تكون سمعية (سماع الأصوات)، وقد تشمل أيضاً التذوق والشم، بالإضافة إلى الهلوس البصرية واللمسية.
- **الاختلال الكلامي:** الكلام المنقطع وغير المترابط، الذي يعبر عن تفكير غير منطقي يصعب فهمه ومتابعته.
- **الجامودية (كاتاتونيا):** السلوك غير الهادف أو غريبة في ارتداء الملابس أو ضعف الاهتمام بالنظافة الشخصية.

ضعف الإدراك^{٣١،٣٣،٣٠}

- ضعف التركيز والذاكرة.
- ضعف القدرة على تخطيط الأنشطة وتنفيذها.
- انخفاض الطلاقة في إنتاج الكلمات والتفكير.

يرجى ملاحظة: أنه قد تتسبب أمراض أخرى أيضاً في الهلوسة السمعية، حتى على المدى الطويل؛ لذا من المهم تقييمها في جميع الحالات.

ما الذي يسبب الفصام؟

عندما تجتمع عوامل الإصابة الوراثية وغير الوراثية معاً، قد تسبب تغيرات في الدماغ، تجعل الأفراد أكثر عرضة لمرض الفصام^{٣٥-٣٦}. ليس بالضرورة أن تظهر أعراض المرض على كل من لديه تغيرات دماغية بيولوجية خاصة بالفصام؛ فغالبًا ما يظهر الفصام سريريًا بعد التعرض لعامل إصابة غير وراثي حاد، ولكن هذا ليس هو الحال بالنسبة لجميع مرضى الفصام.^{٤١}

إن الفصام متعدد العوامل وقد يكون سببه تفاعل معقد من العوامل الوراثية وغير الوراثية والبيولوجية (شكل ٢)^{٣٨-٣٩}. قد تؤثر العوامل النفسية الاجتماعية أيضًا على بداية الفصام ومساره. يمكن التخفيف من آثار الضغط النفسي الاجتماعي عن طريق الأدوية، الدعم الاجتماعي، استراتيجيات التأقلم، والفهم الجيد للمرض النفسي.

للعوامل الوراثية، التي تنتقل في العائلات وتورث من الآباء، تأثير على احتمالية تعرض الشخص للفصام وتطوره. كما أن العوامل غير الوراثية، وهي العوامل التي يتعرض لها الشخص خلال حياته في بيئته المعيشية، مؤثرة أيضًا في تطور الفصام. وقد تكون العوامل غير الوراثية مزمنة، يتعرض لها الشخص باستمرار على مدى فترة طويلة من الزمن؛ أو حادة، تحدث فجأة ولفترة قصيرة من الزمن.^{٤١} ومن الجدير بالذكر، أن الأبحاث تشير إلى أن أيًا من عوامل الإصابة الوراثية أو غير الوراثية لمرض الفصام ليست قوية بما يكفي لتسبب المرض بمفردها وأن التفاعل بينها هو المفتاح لتطور الفصام.

شكل ٢: أسباب الفصام

الأسباب المحتملة لمرض الفصام معقدة ومتعددة العوامل، ولا تزال مجالاً بحثيًا يتطور باستمرار.



تشخيص الفصام

- من حيث الأعراض السريرية، ليس هناك اختبار واحد للفصام، وعادةً ما يتطلب التشخيص على الأقل تقييماً واحداً من قبل مختص في الصحة النفسية. تتضمن إرشادات تشخيص الفصام التأكد من وجود عدة أعراض للمرض عبر نطاق زمني معين، وتشمل هذه الأعراض:^{٤٣}
 - الضلالات.
 - الهلوس.
 - الكلام أو التفكير غير المنظم.
 - الإحساس بالتأثير الخارجي أو السلبية أو فقد القدرة على التحكم:
 - قد يشمل ذلك الإحساس أن الأفكار ليست نابعة من الشخص نفسه، أو أنها تغرس في عقله أو تُنزع منه من قِبَل كيان خارجي، أو أن أفكار الشخص تذاع على الآخرين.
 - سلوك عشوائي وغير منظم:
 - يشمل ذلك استجابات انفعالية غير متوقعة أو غير ملائمة أو سلوكيات تبدو غريبة أو غير هادفة.
 - الأعراض السلبية.
 - الاضطرابات النفسية الحركية:
 - قد يشمل ذلك التوتر أو الهياج أو غير ذلك من الحركات المضطربة.
 - الخلل الاجتماعي/المهني.
 - تقييم الأمراض الأخرى التي قد تفسر هذه السلوكيات واستبعادها.
- إن التقدم المستمر في أبحاث علم الأعصاب يعني أن قائمة النتائج المحتملة التي يمكن استخدامها للتحقق من صحة تشخيص الفصام في المستقبل قد تشمل التغيرات الجينية والبيولوجية والكيميائية بالإضافة إلى التقييمات الإدراكية.

تأثير الفصام

تجربة شخصية

كان الضغط الناتج عن الدراسات العليا، إلى جانب عوامل أخرى، السبب الذي أدى إلى بداية مرضي. بدأت أخاف على حياتي لأنني اعتقدت أن الناس يريدون إيذائي أو قتلي. اعتقدت أن منزلي كان مزودًا بأجهزة تنصت، وأن الناس يستطيعون قراءة أفكاري، وأن الناس كانوا يحاولون إدخال أفكار شريرة/مدمرة في ذهني. بدأ التلفزيون والاذاعة بإرسال رسائل سرية لي، ويشيران إليّ مباشرة في بثهما. شعرت بالعجز والاكنتاب، ولم أستطع فعل أي شيء، وفقدت كل أمل في نفسي وفي الحياة.

عشت لعدة سنوات في ظلام ويأس. لكن لحسن الحظ، كان هناك أشخاص في حياتي، مثل والدتي، أحبوني بصدق وأمنوا بي ولم يفقدوا الأمل فيّ أبدًا. بدعمها الثابت، إلى جانب دعم طبيبي النفسي وبقية عائلتي، وإيماني الذي كان يرشدني خلال أهلك ساعات حياتي، بدأت أتعاوى ببطء شديد. لم تكن عملية التعافي بمثابة موجة سحرية غمرتني. كان عليّ أن أتعلم كيف أعيش حياتي من جديد، وحدث ذلك من خلال خطوات صغيرة وبطيئة استغرقت فترات طويلة من الزمن.

Scotti P. Schizophrenia Bulletin 2009^{٤٦}

التأثير على مرضى الفصام

التقديرات العالمية السابقة صنّفت الفصام في المرتبة الرابعة عشرة من حيث عدد سنوات العيش مع الإعاقة^{٤٧}. وفي عام ٢٠١٩، تسبب الفصام في فقدان ١٥,١ مليون من سنوات العمر المصححة للإعاقة (DALYs)، وهو ما يعادل ١٢,٢٪ من إجمالي سنوات العمر المصححة للإعاقة المرتبطة بجميع الاضطرابات النفسية^{٤٨}. تعكس سنوات العمر المصححة للإعاقة العبء الإجمالي للمرض المرتبط بحالة معينة، ويتم التعبير عنها بعدد السنوات المفقودة نتيجة لاعتلال الصحة أو الإعاقة أو الوفاة المبكرة، ما يوفر وسيلة للمقارنة بين مستويات الصحة العامة ومتوسط العمر المتوقع بين الدول. كما أن العبء المرتبط بالفصام أخذ في التزايد، حيث يعكس إجمالي سنوات العمر المصححة للإعاقة زيادة بنسبة ١٣,٥٪ بين عامي ٢٠١٠ و

من الجدير بالذكر أن تقييمًا لهذه النتائج أشار إلى أنها قد تكون قللت من تقدير العبء المرتبط بالفصام، وذلك بسبب محدودية المعلومات التي تربط بين الفصام والنتائج الصحية الجسدية، ونقص البيانات من الدول منخفضة الدخل^{٤٨}. إحدى القضايا الأساسية هي أن مرضى الفصام يموتون أسرع بحوالي ١٥-٢٠ عامًا مقارنة بعامة السكان^{٤٩-٥٠} ويساهم كل من انخفاض معدلات التشخيص والعلاج نحو هذا الارتفاع بمعدل الوفاة. لذلك، من المهم ليس فقط علاج أعراض الفصام، ولكن أيضًا علاج الأمراض الجسدية المصاحبة له. علاوة على ذلك، لم يتم بعد تحديد التأثير الكامل لجائحة كوفيد-١٩ على عبء الفصام على مستوى العالم^{٤٩}. ومع ذلك، أظهرت الدراسات أن مرضى الفصام لديهم نتائج أسوأ للمرض بعد الإصابة بكوفيد-١٩ مقارنة بعامة السكان^{٥٠}.

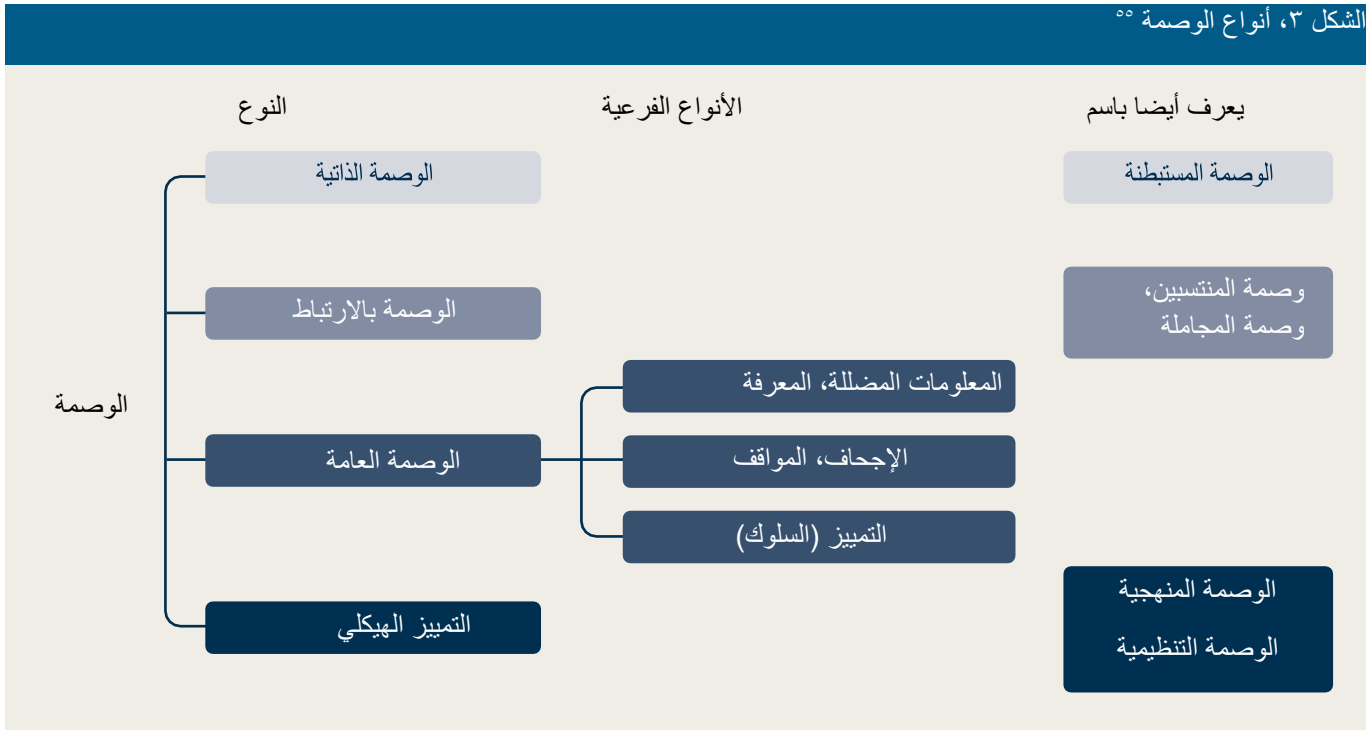
في دراسة أجريت في المملكة المتحدة، كان مرضى الفصام أقل احتمالية لتلقي اللقاح مقارنة بعامة السكان. لكن المؤلفين خلصوا إلى أن ذلك لم يكن بسبب ترددهم في أخذ اللقاح بقدر ما كان بسبب عدم توفر الدعم اللازم لمساعدتهم في الحصول على اللقاح^{٥١}. وأوصى المؤلفون بأن برامج الدعم لمرضى الفصام الذين يعيشون في المجتمع، مع الأخذ في الاعتبار الاختلافات العرقية في أسباب التردد في أخذ اللقاح، قد تكون مفيدة في زيادة معدلات تلقي اللقاح بين هذه الفئة المستضعفة

رغم التحسن في مواقف المجتمع تجاه الفصام، لا يزال العديد من المرضى يواجهون العزلة الاجتماعية والإجفاف والتمييز، ما يصعب عليهم العيش بحياة منتجة في المجتمع. هذا التمييز قد يمنعهم من طلب المساعدة لحالتهم وقد يعطل أيضًا علاقاتهم الشخصية ووظائفهم.

يمكن أن يؤثر الفصام سلبيًا على القدرة الاقتصادية للفرد في مرحلة البلوغ لأنه غالبًا ما يبدأ في مرحلة المراهقة وقد يعطل التعليم بشكل كبير^{٥٢,٥٣}. احتمالات البطالة لدى الأشخاص المصابين بالفصام أكثر بمقدار ٦ إلى ٧ مرات مقارنة بمن لا يحملون المرض^{٥٤,٥٥} وهم أيضًا أكثر احتمالية بشكل خاص للتعرض لنظام العدالة الجنائية، سواء كمذنبين أو، على الأغلب، كضحايا.

وجدت دراسة أجريت في السويد أن مرضى الفصام أكثر احتمالًا بمقدار ١,٨ مرة لأن يكونوا ضحايا الموت قتلًا مقارنة بمن ليست لديهم أمراض نفسية^{٥٦}.

الشكل ٣، أنواع الوصمة^{٥٥}



مكافحة الوصم والتمييز المرتبط بالفصام تتطلب الاعتراف بالتأثير العميق للتمييز وسوء الفهم على من لديهم هذه الحالة. ينطوي ذلك أساساً على انفاذ تدابير تشريعية لمكافحة التمييز؛ ولكن تشجيع المحادثات المفتوحة والخالية من الوصم حول تجاربهم، مثل الهلوس والأوهام، يمكن أن يكون مفيداً بشكل كبير أيضاً.^{٥٦} هذه الطريقة، كما تم تجسيدها من خلال أساليب مثل تلك التي استخدمها روم و إيثر (١٩٨٩)^{٦٠} وحركة سماع الأصوات الدولية^{٦١}، يمكن أن تساهم في خلق بيئة أكثر إيجابية ودعماً لمرضى الفصام^{٦٢،٦٣}.

دراسة أجريت عبر ٢٧ دولة، من ضمنها أعضاء الدول الأوروبية، سلطت الضوء على أن الأشخاص الذين لديهم الفصام يواجهون الوصم والتمييز بالعلاقات الشخصية والتوظيف بشكل كبير^{٦٤}. ومن المثير للاهتمام أن ما يقرب من نصفهم إعتقدوا أنهم تعرضوا للتمييز حتى عندما لم يكن الأمر كذلك، ما يؤكد أهمية تقييم التمييز المتصور إلى جانب الحالات الفعلية^{٦٤}. لمواجهة هذه العقبات، تم اقتراح طرق علاج خصوصية وغير مسمية، مثل التدخلات المحوسبة أو عبر الإنترنت. في فنلندا، أنظمة دعم المرضى القائمة على شبكة الانترنت والتي تقدم تثقيف نفسي للفصام أظهرت نتائج إيجابية، مع معدل عالي للمشاركة وإكمال المهام بين المشاركين.^{٦٥} تقدم هذه الطريقة، كما ورد في تقرير العمل المشترك للصحة النفسية والرعاية لعام ٢٠١٧ حول الاكتئاب والوقاية من الانتحار والصحة الإلكترونية، نهجاً واعداً للحد من الوصمة والتمييز وتسهيل الوصول إلى الرعاية^{٦٦}.

تحدث الوصمة والتمييز المرتبطان بالحالات النفسية على مستويات مختلفة (انظر الشكل ٣)^{٥٥}. تأثير الوصمة والتمييز في الصحة النفسية واسع النطاق وغالباً ما يتم تجاهله. على المستوى الهيكلي، يمكن أن يؤثر على الأطر القانونية وحقوق الإنسان وتقديم التدخلات النفسية والاجتماعية.^{٥٥} كما أن له تداعيات بعيدة المدى على نظم الرعاية الصحية والاجتماعية،^{٥٥} ما يساهم في تفاقم الأعراض المرضية وتقليل احتمالية الحصول على العلاج بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تؤدي الوصمة الذاتية للمرض النفسي الشديد إلى تأثيرات سلبية على التعافي. الوصمة والتمييز قد تؤثران على المجالات الاجتماعية والاقتصادية خاصة في إطار التوظيف^{٥٥،٥٧}. قد يواجه مرضى الفصام قيوداً في بعض الوظائف، إما شخصياً، كنتيجة لحالتهم وقدرتهم على أداء بعض أنواع الوظائف أو العمل في بيئات معينة،^{٥٨} أو قانونياً، مثل الوظائف في وسائل النقل العامة حيث عادة ما تتطلب جهات الترخيص أو شركات التأمين تقييم كل حالة على حدة.^{٥٨،٥٩}

قد يكون تأثير الوصمة والتمييز شديداً بشكل خاص للأشخاص الذين لديهم خصائص متعددة موصومة (مثل الانتماء إلى أقلية عرقية أو ميول جنسية معينة بالإضافة إلى الإصابة بحالة نفسية)^{٥٥}

الاتحاد العالمي لمناهضة الوصمة تأسس في عام ٢٠١٢ ويجمع خبراء في الصحة النفسية من عدة دول. الاتحاد يطمح للقضاء على الوصم والتمييز المرتبط بالمرض النفسي عالمياً. تتمثل مهمة الاتحاد في مشاركة المعرفة وأفضل الممارسات لتحسين النتائج لأولئك الذين يواجهون الوصمة المرتبطة بالمرض النفسي. من خلال التركيز على التعاون والنزاهة والإدماج، والاستفادة من خبرات التعايش والبحوث الموثوقة للدفاع عن تحسينات الصحة النفسية والتوعية بمكافحة الوصمة على مستوى العالم^{٦٧}

تجربة شخصية

برأيي السبب الجذري للضلالات والهلاوس لدي هو شعوري بأن كل ما ظهر بذهني كان حقيقياً... لم أميز أنه غير طبيعي أن أشعر أن شيئاً ما حقيقي من غير تبرير. بل على العكس، هذا الشعور جعلني أرغب في إثبات الفكرة... استمررت في توسيع مجال شكوكي بسبب عقليتي الشاكة. ذهبت من التقاط كلام الناس إلى التقاط الأخبار، ظناً أنهم يتكلمون عني. مرت خطوة بخطوة إلى أن ذهبت أبعد من عالمي الفوري وتم استبدالها بخيالي. بمجرد أن بدأت تخيلاتي بالتشكل، ظهرت لي العديد من التبريرات و "الأدلة" الجديدة... العرض الرئيسي لدي كان الأصوات على هيئة أفكار مدخلة.^{٦٨}

Rudy Tian. Schizophrenia Bulletin Open 2022. 68

تجربة شخصية

أمي عمرها ٧٦ سنة ولديها اضطراب الفصام منذ أكثر من ٥٠ عاماً. تعاني من سماع الأصوات والهلاوس. تعيش لوحدها وتهتم بها العائلة. إنها جليسة المنزل بسبب التهاب المفاصل ولديها مشاكل صحية أخرى متعلقة بأمراض القلب والكلية والسكري بسبب الآثار الجانبية لاستخدام الأدوية لعلاج الفصام. هي غير مدركة أنها تعاني من مرض نفسي، إلا أنها تعلم أنها بحاجة لتناول الأدوية من أجل أن تشعر بالتحسن. هي تنكر أن لديها مرض، لذلك التفاهم معها صعب. نراقبها يومياً لنضمن أنها تعتني بنفسها، من ناحية تناول الطعام، النظافة الشخصية، والحركة بشكل عام. نقوم بتنظيم أنفسنا حولها، حيث أننا نتسوق، ننظف المنزل، ونحضر لها الطعام بينما نعمل كذلك في وظائفنا الخاصة ونعتني بعائلتنا. علينا أن نرتب عطلاتنا بحيث أن يبقى شخصٌ معها. لقد كبرنا ونحن نعلم أن هنالك شيء غير طبيعي في والدتي. حين أصبحنا بالغين، بدأنا نفهم مدى مرضها. لكن طبيبنا العام لم يشرح لنا أبداً كيف يحدث المرض وكيف نتعامل معها عند دخولها في إحدى حالات انتكاسها أو عندما تبدأ بالكلام عن أشياء غير موجودة. في بعض الأحيان ممكن أن تكون مدركة وواضحة جداً لكن في غالب الوقت علينا أن نشرح لها أن ما تقوله غير صحيح. نحاول ألا نستقبل عدداً كبيراً من الزوار لأننا قلقون من أنها قد تسيء إلى الناس بمحادثتها. بما أن المرض وراثي، أخشى أن أنقل المرض لأبنائي، لذلك أبقى يقط جداً لعلاماته. لقد قمنا بالكثير من البحث على الإنترنت لفهم ما تمر به وما هو الأفضل لها. لم نتلق تدريباً على الاعتناء بشخص يعيش مع الفصام. نحن نرشد أنفسنا من خلال القراءة حول الموضوع. والدتي محظوظة لأن لديها عائلة داعمة يمكنها استثمار طاقتها معها. أعتقد أنه بدون هذا الدعم كانت الأمور ستتدهور بسرعة كبيرة.

ديفيد كاور، انتيرب، بلجيكا

تأثير الفصام على مقدمي الرعاية والعائلات

يفرض الفصام أعباءً عيلاً ثقيلًا على الأسر والأصدقاء، الذين يتحملون قدرًا كبيرًا من العبء اليومي في الرعاية. وقد وجد استطلاعًا للرأي أن ٦٨٪ من مقدمي الرعاية هم آباء أو أزواج/زوجات الآباء للشخص المصاب بالفصام، و١٢٪ هم أشقاء و٧٪ هم أزواج/أشخاص مقربون.^{٦٩}

يمر العديد من مقدمي الرعاية بمشاعر صعبة مثل الحزن والإرهاق والغضب والخوف من المستقبل^{٥٤}. قد يجد بعض مقدمي الرعاية أن عبء الرعاية المفرط لدرجة أنهم لا يستطيعون الاستمرار في دورهم.

الشكل ٤، العبء الواقع على مقدمي الرعاية من الأسرة، ما الصورة الأكبر؟

- عند بداية ظهور المرض النفسي لدى الطفل، يكون مقدمو الرعاية من أفراد الأسرة عادة في عمر يتراوح بين ٤٠ و ٦٠ عامًا، ومع احتمالية الانفصال أو الطلاق، فإنهم يكونون في مرحلة تتسم بقدر كبير من الضغوط والتوتر الأسري.



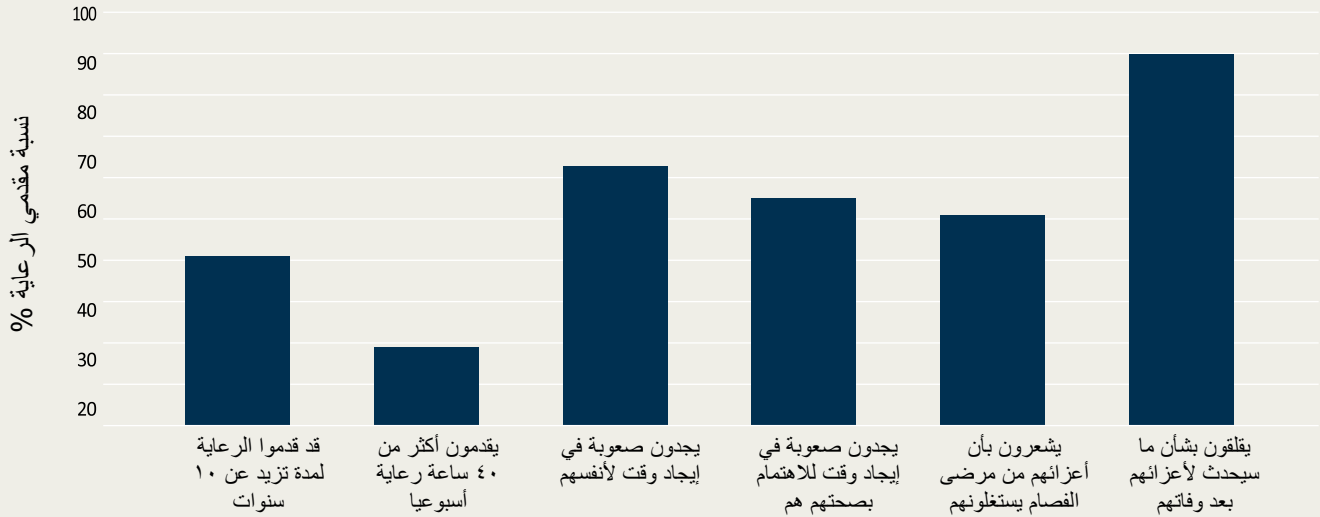
أُعيد نشر هذا الشكل بإذن من الاتحاد الأوروبي لجمعيات أسر الأشخاص الذين لديهم اضطرابات نفسية (EUFAMI).

أكثر من ٤٣ ساعة من الرعاية كل أسبوع، وهو ما يفوق بكثير متوسط أسبوع العمل. أولئك الذين يعيشون مع الشخص الذي يدعمونه يقدمون مستويات أعلى بكثير من الرعاية؛ في المتوسط أكثر من ٦٥ ساعة في الأسبوع^{٧٠}.

وفقًا لتقرير قيمة الرعاية الذي تم إعداده بتكليف من الاتحاد الأوروبي لجمعيات عائلات الأشخاص ذوي الأمراض النفسية: في المتوسط، يقدم مقدمو الرعاية غير الرسميين

بالمقارنة مع عامة السكان، فإن مقدمي الرعاية لمرضى الفصام معرضون أكثر لخطر الإصابة باضطرابات مرتبطة بالاجهاد ومشاكل صحية جسدية. في إحدى الدراسات الاستقصائية التي أجريت في الولايات المتحدة، ٤١٪^{٦٩} منهم قدم الرعاية لأكثر من ١٠ سنوات، ووجد أكثر من نصفهم صعوبة في الاهتمام بصحتهم مع رعاية شخص لديه مرض نفسي (الشكل ٥)^{٦٩}

الشكل ٥: رعاية شخص لديه مرض نفسي يمكن أن تؤثر سلبيًا على مقدم الرعاية. يظهر الشكل المشكلات النفسية التي واجهها مقدمو الرعاية في استطلاع أجراه التحالف الوطني للأمريكي للأمراض النفسية (NAMI).



التأثير الاجتماعي والاقتصادي للفصام

الشرائية والسنة التي تأتي منها التقديرات. بالإضافة إلى ذلك، أبرزت المراجعة أن خسائر الإنتاجية كانت المحرك الأساسي للتكلفة، حيث تمثل ٣٢-٨٣٪ من إجمالي التكلفة.^{٧٣} ركزت المراجعة على الدراسات التي اطلعت على بيانات سابقة. وقد تفسر التحسينات الأحدث في العلاج والرعاية والتغيرات في المجتمع الانخفاض في نسبة النفقات غير المباشرة مقارنة بالتكاليف المجتمعية الإجمالية للفصام، والتي ذكرت في دراسات أحدث.^{٧٣}

إن ما يدفع ارتفاع التكاليف بالنسبة لكل مريض هو نتيجة لعوامل فردية وبنوية ومتعلقة بالعلاج،^{٧٤} ولهذا السبب، فمن المهم جداً أن ننظر إلى كيفية تنظيم العلاج والأمراض المصاحبة والرعاية الاجتماعية. يجب أيضاً أخذ العوامل الاجتماعية الاقتصادية في الاعتبار، لا سيما وأن البيانات تُظهر أن الشباب والذكور وأولئك الذين لا يملكون سكناً مستقراً هم الأكثر احتمالاً للارتباط بتكاليف أعلى. يمكن أيضاً تفسير التباين من خلال الاختلافات في أنظمة الرعاية الصحية، وإصلاحات نظام الرعاية الاجتماعية، وأنماط الموارد.

العبء الاقتصادي لمرض الفصام كبير، بما في ذلك تكاليف العلاج المباشر وتكاليف الرعاية الاجتماعية، والتكاليف غير المباشرة مثل الخسائر الإنتاجية التي تؤثر على كل من مرضى الفصام وأعزائهم.^{٧٥،٧٦} في الواقع، على الرغم من انخفاض معدل انتشاره، فقد وجد أن الفصام يمثل ٨٪ من إجمالي التكاليف المرتبطة بحالات الصحة النفسية في المملكة المتحدة.^{٧٢} كشفت مراجعة منهجية لـ ١٤٣ دراسة حول تكلفة المرض، بما في ذلك المرضى الذين لديهم اضطراب نفسي واحد على الأقل، في ٤٨ دولة، أن الفصام كان له أعلى متوسط تكلفة مجتمعية لكل مريض على مستوى العالم مقارنة بالأمراض النفسية الأخرى، تقدر بـ ١٣٢٥٦ دولارًا تعادل القوة الشرائية. (شكل ٦)^٣ (متوسط ١٨٣١٣؛ المدى الربيعي = ١٣٦٧١؛ النطاق ٣٢٥٥-٩٦٤٦٦) (الشكل ٦)^٢

علاوة على ذلك، كشفت مراجعة منهجية للأدبيات حول التكلفة المجتمعية للفصام عن اختلافات كبيرة في التكاليف السنوية عبر البلدان، تتراوح من ٨١٩ دولارًا أمريكيًا فقط في نيجيريا إلى ٩٤٥٨٧ دولارًا أمريكيًا في النرويج،^{٧٣} دون تعديل لتعادل القدرة الشرائية. ومع ذلك، من المهم أن نأخذ في الاعتبار التأثير المحتمل للتعديل على أساس القدرة

تشير الأبحاث أيضاً إلى أن الأشكال المختلفة من فرص العمل المدعومة للأشخاص الذين يعانون من حالات نفسية شديدة، يمكن أن تعمل على تحسين المشاركة في التوظيف على المدى الطويل، على سبيل المثال كما هو الحال في الدول الاسكندنافية^{٧٥}. ومن الجدير بالذكر أن ما يقرب من ٤٠٪ من الدراسات لم تأخذ في الاعتبار خسائر إنتاجية مقدمي الرعاية، أو خسائر الإنتاجية بسبب الوفاة المبكرة، والتي تشكل تكاليف مجتمعية كبيرة في حد ذاتها. كما سلطت المراجعة الضوء على التباين الكبير في المنهجيات المستخدمة عند تقييم العبء الاقتصادي للفصام. ينبع هذا التباين إلى حد كبير من التفسيرات المختلفة لما يشكل التكاليف المباشرة وغير المباشرة عبر البلدان. وتصبح مثل هذه الاختلافات واضحة بشكل خاص أثناء التقييمات الاقتصادية لعلاجات الفصام^{٧٦،٧٧}. بالتالي، قد لا تكون استنتاجات تحليل واحد قابلة للتطبيق عالمياً، حيث تقتصر على السياق المحدد من خلال المنهجية المختارة^{٧٦،٧٧}.

وفي سياق هذا التقرير، فإننا ندرك أن الأنواع المختلفة من التكاليف تكون عادةً على النحو التالي:

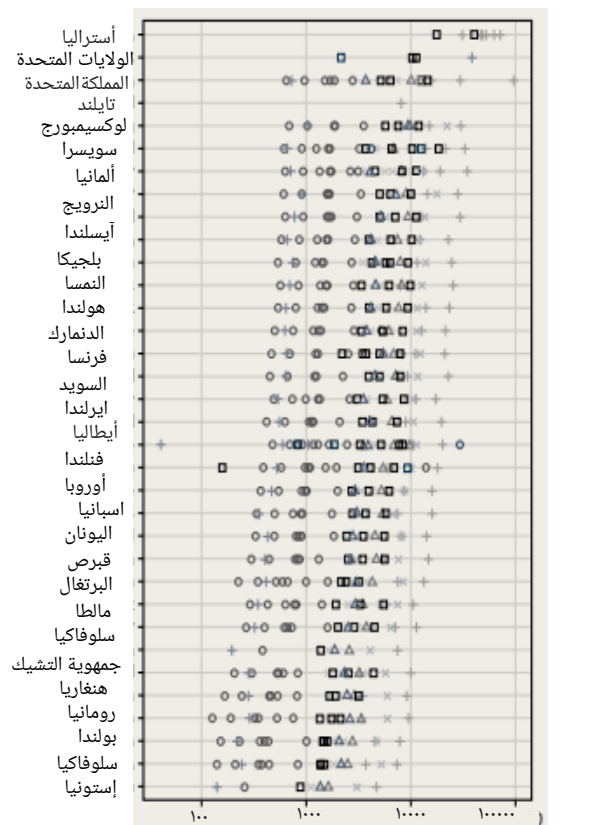
- **تكاليف الرعاية الصحية المباشرة:** تكاليف المرضى الداخليين، والمرضى الخارجيين، وقسم الطوارئ، والرعاية طويلة الأمد، والصيدليات وغيرها من تكاليف الرعاية الطبية.
- **التكاليف المباشرة (غير الصحية):** الخدمات الاجتماعية، ومرافق إيواء المشردين، وإنفاذ القانون.
- **التكاليف غير المباشرة:** التكاليف الاجتماعية والاقتصادية الأوسع نطاقاً مثل خسائر الإنتاجية بسبب البطالة، والتكاليف مثل تقديم الرعاية بشكل غير رسمي.

ولا ينبغي التقليل من شأن التكاليف الأخرى مثل تأثير الوصمة والتمييز والوفيات المبكرة، على الرغم من صعوبة تقييمها.

بالنظر الى تكاليف الرعاية الصحية المباشرة:

من المهم أن نتذكر أن الدراسات التي تركز على هذه التكاليف قد تقلل من تقدير العبء الإجمالي^{٧٨}. وفقاً لمراجعة أجريت في أوروبا عام ٢٠٢٠، تراوحت التكلفة السنوية لكل مريض بين ٥٣٣ يورو في أوكرانيا و ١٣,٧٠٤ يورو في هولندا، وكانت تكاليف التنويم في المستشفى هي العنصر الأكبر. بلغت تكاليف الأدوية أقل من ٢٥٪ من تكلفة الرعاية الصحية المباشرة لكل مريض. توصلت الدراسة إلى أن خفض التكاليف ممكن من خلال تقليل التنويم بالمستشفيات، وتطبيق تدخلات مستهدفة، وتحسين التزام المرضى بالعلاج^{٧٩}. تتوافق هذه النتائج مع دراسة أجريت في الولايات المتحدة، أشارت إلى أن ثلثي تكلفة إعادة دخول المستشفى هي ناتجة عن نقص فعالية العلاج، وحوالي الثلث بسبب عدم التزام المرضى^{٨٠}. وفقاً لمنظور النظام الصحي الوطني في إسبانيا وإيطاليا^{٨١}، فإن خفض معدل الانتكاسات هو السبب الرئيسي للتوفير المالي المرتبط باستخدام لوراسيدون ٧٤ مجم مقارنة بالكوتايبين XR ٣٠٠ مجم

الشكل ٦، مقتبس من Christensen MK وآخرين، مجلة *Epidemiology and Psychiatric Sciences*، ٢٠٢٠. التكلفة المجتمعية لكل مريض بالدولار الأمريكي، بعد تعديلها وفقاً لتعادل القوة الشرائية في البلد ومعدلات التضخم حتى عام ٢٠١٨، دولار أمريكي محسوب بتعادل القوة الشرائية لعام ٢٠١٨ (USD PPP ٢٠١٨)، بحسب مجموعة الاضطرابات والبلد، مع ترتيب النتائج وفقاً لقيمة ٣. (USD PPP ٢٠١٨)



التكلفة المجتمعية لكل مريض بالدولار الأمريكي محسوبة بتعادل القوة الشرائية لعام ٢٠١٨ (USD PPP 2018)، بمقياس

- لوجاريتمي
- اضطرابات سلوكية
- △ اضطرابات نمائية
- + اضطرابات نمائية واضطرابات سلوكية
- × اضطرابات الأكل
- الإعاقات الذهنية
- ◇ اضطرابات المزاج
- △ اضطرابات عصبية
- + اضطرابات الشخصية
- × الفصام
- × تعاطي المواد

بالنظر إلى التكاليف غير الصحية

التزام المرضى بالعلاج يوفر التكاليف تبعاً لدراسة أجريت في هولندا،^{٨٢} ولوحظ توفير إضافي في التكاليف لكل مريض عند السيطرة على عبء الأعراض. في الواقع، ارتبطت الدرجات الأعلى في التقييم العام العالمي للأداء بتوفير التكاليف في السويد.^{٨٣} يقيس مقياس التقييم العام العالمي للأداء "GAF) Global Assessment of Functioning (مدى تأثير أعراض الشخص على حياته اليومية على مقياس يتراوح من ٠ إلى ١٠٠ (حيث تشير الدرجات الأعلى إلى تحسن الأداء مقارنة بالدرجات المنخفضة). تشير هذه النتائج إلى أن محاولات تحسين الأداء الشخصي والمجمعي وتجنب دخول المستشفى من الممكن أن تقلل التكاليف المجتمعية المرتبطة بالفصام.

إن الاتصال بنظام العدالة الجنائية أمر شائع، ويترتب عليه تكاليف مجتمعية.^{٨٤} ومع ذلك، يمكن التخفيف من هذه التكاليف من خلال خدمات التدخل المبكر عالية الجودة. يمكن لمثل هذه الخدمات أيضاً أن تقلل من الحاجة للتنويم داخل المستشفيات وتزيد معدلات التوظيف، مما يؤدي إلى توفير كبير في تكاليف الرعاية الصحية والمجتمعية.^{٨٥}

النظر في التكاليف غير المباشرة:

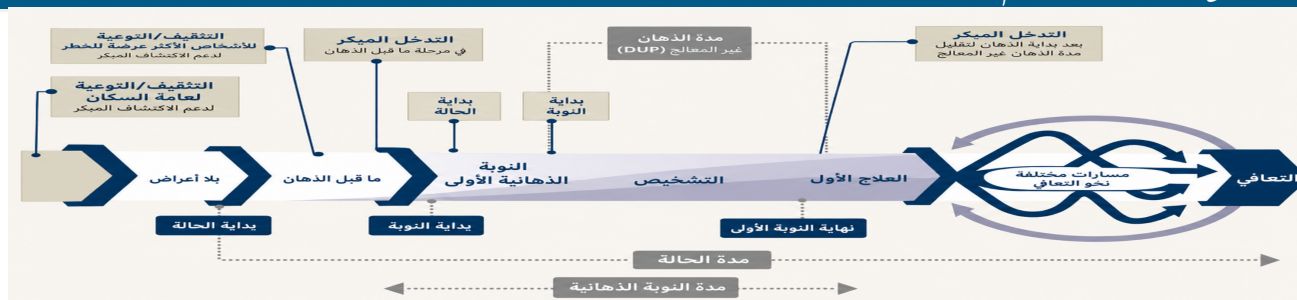
إن إحدى التكاليف غير المباشرة شديدة الأهمية المرتبطة بالفصام هي فقدان إنتاجية المريض، فضلاً عن البطالة، وفقدان مقدمي الرعاية لإنتاجيتهم.^{٨٦،٨٧} ويرتبط بهذا تأثير الأعراض الكامنة.^{٨٨} صعوبة تحديد وقياس هذه الأعراض قد تعني أنها تظل جانباً من عبء الفصام لا يحظى بالتقدير الكافي. على الرغم من توفر البيانات المحدودة، تشير الدراسات إلى أن الأعراض الكامنة تساهم في ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية.^{٨٩،٩٠،٩١} تُعد الأعراض السالبة مكوناً أساسياً للاعتلال المزمن وضعف الأداء الوظيفي، حيث تؤثر على قدرة الأفراد على العيش بشكل مستقل، وبناء العلاقات، والمشاركة النشطة في المجتمع.^{٩٢،٩٣،٩٤،٩٥،٩٦،٩٧،٩٨،٩٩،١٠٠} أوضحت دراسة عن تأثير الأعراض الكامنة وجود صلة بارتفاع ملحوظ في عدد أيام العمل المفقودة من قبل مقدمي الرعاية.^{٩٠} وقد تسهم الفعالية المحدودة للأدوية المضادة للذهان المتوفرة حالياً في معالجة الأعراض السلبية المرتبطة بالفصام في زيادة التكاليف الاقتصادية.^{٩٢،٩٣،٩٤،٩٥،٩٦،٩٧،٩٨،٩٩،١٠٠}

أشارت دراسات التكاليف المباشرة وغير المباشرة التي أجريت في أوروبا (بما في ذلك أيرلندا، ألمانيا، هولندا، إسبانيا، السويد، والمملكة المتحدة)، والأمريكتين (مثل كندا، بورتوريكو، الولايات المتحدة)، وآسيا والمحيط الهادئ (اليابان، كوريا الجنوبية) إلى أن التكاليف غير المباشرة كانت السبب الرئيسي للعبء الاقتصادي للفصام. وبلغت نسبة هذه التكاليف بين ٥٠٪ و ٨٥٪ من إجمالي التكاليف في ١٢ دراسة.^{٩٢} كما تم التوصل إلى نتائج مشابهة في أربع دراسات أجريت في دول ذات دخل منخفض ومتوسط مثل الصين، الهند، سريلانكا، وتايلاند.^{٩٣}

كشفت مراجعة شملت ٢٨ دراسة عن اختلافات كبيرة في العبء الذي يتحمله مقدمو الرعاية عبر المناطق. إذ يقضي مقدمو الرعاية في الولايات المتحدة في المتوسط ٣٦ ساعة أسبوعياً، وفي أوروبا ٢٩ ساعة، وفي آسيا نحو ٨ ساعات أسبوعياً في رعاية الأشخاص المصابين بالفصام. تراوحت تكاليف الرعاية السنوية من ١٥٨٦ دولاراً أمريكياً في الصين إلى ٣٠٥٩١ دولاراً أمريكياً في الولايات المتحدة. في كثير من الحالات، غالباً ما يتجاوز عبء الرعاية غير الرسمية عبء الرعاية الرسمية، حيث يتوقف ما بين ٤٪ إلى ١٩٪ من مقدمي الرعاية عن العمل بسبب مسؤوليات تقديم الرعاية. برز فقدان إنتاجية العمل كمحرك رئيسي لتكاليف الرعاية، مع وجود اختلافات كبيرة بين البلدان.^{٩٤} في الواقع، أظهرت دراسة استقصائية دولية شملت ٧١٢ من مقدمي الرعاية لأشخاص يعانون من حالات نفسية أجريت بين أغسطس ٢٠١٩ وأبريل ٢٠٢٠ أن تكاليف الرعاية غير الرسمية مرتفعة بشكل ملحوظ، حيث تراوحت متوسط التكاليف الأسبوعية لكل مقدم رعاية من ٦٦٠ يورو إلى ٢،٢٢٣ يورو، وذلك بناءً على ترتيبات السكن وطريقة التقييم المعتمدة.

بلغ متوسط ساعات الرعاية الأسبوعية بشكل عام ٤٣،٤٢ ٤٣،٤٢، وارتفع إلى ٦٥،٤١ ٦٥،٤١ لمقدمي الرعاية الذين يعيشون مع متلقي الرعاية.^{٩٥} وتعني هذه الالتزامات أيضاً أن ٤٦٪ من الأشخاص الذين شملهم الاستطلاع كانوا يوازنون بين مسؤوليات العمل وتقديم الرعاية، كما تم تخفيض ساعات العمل بنسبة ١٩ ساعة في الأسبوع لجميع المشاركين. قد تساعد هذه التغييرات في تفسير سبب قلق أكثر من نصف المشاركين بشأن أوضاعهم المالية. تسلط الدراسات الحديثة الضوء على ارتفاع متوسط الساعات والتكاليف الخاصة برعاية مرضى الفصام في البلدان الغربية (الولايات المتحدة وأوروبا) بالمقارنة مع مناطق أخرى.^{٩٦} قد يكون سبب هذه الفروقات عوامل ثقافية واجتماعية واقتصادية، فضلاً عن الاختلافات المنهجية بين الدراسات. كما أن شدة الأعراض تُعتبر مؤشراً رئيسياً للتكاليف غير المباشرة.^{٩٧}

الشكل ٧ رحلة مريض الفصام



دورة الانتكاس والتعافي المرضى قد يحتاج المرضى ويعتلمون كيفية المرضى ذوي الأقل، فإن كل يؤدي إلى تدهور الأداء وجودة الرعاية مقدم الرعاية قد يستقر مقدمو روتين من وبينما قد يعجز المزيد من المساجد الاحتياجات والإجراءات دعم المرضى والاحتياجات في ترتب الاستقرار يحقق الاستقرار مثل المساعدة في استمرار للمريض الرعاية الصحية بحياة المرضى وبجانبهم مع العلاج المزيد من الرعاية الصحية والانتكاس والمرضى الالتزام بالمدى الطويل، خيارات لتدبير دعم مجتمعي، مرضى الفصام	العلاج الأول المرضى إن نجاح العلاج الأول أو فشله يترك أثرا كبيرا في موقف المريض تجاه العلاج وحالته. مقدم الرعاية يشعر مقدمو الرعاية بالأمل في وجود حل، وقد يتوقعون "شفاء". ويبدؤون في التعرف إلى الحالة بصورة أعمق. الاحتياجات والإجراءات ينبغي تزويد المرضى ومقدم الرعاية الذي يختارونه بمعلومات واقعية ودقيقة عن خيارات العلاج، وأسباب اختيار العلاج، وحدوده، وكيف يمكن للعوامل النفسية الاجتماعية أن تؤثر في النتائج. وينبغي تحديد مسارات التعافي، ووضع أهداف شخصية للتعافي، والمشاركة في عملية تخطيط الرعاية. ينبغي أن يحصل جميع المرضى على ما يلي: التنبيه إلى الآثار الجانبية الجسدية والنفسية المحتملة، للحد من احتمالية التوقف عن العلاج. الحق في الرعاية النفسية والرعاية المجتمعية، وأن تُقدّم لهم فعليا.	التشخيص المرضى تعتمد تجربة المريض مع التشخيص على مدى ثقيله له، وهو ما يتأثر بعلاقة المريض بالطبيب، وبما إذا جاء التشخيص مبكرا أو متأخرا مقارنة بالثبوتية الذهانية الأولى. مقدم الرعاية يصبح مقدمو الرعاية أكثر انخراطا في هذه المرحلة، وقد يحضرون المواعيد الطبية. الاحتياجات والإجراءات قد يواجه المرضى صعوبة في تقبل التشخيص واحتمالية العلاج طويل الأمد، خصوصا إذا شعروا بأنهم في وضع مؤسسي. وفي بعض الحالات لا يُبلّغ المريض بتشخيصه إلا في وقت لاحق، مما يجعل النوبات مربكة ويعزز الشعور بالغزلة. ويحتاج مقدمو الرعاية الصحية إلى إشراك مقدمي الرعاية وشرح ما يمكن توقعه، حتى يتمكنوا من دعم المريض على المدى الطويل بصورة أفضل.	النوبة الذهانية الأولى المرضى غالبا ما تظهر لدى المرضى نوبة من الأعراض الإيجابية تدفع إلى إدخالهم المستشفى. كما تتفاقم الأعراض السلبية أيضا. وتتبع حالات التشخيص الخاطئ على أنها اضطراب ثنائي القطب أو اكتئاب. مقدم الرعاية يبدأ مقدمو الرعاية لأول مرة في إدراك أن الحالة تتطلب عناية طبية. الاحتياجات والإجراءات التعرف المبكر على الطور البادري للذهان، بما يتيح إحالة أسرع إلى طبيب نفسي وتدخلًا مبكرًا. تشخيص أرق عند دخول المستشفى، مع تقليل إساءة تفسير النوبة الذهانية الأولى على أنها أمراض نفسية أخرى. تقديم العلاج المناسب منذ البداية.	ما قبل الذهان المرضى قد يظهر لدى المرضى التفكير الغير منظم وقلة الكلام، وقد يميلون إلى العزلة ويبدؤون في التصرف على نحو غير معتاد.. مقدم الرعاية غالبا ما يظن مقدمو الرعاية أن هذا "سلوك طبيعي"، إلى أن تتفاقم الأعراض وتحدث أول نوبة ذهانية. الاحتياجات والإجراءات فهم أفضل للصحة النفسية في المدارس، والتصدي لوصمة المرض النفسي عموما، ووصمة الفصام على وجه الخصوص. تنقيف الآباء والمعلمين والأخصائيين النفسيين في المدارس حول العلامات والأعراض الدالة على المرض النفسي لدى الأطفال.
كما ينبغي تقديم الدعم والتدريب لمقدمي الرعاية.	كما ينبغي تقديم الدعم والتدريب لمقدمي الرعاية.	كما ينبغي تقديم الدعم والتدريب لمقدمي الرعاية.	كما ينبغي تقديم الدعم والتدريب لمقدمي الرعاية.	كما ينبغي تقديم الدعم والتدريب لمقدمي الرعاية.

هناك قبول واسع بأن التعافي من الفصام ممكن أن يحدث بدرجة ما - بالرغم من بقاء بعض الأعراض المرضية- وأن بعض من لديهم الفصام من الممكن أن يتعافوا بشكل كامل.^{٢٨,١٠١,١٠٥} فقد أثبتت الأبحاث طويلة المدى بأنه إلى غاية خمسين بالمائة ممن لديهم الفصام من الممكن أن يصلوا في النهاية إلى درجة ما من التعافي.^{٢٨} هذه النظرة المتفائلة نسبياً تتناقض بشكل واضح مع الاعتقاد القديم بأن الفصام يجب أن ينظر له كاضطراب مزمن مع أمل محدود بحياة جيدة .

يتم تعريف التعافي من مرض الفصام بطرق مختلفة. تعتمد المعايير الطبية للتحسن أو التعافي بشكل عام على التغيرات في الأعراض ومقاييس الأداء الوظيفي، والتي يتم تقييمها باستخدام مقاييس تصنيف موضوعية مختلفة؛ وبالتالي، غالباً ما يتم تعريف التعافي السريري على أنه اختفاء الأعراض السريرية جنباً إلى جنب مع مستوى مناسب من الأداء في مجالات الحياة الرئيسية، مثل العلاقات الشخصية (الاجتماعية) والعمل والإنجاز الدراسي والأكاديمي والأنشطة المنزلية والأسرية^{١٠٦,١٠٧}. بالنسبة للشخص المصاب بالفصام، تركز تعريفات التعافي على التقدم إلى ما هو أبعد من التأثيرات النفسية للفصام نحو حياة ذات معنى وجودة في المجتمع.^{١٠٢}

ومن المهم ملاحظة أن رحلة التعافي قادها أساساً أشخاص مصابون بالفصام. ومن وجهة نظرهم، يمكن اعتبار التعافي بأنه عملية نمو ذاتي على الرغم من وجود مرض نفسي؛^{١٩} وبالتالي، يركز التعافي على تحقيق حياة مناسبة ذات قيمة، بدلاً من التركيز فقط على القضاء على الأعراض.^{١٠٨,١٠٩} وبالتالي، فإن الأفراد المصابين بالفصام يعتبرون أنفسهم "يعتبرون أنفسهم في رحلة تعافي ويتعلمون كيف يتعايشون مع الاضطراب بدلاً من كونهم قد تخلصوا من المرض؟ أو تعافوا تماماً؟".^{١٠٢}

إن أهداف التعافي من مرض الفصام يجب أن تتحدد بواسطة المرضى أنفسهم، لأنهم وحدهم من يفهمون تجاربهم بشكل حقيقي. لذلك، يجب أن تكون خطة التعافي موجهة ومحددة وفقاً لاختيارات المرضى وتطلعاتهم الخاصة

التطورات العلمية الخاصة بمرض الفصام

التطورات في مجال التشخيص

يعتمد تشخيص الفصام على معايير تقييم وجود أعراض نفسية مرضية محددة ولفترات محددة، واستبعاد أمراض أخرى^{١٠٩} هذه المقاربة تجعل التنبؤ بالتشخيص وتطور المرض محدود القيمة خاصة في المراحل المبكرة للمرض. حالياً يوجد بعض العلامات الحيوية ذات الصلة لتشخيص الفصام بشكل أبكر^{٤٥, ١٠٩}

- **التصوير العصبي:** ويستخدم للكشف عن التغيرات التي تحدث في المخ
- **المؤشرات الحيوية الطرفية:** فحوصات الدم التي تكشف حالة وطريقة عمل المخ
- هذه المؤشرات تنقسم إلى فئتين
- **المؤشرات الحيوية المستمرة:** وهي العلامات الجينية التي تحدد عوامل الخطر والفوائد المحتملة من التشخيص المبكر.
- **المؤشرات الحيوية المرتبطة بالأعراض:** وهي مفيدة في تقييم تقدم المرض والاستجابة للعلاج

وبالرغم من هذه التطورات الحديثة في إمكانية تحديد المؤشرات الحيوية الجينية والالتهابية ومؤشرات النواقل العصبية والطرفية وأيضاً المؤشرات الأيضية للفصام^{١٠٩} فما زالت المؤشرات السابقة للتشخيص (التي تميز العلامات المبكرة والأعراض غير المحددة للمرض) لم يتم تليبيتها بعد.^{١٠٩} بالإضافة إلى ذلك، لا نزال نفتقر المؤشرات الحيوية المقننة التي تميز مجموعات فرعية للفصام بما يسمح بعلاجات أكثر شخصية^{١١٠}

فيما يتعلق بالمؤشرات الحيوية الجينية والطرفية، فإن فهم الخلفية الجينية للفصام في نمو مستمر. إن الأشخاص المصابون بالفصام يظهرون تغيرات في التعبير الجيني،^{١١١} الاختلافات الجينومية،^{١١٢} وتعدد أشكال النوكليوتيدات المفردة.^{١١٣} ومع ذلك، قد يكون هذا فقط تحديد مجموعة فرعية صغيرة من المرضى (يحتمل أن تكون أقل من ٧٪)،^{١١٤} ما يشير إلى الحاجة إلى مؤشرات إضافية طرفية أو مرتبطة بالوسائل الدماغية الشوكي.

إن النتائج البروتيومية الغير متناسقة^{١١٥} والتغيرات في العلامات المناعية المشتركة بين الفصام والاضطراب ثنائي القطب والاكتئاب^{١١٦, ١١٧} يعني أنه ما زال هناك حاجة لنهج متعدد الوسائط لتحديد الإشارات الإيجابية المصاحبة للمرض بدقة.^{١١٨, ١١٩, ١٢٠}

على الرغم من أن الأهمية الأساسية للعلاقات بين متخصصي الرعاية الصحية والمرضى ضمن نماذج الرعاية تعني أنه من غير المرجح أن تستبدل التكنولوجيا نماذج الرعاية الحالية تماماً، إلا أن التكنولوجيا القابلة للارتداء والمراقبة تبدو واعدة في تعزيز التشخيص ومراقبة تطور المرض.^{١٢٥}

التقنيات القابلة للتطبيق والمراقبة السلبية أيضاً قد أظهرت نتائج واعدة في المساعدة على التشخيص ومراقبة تحسن المرض.^{١٢٦, ١٢٧}

إن منصات مثل (النتائج الصحية من خلال المشاركة الإيجابية والتمكين الذاتي) (HOPES) و (الانتباه العلاجي الجوال للفصام m-RESIST المقاوم للمرض) تستكشف دور الأجهزة القابلة للارتداء في إدارة علاج الفصام.^{١٢٦}

المعلومات الحالية تأتي بشكل رئيسي من دراسات صغيرة تظهر جدوى في السنوات الخمس الماضية، مع تدخلات مثل مراقبة نمط النوم والتتبع الوظيفي لخلل التنظيم اللا إرادي.^{١٢٨-١٣٠}

هناك حاجة إلى مواصلة العمل لتحسين مقارنة النتائج مع أدوات التقييم ذات الصلة سريرياً واعطاء أولوية للتدخلات التي تظهر تحسناً في المخرجات ذات الأهمية للمرضى، مثل مدى أخذ الدواء كما هو موصوف. والتنبؤ بالانتكاسات.^{١٣١} ومع ذلك، تشير الدراسات السابقة إلى أن الشباب الذين لديهم تاريخ من المرض النفسي ينظرون إلى الأجهزة القابلة للارتداء عموماً بشكل إيجابي،^{١٣٢} ويرونها مقبولة دون أن تحفز بارانويا أو شكوكاً معنية نحوها^{١٣٣}

التطورات في مجال الأهداف الجديدة للأدوية والتدخلات المحفزة للمخ

قبل أن نتعمق أكثر في هذا القسم، بالنسبة لأولئك الذين هم ليسوا على دراية بهذا العلم، نريد أن نقدم لهم مقدمة سريعة للمساعدة على استيعاب التقدم في هذا المجال.

الإشارات الكهربائية التي تتدفق عبر أدمغتنا يتم حملها بواسطة خلايا متخصصة تسمى الخلايا العصبية. هذه الإشارات الكهربائية تنقل المعلومات التي تساعدنا على التحكم في طريقة تفكيرنا وتحركنا وخبرتنا العاطفية وغير ذلك من الأفعال. نقل المعلومات بين الخلايا العصبية، التي تحدث في جميع أنحاء أدمغتنا، يمكن تشبيهها بتدفق البضائع حول العالم.

في هذا التشبيه، تعمل الخلايا العصبية لدينا مثل مراكز التعبئة والتوزيع أما الناقلات العصبية يمكن تصويرها على أنها الطرود التي يتم تقاسمها بين هذه المراكز.

عندما يلزم إرسال إشارة من خلية عصبية واحدة إلى أخرى، يتم تحضير وإرسال طرود الناقلات العصبية عبر الفجوات بينهما. إشارات دقيقة يمكن تنظيمها لأن مواقع المستقبلات في مركز التوزيع التالي، أو الخلايا العصبية، مصممة فقط

لقبول طرود معينة ومحددة، وفي هذه الحالة هي الناقلات العصبية. عندما يقبل مركز توزيع آخر طروداً، فإنه يتم نشر تدفق البضائع. هذه الدورة المعقدة من إرسال واستقبال طرود الناقلات العصبية تمكن الإشارات المكونة من عدة أنواع مختلفة من الطرود من التنقل بين مراكز التوزيع عبر الدماغ إلى وجهتهم النهائية بدقة متناهية. هذه الدورة وهذا التوازن يكونوا حساسين للغاية، ومع حدوث اضطراب فإنه يؤدي في بعض الأحيان إلى حالات اضطراب الصحة النفسية مثل الفصام.

الفصام معقد، حيث أن عدة ناقلات عصبية في الدماغ قد تتأثر في توازنها أو نقل المعلومات بين الخلايا العصبية. في مرض الفصام، يعتقد أن الناقلات العصبية المتأثرة هي:

- الدوبامين
- الغلوتامات
- السيروتونين
- أستيل كولين

قد تكون هناك ناقلات عصبية وخلايا عصبية أخرى متأثرة في الفصام، وما زلنا نكتشف دور هذه الناقلات العصبية في أعراض الفصام. تهدف أدوية الفصام إلى تحقيق التوازن في هذه الناقلات العصبية. على مدار العقد الماضي، كان التقدم في فهم وتشخيص وعلاج مرض الفصام بطيئاً. لكن يبدو أننا أخيراً بصدد تحقيق تطورا ذا معنى في العلاج. حيث أنه في المرحلة (الثانية) ٣/٢ من التجارب السريرية، أظهرت الأدوية التي تستهدف توازن الناقلات العصبية والإشارات العصبية نتائج واعدة. على سبيل المثال^{١١٠}

■ **مستقبلات الأسيتيل كولين المسكارينية:** يؤدي تحفيز المستقبلات الذاتية المسكارينية الرابعة (م٤) الي مجموعة من العمليات التي قد تكون مفيدة في علاج أعراض الفصام بما في ذلك تقليل نقل الدوبامين وتعزيز اشارات الجلوتامات العصبية^{١١٠، ١٣٤، ١٣٩}

■ **TAARS** تم ملاحظة أن تنشيط تار-١ (وهو مستقبل مقترن ب ج يتم تنشيطه بواسطة الأمينات النزرة الذاتية/ الداخلية) يعدل النقل العصبي للدوبامين قبل المشبكي وإشاراته وينظم الإشارات الجلوتاماتيرجية^{٩٢، ١١٠، ١٤٠، ١٤١}

تشير هذه الدراسات مجتمعة إلى أن تعديل تار-١ قد يلعب دوراً في الفصام. ومع ذلك، من الضروري إجراء أبحاث إضافية لفهم تأثيرات منبهات تار-١ الكاملة والجزئية بشكل كامل على إشارات الدوبامين والتسبب في مرض الفصام.^{١٤٢}

■ **السيروتونين** الأدوية التي تستهدف السيروتونين ٥-HT2A و ٥-HT2C قد أظهرت نتائج واعدة في علاج الذهان في مرض الشلل الرعاشي (الباركنسون)^{١٤٣} بالإضافة إلى تأثيرات محتملة على الأعراض السلبية للفصام.^{١٤٤} كما أن هناك أدلة أن استعمال الأدوية التي تستهدف السيروتونين ٥-HT2A كأدوية مضافة أو مساعدة يساعد في تخفيف الأعراض الايجابية والسلبية والخلل الإدراكي لمرضى الفصام الذين يستعملون الأدوية المضادة للذهان^{١٤٥}

■ **الغلوتامات:** تغيير الانتقال في مستقبلات الغلوتامات قد يكون له دور في مرض الفصام.^{٤٢} ورغم اخفاق محاولات العلاج الأولية^{٩٢} فإن العلاجات التي تحد من إعادة امتصاص الجليسين^{١٤٦، ١٤٧} أو مؤكسد الحمض الأميني د قد أظهرت إمكانية بعض التحسن في علاج الضعف الإدراكي ما يدعم القيام بمزيد من الأبحاث^{١١٠}

■ **الأدوية مضادة للالتهابات:** قد يكون هناك فائدة محتملة من استعمال الأدوية المضادة للالتهابات كعلاجات إضافية مساعدة. الأدوية المضادة للالتهابات تبدو فعالة في استهداف الالتهابات المصاحبة لمجموعات فرعية من مرضى الفصام والتي قد يكون لها دور في حدوث المرض.^{٣٩، ١٤٨، ١٥٠، ١٥٧} إن استخدام هذه الأدوية كعلاجات مساعدة قد أدى لنتائج واعدة في علاج النوبات الأولى للذهان وفي المرضى الذين لديهم تغيرات مناعية سائدة^{١٤٨، ١٥٢، ١٥٣} الأبحاث المستقبلية سوف تهدف إلى تقييم اتساق هذه النتائج الواعدة.

تُظهر هذه التجارب الاحتمالات المستقبلية للعلاج باستخدام العلاجات التي تستهدف أنظمة الناقلات العصبية المختلفة، أو علاج العمليات الالتهابية، خاصة إذا كان من الممكن دمج هذه الأساليب مع المؤشرات الحيوية لتقسيم المرضى. الأهم من ذلك، أن العديد من العلاجات الناشئة لمرض الفصام أظهرت نتائج إيجابية في مجموعات فرعية من المرضى و/أو في مجالات أعراض معينة، مما يؤكد القيمة المحتملة لاستخدام مقاربات مشخصة للعلاج.

بخلاف التدخلات الدوائية، إن طرق تحفيز المخ غير الاجتياحية والتي تشمل التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة والتحفيز بالتيار المباشر عبر الجمجمة tDCS قد أظهرت أنها ممكن ان تكون تدخلات مساعدة محتملة لمرضى الفصام.^{١٥٤} بالأخص تكرار التحفيز بالتيار المباشر tDCS قد أظهر تخفيفاً للأعراض السلبية والإيجابية^{١٥٥} وأيضاً تحسين الضعف الإدراكي^{١٥٦} المصاحب للفصام.

التطورات في جانب الالتزام بمضادات الذهان

الالتزام في استعمال الأدوية المضادة للذهان يمكن أن يتحسن من خلال فهم أسباب الفرد لعدم الالتزام ومن خلال إشراك المريض في القرارات العلاجية.

علاج الالتزام، الجمع ما بين العلاج السلوكي المعرفي والمقابة التحفيزية، هو إحدى الطرق لضمان التزام أفضل.

وقد أظهرت مراجعة منهجية للتجارب العشوائية التي قيمت فائدة إضافة علاج الالتزام مقارنة بالعلاج كالمعتاد، أن هذه الإضافة لها تأثيراً واضحاً من حيث السيطرة على الأعراض النفسية ولكن أدنى تأثير على الالتزام بالدواء.^{١٥٧} الجمع ما بين الاستراتيجيات التنقيفية والتحفيزية قد يظهر فوائداً نحو الالتزام.^{١٥٨} التدخلات متعددة التخصصات والمفصلة لكل حالة هي الأرجح أن تحقق النجاح،^{١٥٩} أخذاً بالاعتبار جوانب القوة والضعف للطرق المختلفة. قد يشهد المستقبل دوراً للتطبيق عن بعد في تحسين الالتزام، إلا أننا بحاجة لمزيد من التوجيه نحو استخدامه الأمثل.^{١٦٠}

تعد الحقن طويلة المفعول لمضادات الذهان طريقة أخرى لتعزيز الالتزام بالدواء. على الرغم من الأدلة على تحسن معدلات إعادة الاستشفاء والانتكاسات،^{١٦١} لا تزال هناك عوائق تمنع تبني هذه الحقن على نطاق واسع وغالباً ما يقتصر استخدامها على المرضى الذين لديهم عدم التزام ثابت وتاريخ من الانتكاسات.^{١٦٢} يعد تعليم المرضى ومتخصصي الرعاية الصحية أمراً بالغ الأهمية للتغلب على مشكلات الوعي والمعرفة والثقة في وصف الحقن طويلة المفعول^{١٦٢،١٦٣}

ويشمل ذلك فهم الحقن العلاجية الأحدث مع آثار جانبية أقل، تقنيات الحقن الصحيحة وتوقيت الفائدة العلاجية.^{١٦٤} نظراً لكون ما يفضله المريض أمراً حيوياً، وأن الحقن العلاجية قد ينظر إليها على أنها قسرية، فإن تبنيها مبكراً كتدخل علاجي قد يشجع تقبل المريض لها.^{١٦٣}

بالإضافة لذلك، فإن مراجعة منهجية لارشادات الممارسة السريرية أظهرت أن تقريباً جميعها (١٩/١٨، ٩٤.٧٪) تذكر الحقن طويلة المدى ٥ منها (٢٧.٨٪) توصي باستخدام هذه الحقن لنوبة الفصام الأولى.^{١٦٥}

وجدت دراسة استقصائية أجراها التحالف العالمي لشبكات الدفاع عن الأمراض النفسية في أوروبا أن كونك عضواً في منظمة للمرضى أو مجموعة مساعدة داخلية له تأثير إيجابي على الالتزام.^{١٦٦} كما أن التعاون الوثيق مع مقدمي الرعاية وتوفير التنقيف الشامل يمكن أن يمنع الانتكاسات ويدعم الالتزام.

****يتطلب "الالتزام" مشاركة المريض وشراكة فعالة مع مقدم الرعاية الصحية، بينما يتعلق "الامتثال" أكثر باتباع التوجيهات.**

أهمية التدخل المبكر

يتزايد عدد المقالات الدولية التي تشير إلى تقييم التجارب العشوائية لفوائد التدخل المبكر لعلاج الذهان. ^{١٧٢-١٧٥} علاوة على ذلك، أظهرت الدراسات الطويلة، التي تتابع مرضى الفصام لمدة ١٠ سنوات بعد نوبتهم الأولى، أن السنة الأولى تُعد فترة رئيسية للتدخلات الوظيفية والاجتماعية لدى هؤلاء المرضى. وقد ثبت أن للتدخلات المعنية بالأداء الاجتماعي خلال هذه المرحلة تؤدي إلى تحسن النتائج طويلة المدى لهؤلاء المرضى، مما يُغيّر مسار المرض بعيداً عن الإعاقة. وهذا يسلط الضوء على أهمية المساندة المبكرة للمريض من خلال تدخلات متعددة الأوجه في إدارة مرض الفصام. ^{١٧٦} وقد وجدت الأبحاث أن مزيجاً من العلاج الدوائي، والعلاج النفسي، وإدارة الحالة يُعد الأمثل لتحسين النتائج في الذهان المبكر، وخاصة في الحد من تقليل الأعراض الذهانية وتعزيز الأداء الاجتماعي. كما أظهرت دراسة حديثة أن التدخلات النفسية ذات فعالية من العلاج الدوائي وحده في تقليل الأعراض السلبية لمرض الفصام بعد ٣ أشهر والأعراض الإيجابية بعد عام واحد. كما وجد أن إدارة الحالات أكثر فعالية عن العلاج الدوائي وحده في تقليل الأعراض السلبية والإيجابية بعد عام واحد.

إشراك المريض في القرارات العلاجية

ينبغي مناقشة الخيارات العلاجية والموافقة عليها من قبل المريض، والذي لديه الحق بأن يكون على دراية تامة بحالته المرضية والعلاجات المتاحة. يضمن هذا النهج التعاوني، الذي يضع موافقة المريض وفهمه في صميم العملية العلاجية، يضمن تعافياً أكثر فعالية وأخلاقية. ومع ذلك، من المهم ملاحظة أنه في الحالات التي قد يشكل فيها المريض خطراً على نفسه أو على الآخرين، قد لا يكون هذا النهج مناسباً دائماً. هناك عوامل أخرى، مثل تسهيل إخراج الفرد من بيئة مرهقة نفسياً إلى بيئة يشعر فيها بالأمان، يمكن أن تلعب أيضاً دوراً رئيسياً في التعافي. ^{١٧٨}

ينشأ الفصام نتيجة تداخل متعدد الأوجه بين العوامل البيولوجية والجينية والبيئية (انظر الشكل ٢: أسباب الفصام). ^{٣٨-٣٤} وبالتالي يتطلب علاجه مزيجاً من العلاجات الدوائية والتدخلات النفسية الاجتماعية بالتزامن مع الاهتمام الدقيق بالصحة البدنية وعلاج الأمراض المصاحبة. من الجدير بالذكر أن تحقيق التحسن ممكن حتى في غياب بعض هذه المكونات فلعلاج تراكمي - كلما فعلنا المزيد، من الصواب، زاد التحسن

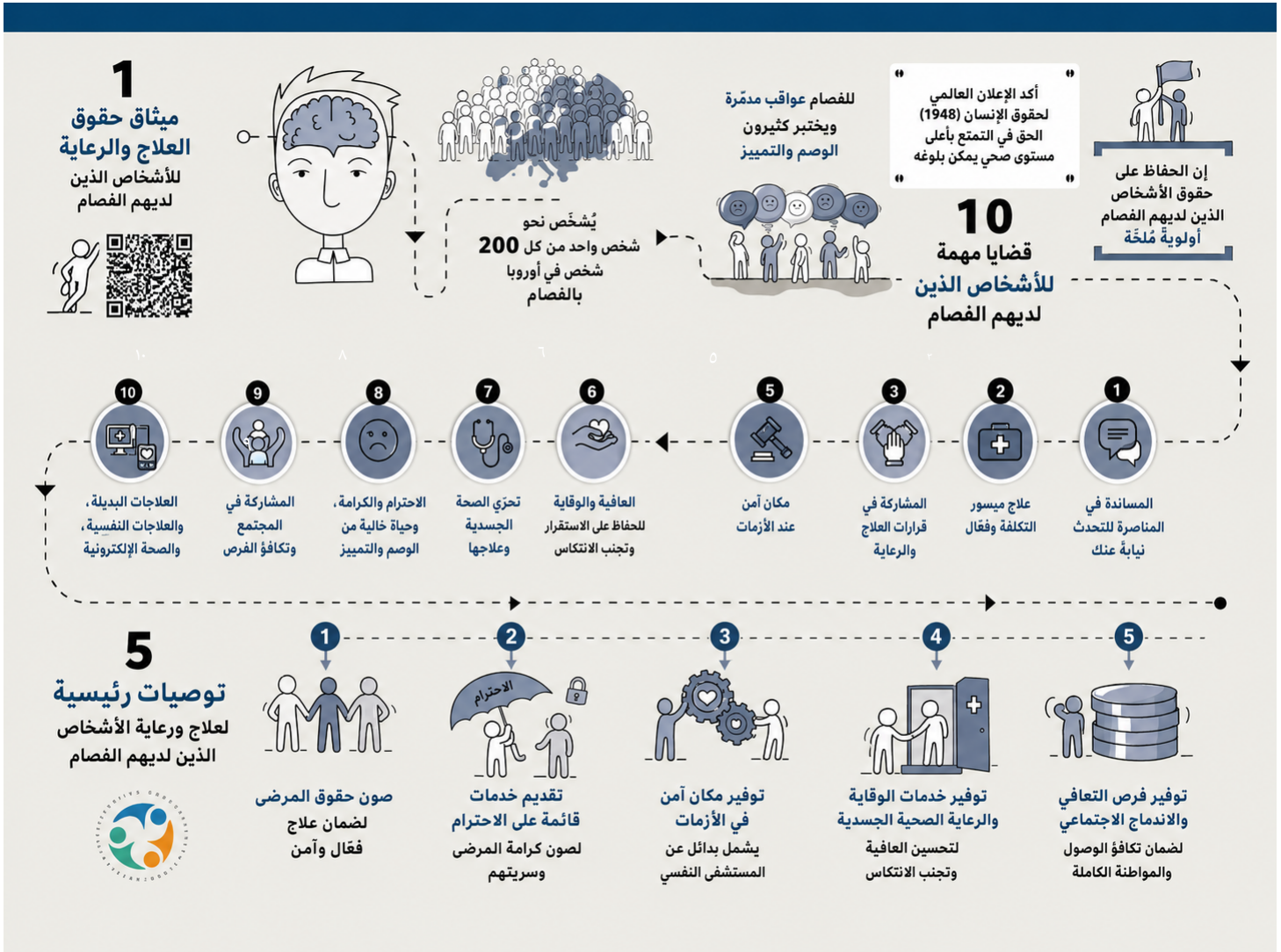
علاج الفصام

تشكل الأدوية المستخدمة في علاج أعراض الفصام والمعروفة بالأدوية المضادة للذهان حجر الأساس في علاج الفصام. ^{١٦٧} إلا أن الأدوية التقليدية المستخدمة في علاج الفصام تقدم فقط السيطرة على الأعراض وليس الشفاء. ^{١٦٨} التدخلات النفسية الاجتماعية لا تبدأ غالباً حتى تتم السيطرة على الأعراض المرضية رغم أن الأدوية لا تعمل على حده لتحسين الأعراض. علاوة على ذلك، فإن هناك بعض الأدلة العلمية على أنه ليس كل مرضى الفصام يحتاجون دواء للمدى البعيد. ^{١٦٩} إن تحديد المرضى الذين لم يعودوا بحاجة إلى الدواء أمر صعب للغاية ولا بد أن يتم بشكل صحيح.

علاج الأمراض المصاحبة

بالإضافة إلى ذلك، فإن وجود أمراض جسدية مصاحبة أمر شائع لدى مرضى الفصام ويجب أن يتم علاجها جنباً إلى جنب مع الأعراض النفسية. مرضى الفصام لديهم نسبة خطورة أعلى للإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية مقارنة بعامّة الناس، ^{١٧٠} ما يسبب ١٧,٤٪ من الوفيات المبكرة لمرضى الفصام. ^{١٧١} لذا، يجب أن يكون الطبيب النفسي جزءاً من فريق متعدد التخصصات، يتكون من الصحة النفسية وغيرها من الأطباء ومقدمي الخدمات الاجتماعية والوكالات الأخرى ذات الصلة (مثل سلطات الإسكان ووكالات التوظيف)

الشكل ٨، ميثاق منظمة جاميان يوروب لحقوق العلاج والرعاية لمرضى الفصام^{٩٩}



١. الحفاظ على حقوق المرضى ومستحقاتهم وتوقعاتهم فيما يتعلق بالعلاج والرعاية الآمنة والفعالة
٢. إنشاء خدمات الصحة النفسية التي تحترم المرضى وتحافظ على كرامتهم وسرية معلوماتهم.
٣. توفير مساحة آمنة قبل وأثناء نوبة أزمة، بما في ذلك بدائل للمستشفيات النفسية.
٤. ضمان توفير سبل الوقاية من الانتكاس وتأمين التدخل المبكر وتدخلات الرفاهية والفحص والرعاية الخاصة بالصحة البدنية.
٥. توفير أنشطة التعافي والإدماج الاجتماعي المفيدة بما في ذلك التوظيف والأنشطة التطوعية وغيرها من الأنشطة المفيدة ذات القيمة.

عام ٢٠١٩ أصدرت منظمة (جاميان يوروب) **"ميثاق حقوق العلاج والرعاية لمن لديهم الفصام"**^{٩٩} وقد تم تطويره بالتعاون مع أفراد يعيشون مع الفصام ومتأثرين به. الهدف من الميثاق كان تحديد حقوق الرعاية والعلاج النفسي، ومسؤوليات الحكومات ومقدمي الخدمات تتضمن التوصيات الرئيسية للميثاق ما يلي^{٩٩}

علاجات الفصام: الأدوية المضادة للذهان

الفوائد المحتملة والحدود الحالية للأدوية المضادة للذهان

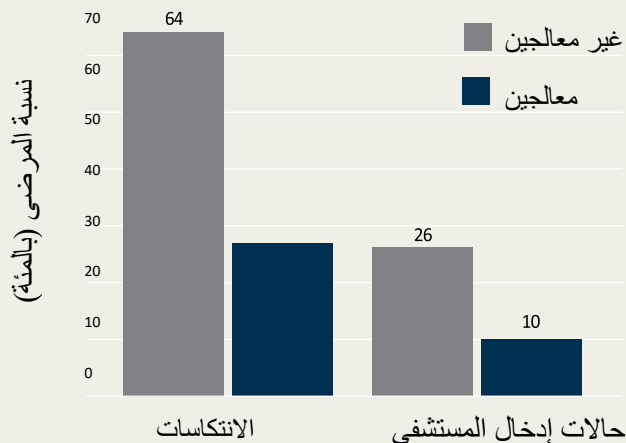
غالبية الأدوية المضادة للذهان المتوفرة تعمل على حجز ناقل عصبي يدعى الدوبامين في المخ. بدأ العلاج بمضادات الذهان مبكراً قد يؤدي إلى تحسن ملحوظ ومستمر على فترة ٥ سنين. الاستمرارية في العلاج والعلاجات طويلة المدى قد أظهرت القدرة على تقليل نسبة الانتكاسة في مرضى الفصام. بالرغم من ذلك، فإن الأدوية غالباً ما لا يتم صرفها مبكراً، حتى تستدعي شدة الأعراض اللجوء إلى خدمات الصحة النفسية

للأدوية المتوفرة حالياً قيود مهمة، فنسب الاستجابة حوالي ٣٠٪^{١٩} ونسبة التعافي التام تقل عن ١٥٪^{١٦} فيما بين ٢٠٪ و ٥٠٪ من الحالات لا يلحظ تحكم بأعراضهم^{١٨} وهي قد لا تسيطر على الأعراض الايجابية للفصام لدى ٢٠-٥٠٪ من الحالات، والملاحظ أنها لا تعالج الأعراض السلبية أو القصور المعرفي بشكل ملائم^{١٢،٩٢،٩١}. يعد ذلك محور اهتمام رئيسي لأن الأعراض السلبية تسبب عائق في وجه العيش المستقل للمرضى لتأثيرها على قابلية العمل وإدارتهم لمهامهم اليومية بالإضافة إلى ارتباطاتهم الاجتماعية^{١٢،٣٢،١٨١،١٨٢}. يرتبط ضعف الأداء بشكل أكبر بالأعراض السلبية عن الإيجابية^{١٨٣}.

يؤثر الضعف الإدراكي على مختلف الوظائف مثل الطلاقة اللفظية، الذاكرة، الانتباه، سرعة المعالجة، ترتيب المهام واتخاذ القرارات^{١٦٧،١٧٩}. يظهر هذا الضعف عادة قبل سنوات من ظهور نوبة الذهان الكامل^{١٦٧،١٨٤}. يبدو أن أي تحسن يُلاحظ في الضعف الإدراكي بسبب الأدوية المضادة للذهان الحالية يرجع إلى تحسن الأعراض الأخرى، وليس نتيجة تأثير مباشر على الإدراك^{١٢،١٨٤،١٨٥}. ويرى البعض بأن العلاج الفعال للأعراض الإدراكية يُعد الأولوية الأكثر أهمية في العلاج الدوائي للفصام^{١٧٩}.

يظهر العديد من المرضى استجابة جزئية فقط للعلاج. وحتى عند تحقيق التعافي (التحسن الكامل)، يظل عدد قليل من الأشخاص خاليًا تمامًا من الأعراض^{١٦٧،١٧٩}. بالإضافة إلى ذلك، يُظهر ما يصل إلى ثلث مرضى الفصام استجابة ضعيفة للأدوية المضادة للذهان

الشكل ٩، يقلل العلاج طويل الأمد بالأدوية المضادة للذهان، العلاج الاستمراري، بشكل ملحوظ من عدد الانتكاسات خلال ٧ إلى ١٢ شهراً، ومن عدد حالات إدخال المستشفى لدى مرضى الفصام، مقارنة بالدواء الوهمي، استناداً إلى تحليل مجمع لبيانات ٦٥ تجربة سريرية^{١٠}.



الجدول ١، الفوائد المحتملة والحدود الحالية للأدوية المضادة للذهان

الفوائد	القيود
تقليل الأعراض الإيجابية	فعالية محدودة تجاه الأعراض السلبية
علاج النوبات الحادة	قصور في علاج الضعف الإدراكي
خفض احتمالية الانتكاس	آثار جانبية مزعجة أو مشكلات في تحمل الدواء
توفير الاستقرار وإتاحة أساس يمكن البناء عليه لتقديم علاجات أخرى	انخفاض تقبل بعض المرضى للعلاج
تقليل العدوانية والعنصرية	ضعف الالتزام بالعلاج
تقليل السلوك الانتحاري	تصورات سلبية

للاطلاع على وصف الأعراض، انظر: الشكل 1: أعراض الفصام***

لمضادات الذهان عدد من الاعراض الجانبية. (جدول ٢) ١٩٦-١٩٩ قد تؤثر بشدة وقد تحد من الالتزام بالعلاج مؤثرة بذلك على احتمالية التعافي. تختلف الأدوية في أعراضها الجانبية لكن الأكثر شيوعا هي الاعراض الحركية، الاضطرابات الايضية والهرمونية.

الالتزام بالعلاج في حالات الفصام منخفض في اغلب الأحيان موافقا لما يقارب ال ٥٠٪^{٢٠١٢،٢٠٠١}. توقف العلاج قد يؤدي الى عواقب جدية منها الانتكاسة واعراض متلازمة الانسحاب، لذلك التقييم السريري الدقيق والمفصل مهم في كل الحالات. لاحظت الدراسات أن معدل الانتكاسات المتكررة عقب توقف مضادات الذهان يتراوح ما بين ال ٧٧٪ وقد يفوق ال ٩٠٪^{٢٠٢}، وقد كان عدم الالتزام بالدواء هو العامل المشترك. عدم الالتزام بالدواء يعتبر مفهوم معقد لارتباطه بسلوكيات المريض، الوصمة، العوامل المرتبطة بالنظام الصحي والصعوبات الاكلينيكية والعلاجية^{٢٠٤}. إضافة لذلك، فالمرضى ممن لديهم أمراض نفسية رئيسية معرضين لعدم الالتزام نتيجة لفقدان البصيرة بالمرض وقصر التفكير المنطقي^{٢٠٥}. الأشخاص الذين يستجيبون جيدا للدواء قد يكونون هم الأكثر استفادة من استمراريته ومن العلاجات النفسية الاجتماعية التي تلي ذلك^{٢٠٦،١٢}. تنصح اغلبيية الإرشادات العلاجية بالالتزام بمضادات الذهان لمدة لا تقل عن ٦ أشهر الى سنتين بعد النوبة الذهانية الأولى^{٢٠٧،١٥،١٢}

وقد يطور البعض مرض الفصام المقاوم للعلاج^{١٢}. تُعد مقاومة العلاج أمراً شائعاً^{١٨٦}، وفي حوالي ١٠٪ من الحالات، تصبح واضحة بعد النوبة الأولى^{١٢}. يمكن تحسين الأعراض لدى بعض المرضى المصابين بالفصام المقاوم للعلاج^{١٨٨،١٨٧}. تتطلب هذه الحالات^{١٨٩، ١٩١} إدارة دقيقة ومتخصصة مع مراقبة مستمرة، وقد يساعد التدخل في الوقت المناسب في تجنب العلاج المطول بأدوية غير فعالة. ادراج الكلوزابين في الارشادات الوطنية والدولية للعلاج يعكس قابليته لأن يكون علاجاً فعالاً للجوانب السريرية للفصام^{١٩٢}. أو تأخير استخدامه لعدة سنوات^{١٩٣}، مما يؤدي إلى انخفاض نسبة المرضى الذين يتلقون الدواء و/أو تأخير لعدة سنوات قبل استخدامه. أبرزت المراجعات المنهجية للدراسات السابقة الحاجة إلى التعليم والتدريب إلى جانب استخدام الفرق متعددة التخصصات التي يمكنها تقديم رعاية متكاملة كطرق محتملة لمواجهة هذه التحديات^{١٩٤،١٩٣}. قد تكون هناك حاجة إلى تكيفات على مستوى الموصفين الفرديين وأنظمة الرعاية الصحية، في حين أن التوسع في استخدام التكنولوجيا وتطوير فوائده مراقبة سريرية قد يفيد أيضاً^{١٩٥،١٩٤}.

الجدول ٢، الآثار الجانبية المزمنة المحتملة للأدوية المضادة للذهان الحالية ١٩٦ إلى ١٩٩

أعراض حركية	- بطء الحركة وتيبسها والرعاش، أعراض شبيهة بمرض باركنسون - توتر عضلي غير طبيعي أو تشنجات عضلية، خلل التوتر العضلي - حركات لا إرادية، خلل الحركة المتأخر - شعور ذاتي بعدم الارتياح مع حركات تملل، الأكاثيزيا
تغيرات أيضية	- ارتفاع مستويات سكر الدم - ارتفاع مستويات الكوليسترول - ارتفاع مستويات الدهون الثلاثية - زيادة الوزن
أعراض ناجمة عن تغير مستويات الأستيل كولين	- جفاف الفم - تشوش الرؤية - بطء معدل ضربات القلب عن المعتاد - الإمساك
تغيرات فسيولوجية	- انخفاض ضغط الدم - اضطراب نظم القلب، إطالة فترة QT وQTc - النعاس، التهذنة - تشنجات - تغيرات في مستوى هرمون البرولاكتين، وقد تؤدي إلى خلل وظيفي جنسي

وقد أظهرت أنواع أخرى من العلاجات وعودا مبشرة أيضا. (الجدول ٣)١٩ العجز المصاحب للفصام عادة ما يكون واسع النطاق، لذا يمكن دمج العلاجات الاجتماعية النفسية لاستهداف المشاكل المختلفة. على سبيل المثال، يمكن لتدريب المهارات الاجتماعية ان يقدم كجزء من برنامج مدمج يحتوي كذلك على التنقيف النفسي العائلي والعلاج للتأهيل المعرفي والعلاج السلوكي المعرفي.١٩

للعلاجات النفسية الاجتماعية دور مهم في علاج الفصام. تهدف هذه العلاجات الى تحسين أداء المريض في المجتمع والذي بدوره قد يؤدي الى تحسنه اكلينيكيًا، مثل انخفاض في عدد الانتكاسات أو فترات دخوله للمستشفى. توجد مسبقا أدلة جوهرية تدعم فوائد العديد من هذه العلاجات في حالات الفصام، منها كل من العلاج السلوكي المعرفي للذهان، والعلاج المعرفي التصحيحي والتدريب على المهارات الاجتماعية.١٥، ١٩، ٢٠، ٢١

الجدول ٣، ثبت أن كثيرا من التدخلات النفسية الاجتماعية تحسن النتائج لدى مرضى الفصام، وهو الطب المبني على البراهين، كما يجري تطوير وتقييم تدخلات أخرى، وهي طرق واعدة.١٩، ٢٠، ٢١

طرق قائمة على الدليل	طرق واعدة
- العلاج المجتمعي الحازم - العلاج المعرفي السلوكي للذهان - التصحيح المعرفي - العلاج الأسري، والتنقيف النفسي - دعم الأقران واستراتيجيات المساعدة الذاتية - تدريب المهارات الاجتماعية - التوظيف المدعوم - علاج متكامل لاضطراب تعاطي المواد المصاحب	- العلاج التكميلي المعرفي - تدخلات نمط الحياة الصحي - تدخلات تستهدف كبار السن - التدخل في المرحلة البادرية - تدريب الإدراك الاجتماعي - إعادة التأهيل الاجتماعي، نموذج كلوب هاوس

العلاج المجتمعي الحازم

تشير بحوث مختلفة من دول عديدة الى أن العلاج المجتمعي الحازم يؤدي الى تقليل نسب التشرد والتنويم في المستشفيات مقارنة بالرعاية القياسية. أشارت التحاليل السابقة الى أن المرضى الذين يتلقون العلاج المجتمعي الحازم أكثر احتمالية للقدرة على العيش باستقلالية كما أن العلاج يقلل من نسب التشرد.٢١ بالإضافة لادلة على قدرة العلاج بتوفير خيار فعال من ناحية التكلفة ريثما يقلل من متوسط مدة الإقامة في المستشفى ونسب تكرار الدخول لها.٢١

بالرغم من قدرة العلاج المجتمعي الحازم على مساعدة مرضى الفصام للعيش باستقرار في المجتمع، فإن الأدلة تشير الى محدودية تأثيره على مخرجات أخرى مثل الاعراض الأساسية للمرض، الأداء الاجتماعي، التوظيف او الاعتقالات والسجن.٢١، ٢٢

تم تطوير نموذج العلاج المجتمعي الحازم لاستهداف الزيادة في معدلات الانتكاسات واقامات المستشفى للعلاج التي تبعت التغيير من العلاج المؤسسي للعلاج المجتمعي في الولايات المتحدة الأمريكية في ١٩٨٠. استهدف هذا النهج مجموعة من المرضى المستخدمين للخدمات الصحية بكثرة، ويتكون من فريق متعدد التخصصات يعمل في المجتمع لتقديم نطاق من الخدمات كإدارة الادوية، الدعم الفعلي (مثال، السكن) وإعادة التأهيل. يتسم بالتواصل الدوري مع المرضى وقلة نسب المرضى لطاغم العمل، ما يزيد المتطلبات على موارد الرعاية الصحية بشكل أساسي.٢٠، ٢١. ولكن، لهذا التدخل وغيره من العلاجات النفسية الاجتماعية، فإن قضاء المزيد من الوقت مع المرضى قد يساهم بحد ذاته في النتائج الايجابية

‡ العلاج المعرفي السلوكي، علاج بالكلام يساعد الأشخاص على تدبير مرضهم من خلال تغيير طريقة تفكيرهم ومشاعرهم

العلاج المعرفي السلوكي للذهان:

قد تستمر الأعراض الذهانية بالرغم من العلاج بمضادات الذهان ما يخلق حاجزاً ضد التعافي.^{١٩} يهدف العلاج السلوكي المعرفي للأعراض الذهانية إلى تقليل حدتها والضيق الناتج عنها. وقد أظهرت دراسات عديدة أن هذا النهج يحسن من الأداء الاجتماعي، ويقلل كل من الأعراض الإيجابية والسلبية للمرض مع تقليل اضطرابات المزاج مقارنة بالمجموعات المرجعية التي لم يقدم لها هذا العلاج.^{١٩، ٢١٢} إلا أن هناك دراسات أخرى لم تظهر مثل هذا التحسن وتأثير العلاج المعرفي السلوكي على مخرجات مثل فترات الدخول للمستشفى، الاكتئاب، الانتحار أو مدى البصيرة بالمرض لم يتم إثباته بوضوح.^{٢٠٨} إحدى المراجعات المنهجية أستنتجت أنه ليس للعلاج المعرفي السلوكي أفضلية واضحة على أنواع العلاجات النفسية الاجتماعية الأخرى مثل العلاج الأسري أو التنقيف النفسي.^{٢١٣}

التصحيح المعرفي:

برامج التصحيح المعرفي تحتوي عادة على تمارين مخصصة لتحسين جوانب معينة من الإدراك، عادة ما تدمج مع استراتيجيات تدريب لتحسين أداء هذه التمارين، وقد تحتوي كذلك على استراتيجيات للتأقلم مع الضعف المعرفي.^{١٩} أظهرت معظم الدراسات أن هذا التدخل العلاجي فعال في تحسين الإدراك المعرفي ولكن تأثيره على الأداء النفسي الاجتماعي يتفاوت.^{١٩٠، ٢١٤، ٢١٥} لمناهج التصحيح المعرفي أشكال مختلفة والدراسات القوية محدودة في هذا المجال.^{٢٠٨} يقال أن التصحيح المعرفي يحفز تأثير العلاجات النفسية الأخرى عن طريق تحسين القدرة على اكتساب مهارات جديدة.^{١٩} علاوة على ذلك، هناك أدلة محدودة جداً تشير أن العلاج قد يحمي من الفصام (مرتبط بفقدان المادة الرمادية في المخ على فترة سنتين)^{٢١٦} ويحسن عدد ووظائف اتصالات الخلايا العصبية في المخ.^{٢١٧}

التنقيف النفسي العائلي:

يعيش العديد من مرضى الفصام مع أهاليهم ولذا يلعب العلاج الأسري (المعروف أيضاً بالتنقيف النفسي) دوراً كبيراً في تعزيز التعافي.^{٢١٨، ٢١٩} إن عملية تنقيف الأفراد والأسر عن طبيعة المرض وأعراضه تمكنهم من تطوير استراتيجيات تكيف مرنة، الاستفادة من قوتهم وتعلم العناية الذاتية. يصبح المريض المثقف وأسرته أفضل قدرة على اتخاذ القرارات المشتركة. يوفر التنقيف النفسي أيضاً فرصة قيمة لمرضى الفصام وأسرهم والمهنيون الصحيون لتبادل الرؤى حول تجاربهم الشخصية مع الفصام والرعاية المتوفرة. من الجدير بالذكر أن للأسر القدرة على توفير الاستمرارية لمرضى الفصام حتى إن تغير المهنيون الصحيون المسؤولون عن رعايتهم.

يهدف العلاج الأسري/التنقيف النفسي لتعزيز التعاون بين أفراد الأسرة والمهنيون الصحيون. أظهرت الدراسات باستمرار فعالية نهج التنقيف النفسي الأسري في تقليل الانتكاسات وإقامات المستشفى، وإلى حد ما تحسين التواصل الاجتماعي. يوجد أيضاً أدلة تشير إلى استمرارية هذه الفوائد خلال العلاج طويل الأمد (٥ سنوات).^{٢٢١} أظهرت واحدة من التحليلات المبكرة أن الانتكاسات وإقامات المستشفى قد تقل بنسبة ٢٠٪ في حالة تضمين العائلات في العلاج مقارنة بالرعاية المعتادة. في دراسة أخرى، كانت معدلات الانتكاسة في فترة السنتين ٤٠٪ للمرضى الذين تلقت عائلاتهم الدعم العلاجي النفسي مقارنة بـ ٧٥٪ لمن لم يتلق المساعدة. تظهر فوائد أعظم للتنقيف النفسي الأسري فيما يبدو في حالات النوبة الأولى للذهان أو من تم تشخيصهم بالفصام حديثاً.^{٢٢٣} علاوة على ذلك، تمتد فوائد التنقيف النفسي أيضاً إلى أفراد الأسرة الذين يذكرون قلة في مستويات الضيق وتحسن العلاقات الأسرية وتعزيز التكيف والتمكين.^{٢٢١، ٢٠٨، ٥٤}

التنقيف النفسي الجماعي متعدد العائلات:

يعتبر التنقيف النفسي الجماعي متعدد العائلات طريقة أخرى مفيدة من طرق التدخل العائلي. يقود الموظفون المدربون في هذا النموذج مجموعة من الأشخاص الذين شخّصوا بالفصام وعوائلهم، حيث يتلقون معلومات عن مسار وعلاجات الاضطرابات الذهانية.^{٢٢٤، ٢٢٥} يتم تدريبهم أيضاً على مهارات حل المشاكل والمصممة لمساعدتهم على مواجهة تحديات العيش مع أو رعاية من لديه اضطراب ذهاني.^{٢٢٦، ٢٢٧} يمكن للنهج متعدد الأسر أن يقلل من معدلات الانتكاسة بقدر أكبر من التنقيف الأسري المنفرد والذي يحد ذاته يحسن نسب الانتكاسة بشكل أكبر عن العلاج دون التنقيف الأسري.^{٢٢٤ - ٢٢٧} علاوة على ذلك، إضافة العلاج التنقيفي الجماعي/متعدد الأسر لمضادات الذهان قد يضاعف حجم التأثير للأدوية بمفردها.^{٢٢٦، ٢٢٧}

نقياً لذلك، فإن تقديم المعلومات يمكن أن يزيد من "الوصمة الذاتية" لدى مرضى الفصام، مشكلاً لهم توقع كل من التحيز والتمييز.^{٦٤، ٢٢٨، ٢٢٩} مع ذلك فيعتبر التنقيف الصحي المدعم بمضادات الذهان المناسبة والعلاجات النفسية العلاجية على المدى البعيد فعالاً في تقليل العبء الذي يشعر به مرضى الفصام وذويهم.^{٢٢١}

التوظيف المدعوم

على سبيل المثال كما ورد في (إطار التقييم لتطبيقات الصحة النفسية الصادر عن لجنة الصحة النفسية الكندية، أو دليل مقدمي الخدمات الصادر عن الحكومة الأسترالية) يعتبر امرا بالغ الأهمية في هذا السياق. لا يقتصر عمل هذه الأطر على المساهمة في سلامة وجود تطبيقات الصحة النفسية بل إضافة الى ذلك التبعات الأخلاقية لاستخدامها. إضافة الى ذلك فتوجد حوجة ماسة لمعايير تنظيمية واضحة لإدارة ممارسات الطب عن بعد، مع ضمان امتثالها للمعايير الطبية والحفاظ على حقوق المريض. بالرغم من الفوائد الكبيرة التي تقدمها خدمات الطب عن بعد في رعاية حالات الصحة النفسية مثل الفصام، فالصعاب الأخلاقية والتنظيمية تحتاج التعامل معها بحذر لادراك امكانياتها الكاملة بطريقة مسؤولة وموجهة نحو المريض .^{٢٣٥}

دعم الأقران واستراتيجيات الدعم الذاتي

يمكن لمرضى الفصام ان يقدموا رؤى قوية وبلاغية لحالتهم. نتيجة لذلك، فلتدخلات التي يقودها الاقران مكانة مهمة في رعاية حالات الفصام، فلذلك روج لهذا النهج بنشاط^{٢٣٧،٢٣٨،٢٣٩}. للأقران دور نشط في مجموعات الدعم المتبادل او المناصرة^{٢٤٠،٢٤١}. المجموعات التي يقودها الأقران مثل التحالف الوطني للمرض العقلي EUFAMI ، (NAMI) و GAMIAN-أوروبا، يعملون مع بعضهم لمساعدة انفسهم ومن يهتمون بهم أيضا. هذه المجموعات قادرة على تقديم الدعم في مجالات عدة. (جدول ٤)^{٢٣٧}

الجدول ٤، مجالات يمكن لمجموعات دعم الأقران ومجموعات المناصرة من خلالها تقديم الدعم لمرضى الفصام^{٢٣٧}

■ البيئة الاجتماعية
○ تقديم تغذية راجعة حول الوضع الحالي والتجارب
■ معلومات التثقيف النفسي
■ مضادات إدراكية وبيئية
○ المعتقدات والمواقف التي تحدد أنشطة أعضاء المجموعة
○ يعد نموذج التعافي مثلا على مضاد إدراكي يمكنه تغيير موقف الفرد تجاه مرضه
■ تثقيف المريض والأسرة

أثبتت فرص التوظيف المناسبة تحسنا في الحالة العاطفية والنفسية لمرضى الفصام في المجتمع^{٢٣٠}. لمرضى الفصام الذين تعرضوا لنوبات ذهانية، قد تكون بعض الوظائف أقل مناسبة لحالتهم وبامكانهم الاستفادة من الدعم من الطبيب النفسي لارشادهم وظيفياً.

يعتبر فقدان الوظيفة من أكبر مسببات مشكلة عقبة التكلفة في الصحة النفسية على المجتمع^{٢٣١}. تساعد برامج التوظيف المدعومة الأفراد على الانضمام او إعادة دخول القوى العاملة^{٢٣١}. تتبنى هذه البرامج طرق "التوظيف والتدريب"، مؤكدة على المنافسة الوظيفية كهدف واستمرارية المحافظة على التوظيف. نهج التوظيف والدعم الفردي (IPS) هو برنامج فرعي من التوظيف المدعوم^{٢٣١}، موجه بثمانية مبادئ أساسية منها خبراء توظيف مدمجين في خدمات الصحة النفسية الذين يلعبون أدواراً وسيطة للتنسيق بين اختيارات الباحثين عن الوظائف مع الموظفين في سوق العمل التنافسي والبدا في عمليات بحث سريعة للتوظيف التنافسي^{٢٣١}. تشير المراجعات المنهجية إلى أن تدخلات التوظيف المدعوم، وبخاصة نهج IPS، فعالة للغاية في مساعدة الأشخاص ممن لديهم المرض النفسي على العمل^{٢٣١}.

الطب عن بعد

الطب عن بعد والذي يشمل أدوات مختلفة مثل المكالمات المرئية والمندديات الالكترونية، التطبيقات، الرسائل النصية، رسائل البريد الالكتروني، قد أصبحت ذات أهمية كبيرة في الرعاية النفسية الصحية، وقد برزت فعاليتها خاصة وقت فترات العزل اثناء جائحة كوفيد-١٩ . مكنت هذه التكنولوجيا الوصول المرن للخدمات النفسية لمن لديهم الفصام سواء من منازلهم أو من المرافق المتخصصة^{٢٣٢}.

في حين أن سهولة الوصول إلى وسائل الطب عن بُعد وراحته تُعدان أمرين لا يُقدّران بثمن في الرعاية المستمرة للفصام، خاصة لمن يعاني من قيود جغرافية او جسدية تحد من وصولهم لفرق الصحة المتابعة، فإنه يبرز أيضًا العديد من القضايا الأخلاقية والتنظيمية التي لم تُحل بعد. من هذه المشاكل خصوصية المريض وسرية البيانات، خصوصا نسبة لطبيعة حساسية المعلومات النفسية. الحاجة لأطر قوية

تم اقتراح ان استراتيجيات دعم الاقران في الصحة النفسية قد قللت من عدد الاسرة المستخدمة في الولايات المتحدة الامريكية وأستراليا، ما نتج عنه تقليل للتكاليف يفوق تكلفة التدخل.

التدريب على المهارات الاجتماعية

عند مرضى الفصام، الصعوبات في الوظائف النفسية الاجتماعية تتعلق باختلال المهارات الاجتماعية والذي قد يظهر قبل بداية المرض ويستمر في حالة لم يتم معالجته^{١٩}. تدريب المهارات الاجتماعية من شأنه أن يحسن المهارات الاجتماعية ومهارات الحياة اليومية، الوظائف المجتمعية ونواحي أخرى في التعامل الاجتماعي. لهذا النهج تأثير بسيط ولكن مهم في نسب الانتكاسة^{٢٠٩، ٢٤١} قلة التركيز عند مرضى الفصام قد تحد من قيمة تدريب المهارات الاجتماعية الى حد ما^{٢٠٩} ومع ذلك فإن علاج تشكيل الانتباه والتصحيح المعرفي (استراتيجيات لتحسين الانتباه والأداء المعرفي) يبدو مفيداً في اكتساب المهارات الاجتماعية لمرضى الفصام^{٢٤٢}.

في تقرير من لجنة الفصام في المملكة المتحدة، عرف ٤٨٪ من مرضى الفصام استراتيجيات الدعم الذاتي كعامل مهم في تعافهم^{٥٤}. أهمية تدخلات دعم الاقران قد ابرزتها تجارب برنامج خطة الرفاهية والتعافي الذي يمثل معلماً مهماً في تطبيق استراتيجيات الدعم الذاتي للفصام. أظهر هذا البرنامج تحسناً في الاعراض، نسبة الامل وجودة الحياة مقارنة مع الرعاية القياسية للمرضى ذوي الامراض النفسية الشديدة والمزمنة^{٢٣٨}. لمثل هذا الدعم القدرة على تحسين رفاهية المرضى وجودة حياتهم بشكل كبير ويوجب توفره لجميع مرضى الفصام. يوجد أيضاً ادلة على فائدة استراتيجيات الدعم الذاتي في تأجيل اعادة الدخول إلى المستشفى، بالرغم من وجود دراسة لم تظهر فروقات في النتائج الاكلينيكية او الاجتماعية بين المشاركين في مجموعات الدعم الذاتي والذين لم يشاركون^{٢٣٩، ٢٤٠}.

الجدول ٥، الفوائد المحتملة للعلاجات النفسية الاجتماعية^{١٩، ٢٠٨، ٢٤٣، ٢٤٤}

التدخل	الفوائد المحتملة
- العلاج المجتمعي الحازم - العلاج المعرفي السلوكي للذهان	- خفض معدلات التشرد وتقليل مدة الإقامة في المستشفى - انخفاض الأعراض الإيجابية والسلبية واضطرابات المزاج، وتحسن الأداء الاجتماعي
- التدخل في النوبة الذهانية الأولى - التصحيح المعرفي - التثقيف النفسي الأسري	- تحسن جودة الحياة والأداء الاجتماعي والالتزام بالعلاج - تحسن القدرات الإدراكية والأداء النفسي الاجتماعي - تحسن جزئي في الأداء الاجتماعي، وفي قدرة الأسرة على التكيف مع الحالة، وتحقيق التمكين
- دعم الاقران وتدريب تدبير المرض ذاتياً - تدريب المهارات الاجتماعية - التوظيف المدعوم	- تعزيز التمكين والقدرة على التعايش مع المرض - تحسن الأداء الاجتماعي - زيادة معدلات التوظيف، وزيادة ساعات العمل والأجور المكتسبة، وتحسن تقدير الذات وجودة الحياة
علاج متكامل لاضطراب تعاطي المواد المصاحب	انخفاض تعاطي المواد وحالات التوقيف، وتحسن مستوى الأداء

حان وقت الالتزام
بالتغيير في السياسات

يمكن تمديد استخدام العلاج المعرفي السلوكي باستخدام علاجات مخصصة موجهة لمجموعة أعراض محددة، ولكن هذا يثير سؤال مهم وهو كيفية اختيار الأشخاص الذي قد يستفيدون من هذا النهج وكيف يجب تمويله .

بالنسبة للطب عن بعد، فبالرغم من تطوير كل من هولندا، السويد والولايات المتحدة الرعاية الصحية النفسية عن بعد بتسهيل العوائق القانونية، فتظل الصعوبات مستمرة. تفتقر العديد من الدول للبنية التحتية لانتشار واسع للرعاية عن بعد. كما أن الفجوة الرقمية، تائراً بالتفاوتات العرقية والاقتصادية، تعيق الوصول لهذه الرعاية^{٢٣٢} .

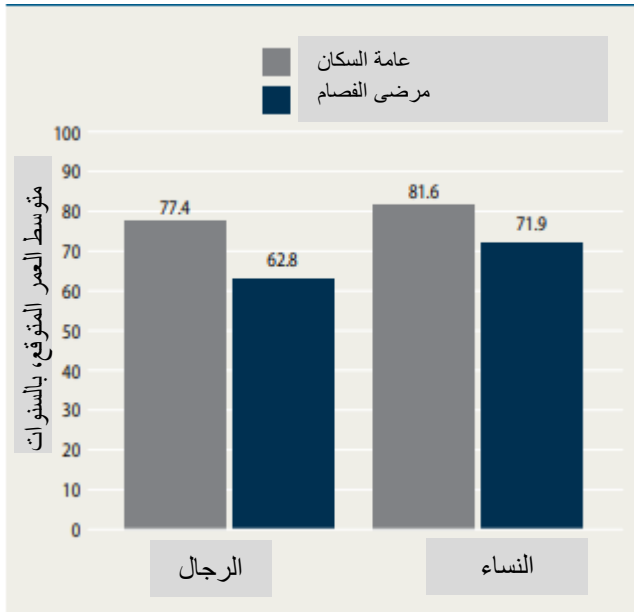
بالإضافة إلى ذلك فمن المهم الأخذ بالاعتبار الفروق الثقافية في المعتقدات، مثل الدين والروحانيات، التي قد تؤثر على الصحة النفسية. هذه العوامل تعتبر مهمة أثناء التشخيص، حيث يلزم التفريق ما بين الأفكار الروحانية والضلالات. مهمة من الجانب العلاجي، حيث يمكن للمعتقدات الدينية أن تساهم في مسيرة التعافي عبر تشجيع سلوك طلب المساعدة والمشاركة في العلاج^{٢٣٠} .

العلاجات النفسية الاجتماعية قد لا تكون ملائمة إلا حين يتم التحكم بالأعراض بشكل كبير ويكون للمرضى بصيرة بحالتهم وحاجتهم للعلاج. اختيار المرضى على سبيل المثال يعتبر مهماً لنتائج ناجحة. الأفراد ذوو الدافع العال يستجيبون بصورة أفضل للتصحيح المعرفي مقارنة بالآقل دافعية^{٢٤٥}. علاوة على ذلك، بعض مرضى الفصام الذين لا يتناولون مضادات الذهان قد تسوء حالتهم عند التأثر بالتدخلات النفسية الاجتماعية^{٢٤٦}.

تكلفة بعض العلاجات، مثل العلاج السلوكي المعرفي، قد تكون عائقاً في الدول التي لا يتوفر فيها مثل هذا العلاج ضمن النظام الصحي العام. وحين يتوفر التمويل العام للعلاج السلوكي المعرفي، قد تعطى الأولوية لمرضى الاضطرابات النفسية الأخرى الذين يرى أنهم أكثر احتمالاً للبقاء في وظائفهم^{٢٤٧}. في الولايات المتحدة الأمريكية لا يقبل العديد من الأطباء النفسيين مرضى التأمين الصحي Medicaid (الذي يغطي البالغين في الولايات المتحدة ذوي الدخل المنخفض، الأطفال، النساء الحوامل، كبار السن وذوي الإعاقة)^{٢٤٨}، ولذا يستبعدون من العلاجات النفسية الاجتماعية التي قد تفيدهم. بالمثل فالنقيف النفسي الاسري للاقارب لا يتم تمويله حالياً في كثير من الدول.

علاج الفصام: إدارة الأمراض المصاحبة

الشكل ١٠، يتوفى مرضى الفصام في وقت أبكر مقارنة بعامة السكان. يوضح الشكل متوسط الانخفاض في متوسط العمر المتوقع عند الولادة لدى مرضى الفصام مقارنة بعامة السكان في لندن، المملكة المتحدة.^٥



في بعض الأحيان، يولي مقدمي الرعاية الصحية القليل جدا من الاهتمام بعلاج الأمراض الجسدية لدى المرضى النفسيين^٦، على الرغم من الأدلة الموثوقة أن الفصام مرتبط بعبء كبير للمرض العضوي. ففي المتوسط، يتوفى الأفراد المصابون بالفصام قبل ١٥-٢٠ عامًا من عامة السكان (الشكل ١٠)^{٦،٢٥١،٢٥٢}، وهو وضع وصف بأنه "فضيحة"^٦.

يعزى هذا العبء إلى عدة عوامل، منها^{٢٥٢}:

- ارتفاع معدلات السلوكيات غير الصحية الضارة (مثل: سوء التغذية، إهمال صحة الفم، قلة النشاط البدني، ارتفاع معدلات التدخين، وتعاطي الكحول أو المخدرات).
- انخفاض معدلات تشخيص الأمراض الجسدية.^{٢٤}
- محدودية فرص الوصول إلى الرعاية الصحية مقارنة بعامة السكان (بالإضافة إلى ذلك، حين تقدم الرعاية غالبًا ما تكون متأخرة وذات جودة منخفضة).^{٥٤،٦}
- الانتحار.
- وصم الذات (قد يحجم الأفراد المصابون بالفصام عن طلب الرعاية الصحية خوفاً من التمييز والتحيز).
- إهمال الذات أو عدم كفاية الرعاية الذاتية، كنتيجة لأعراض الفصام.

توضح دراسة استقصائية أجريت على أفراد يعانون من مشاكل الصحة النفسية في ٢٧ دولة أوروبية، ٢٠٪ منهم مشخصون بالفصام، حجم هذه المشكلة. فقد وجدت الدراسة أن ٨٦٪ من المشاركين يعانون من مشكلة جسدية واحدة على الأقل، وكان أكثرها شيوعاً زيادة الوزن (٤٥،٧٪)، والتدخين (٣٨،٣٪)، ومشاكل القلب (٢٣،٢٪).^{٢٥٣} تجدر الإشارة إلى أن الحالات الجسدية، مثل التغيرات في البكتيريا المعوية (Microbiota)، والتغيرات في الجهاز المناعي، والتغيرات في الغدة الدرقية وغيرها من التغيرات الهرمونية، والتنفس (نزويد الأكسجين) لها تأثير على أعراض الفصام، ولكن غالباً لا يتم تقييم هذه الحالات بشكل كاف في العديد من البلدان.

تعتبر زيادة الوزن ومشاكل الأيض (التمثيل الغذائي) شائعة لدى مرضى الفصام. فليس من النادر، على سبيل المثال، أن يزيد وزن الفرد بما يصل إلى ٦-٥ كيلو غرامات خلال شهرين من بدء العلاج بمضادات الذهان.^{٢٥٤} وقد يؤدي هذا، في كثير من الحالات إلى زيادة خطر الإصابة بأمراض مثل السمنة، أو داء السكري (Diabetes Mellitus) من النوع الثاني، أو أمراض القلب.^{٢٥٢} كما يساهم سوء التغذية وقلة النشاط البدني في هذه التغيرات، حيث استنتجت دراسات سابقة إلى أن النظام الغذائي غالباً ما يكون سيئاً لدى من لديهم أمراض نفسية حادة.^{٢٥٥}

حان وقت الالتزام بالتغيير في السياسات

تعدّ زيادة معدلات أمراض القلب، مقارنةً بعامة السكان، من مسببات الوفاة المبكرة واعتلال الصحة لدى الأشخاص الذين لديهم فصام وأظهرت دراسة من السويد أن الوفيات بسبب أمراض القلب رغم، انخفاضها بين عامة السكان إلا أنها تزيد في الأشخاص الذين لديهم فصام^{٢٥٦}، لكن مع التشخيص ومع العلاج قد تقل نسب الوفيات، وأظهرت بيانات من الولايات المتحدة الأمريكية أن الأشخاص المصابين بالسكري ولديهم فصام يقل احتمال تناولهم لأدوية الستاتين لتقليل معدلات الكوليسترول لديهم عن الذين ليس لديهم فصام^{٥٧} وقد أظهرت إحدى الدراسات أن الأشخاص المصابين بالسكري إلى جانب اضطراب نفسي كانوا أقل احتمالاً للتنويم في المستشفيات لتلقي علاجات للمشكلات الصحية المصاحبة للسكري مقارنةً بغير المصابين باضطراب نفسي^{٢٥٨}.

يمكن استخدام محفزات مستقبلات الببتيد الشبيه بالجلوكاجون-١ (Glucagon-like peptide-1 receptor agonists) لعلاج عوامل الخطر القلبية الأيضية لدى مرضى الفصام. وقد أثبتت مراجعة منهجية سابقة أن استخدام هذه الأدوية يقلل من زيادة الوزن ويحسن علامات الأيض الرئيسية.^{٢٥٩} ولكن توجد عوائق تتعلق بمتابعة ومراقبة هذه العوامل لدى المرضى الذين يتناولون مضادات الذهان، وهناك حاجة إلى إرشادات واضحة وموارد تعليمية لمعالجة هذه العوائق.^{٢٦٠}

يمثل التدخين سبباً رئيسياً آخر لتدني الحالة الصحية لدى مرضى الفصام، وغالباً ما يقترن بسوء التغذية والسمنة.^{٢٦١} لذلك، يجب أن تشكل التدخلات الهادفة إلى الإقلاع عن التدخين جزءاً أساسياً من الرعاية الصحية لهؤلاء الأفراد.^{١٢,٢٦٢} وتشير الأدلة إلى أن استراتيجيات الإقلاع عن التدخين الفعالة لدى عامة السكان فعالة أيضاً لدى مرضى الفصام.^{٢٦٣}

يعتبر تعاطي الكحول والمواد المخدرة شائعاً بين مرضى الفصام؛ إذ يعاني حوالي ٥٠٪ منهم من اضطراب تعاطي المواد في مرحلة ما من حياتهم، مقارنةً بحوالي ١٥٪ من عامة السكان.^{١٩} غالباً ما يتم استبعاد هؤلاء الأفراد من التجارب السريرية، ما يعني أن قاعدة الأدلة للتدخلات في هذه الفئة محدودة. يرتبط تعاطي الكحول والمواد المخدرة بنتائج سلبية، مثل الانتكاسات، ودخول المستشفيات، وضعف الأداء المهامي، والأمراض الجسدية.^{١٢,٢٦٤} ويمثل تعاطي القنب مصدر قلق خاص، نظراً لكونه عامل خطر معترف به للإصابة بالفصام، خاصةً لدى الشباب.^{٣٧} لهذه الأسباب، يعد الحد من تعاطي المخدرات لدى مرضى الفصام أولوية قصوى.^{١٩} من المثالي معالجة تعاطي المخدرات بمزيج من الأدوية والعلاجات النفسية والسلوكية.^{٢٦٥} ويجب دمج هذا العلاج في الرعاية النفسية، بدلاً من تقديمه بواسطة جهات منفصلة.^{١٩}

لقد ازداد الوعي في السنوات الأخيرة بالأمراض الجسدية المصاحبة للفصام، ما أدى إلى تحسين مستوى الخدمات الصحية وتنسيقها بشكل أفضل، مع تزايد دور أطباء الرعاية الأولية. وقد توصلت دراسة بحثت في العبء الاقتصادي للفصام في المناطق الصينية المتأخرة اقتصادياً إلى ضرورة الاهتمام بجهود فعالة للوقاية من الأمراض الجسدية، تقليل فترة التنويم الداخلي في المستشفيات، وتطوير الرعاية المجتمعية، وذلك للحد من عبء الفصام على المجتمع.^{٢٦٦}

كما يشارك مقدمو الرعاية بشكل متزايد في متابعة الصحة الجسدية لمرضى الفصام، مشكلين "تحالفاً علاجياً" (Therapeutic Alliance) مع أخصائيي الرعاية الصحية. غالباً ما يتعرف أفراد الأسرة والأطباء على مشاكل الصحة الجسدية بسهولة أكثر عن مرضى الفصام أنفسهم.^{٥٤}

السياسة العامة لمرض الفصام

السياسة العامة لمرض الفصام: الإطار التاريخي

طوال القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين، كانت مستشفيات الطب النفسي تمثل مرافق الرعاية الأولية للأفراد الذين يعانون من مشاكل الصحة النفسية في أوروبا وخارجها.^{٢٦٧} ومنذ منتصف القرن العشرين، ومع ظهور حركة حقوق الإنسان والإعلان العالمي لحقوق الإنسان (Universal Declaration of Human Rights) في عام ١٩٤٨، ازداد التركيز على حقوق المرضى النفسيين وعلاجهم.^{٢٦٧، ٢٦٨} أشارت الأبحاث إلى أن مستشفيات الطب النفسي لم يكن لها تأثير علاجي يذكر، بل كانت تعزز من اضطرابات المرضى أو حتى تفاقمها.^{٢٦٧}

وظّف الطب النفسي وتشخيص "الفصام البطيء" (Sluggish schizophrenia) لقمع المعارضة السياسية في بعض البلدان، مثل الاتحاد السوفيتي، ما يجسد سوء استخدام الممارسات الطبية لأغراض سياسية.^{٢٦٩} تظهر الحالات الموثقة من قبل منظمة العفو الدولية (Amnesty International) وغيرها، أنه تم احتجاز العديد من الأفراد ظلماً في مرافق الطب النفسي لمعارضتهم الدولة. تبرز هذه القضية، التي أدت إلى انسحاب الاتحاد السوفيتي من الجمعية العالمية للطب النفسي (World Psychiatric Association - WPA)، التحديات الأخلاقية في التشخيص النفسي ومخاطر استغلاله في القمع السياسي.^{٢٦٩}

أدى ظهور مضادات الذهان "التقليدية" في خمسينيات القرن العشرين إلى إغلاق مستشفيات الطب النفسي الكبيرة.^{٢٧٠} ومنذ ستينيات القرن الماضي، أدى إصلاح السياسات الصحية إلى الحد من الإقامة في المستشفيات النفسية في العديد من الدول الأوروبية، والانتقال نحو الرعاية المجتمعية.^{٢٦٧} جاء ذلك استجابةً لنمو حركة حقوق الإنسان وتوافر مضادات الذهان "التقليدية". يعتبر إصلاح الصحة النفسية في إيطاليا عام ١٩٧٨ (قانون باساجليا أو القانون ١٨٠) مثالاً على هذا التحول، حيث أغلقت إيطاليا مستشفيات الأمراض النفسية واستبدلتها بالخدمات المجتمعية.^{٢٧١-٢٧٣} بعد ذلك بفترة وجيزة، بدأت مراكز الصحة النفسية المجتمعية ووحدات الطوارئ النفسية بالعمل في الولايات المتحدة الأمريكية ودول أخرى.^{٢٧٤} وظهرت برامج تدخل مجتمعي جديدة.^{٢٣٢} قدمت دول مثل إيطاليا خدمات السكن الآمن وخدمات دعم متنوعة، مثل نموذج إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي في نادي الدعم (Clubhouse psychosocial rehabilitation model) أو نموذج "السكن أولاً" (Housing First)، وحذت العديد من الدول حذوها.^{٢٣٢} طوّرت هذه البرامج لتوفير رعاية طويلة الأمد في المجتمع، مبنية على البراهين وموجهة نحو التعافي، لمن لديهم أمراض نفسية حادة مثل الفصام.^{٢٣٢}

في بعض الدول، دعمت عملية إلغاء الرعاية المؤسسات النفسية بإصلاحات موازية في مجال الرعاية الاجتماعية، مثل التعديل الذي أدخله الرئيس الأمريكي جون كينيدي في أكتوبر ١٩٦٣ على قانون الضمان الاجتماعي في الولايات المتحدة الأمريكية (US Social Security Act)، والذي يهدف إلى تمكين من لديهم أمراض نفسية من العيش باستقلالية.^{٢٧٥} أما في دول أخرى، مثل بلغاريا فقد تم إلغاء الرعاية المؤسسية وتقليص عدد الأسرّة مصاحباً مع زيادة محدودة في الدعم المجتمعي، ما أثر سلباً على المتضررين من هذه الإجراءات.^{٢٧٦} ظهرت في منتصف القرن العشرين أيضاً (منظمات المجتمع المدني) (NGOs) تركز على الصحة النفسية.^{٢٦٧} ثم في أوائل التسعينيات، سلّطت الأمم المتحدة الضوء على الحاجة إلى تطوير ممارسات الرعاية النفسية عالمياً، في ظل انتشار الممارسات السيئة غير الإنسانية في ذلك الوقت.^{٢٦٧} عام ١٩٩١، أقرت الجمعية العامة للأمم المتحدة مبادئ حماية وكرامة الأفراد ممن لديهم اضطرابات نفسية وتحسين الرعاية الصحية النفسية.^{٢٧٧} نصت هذه المبادئ على ٢٥ مبدأً توجيهياً، بدءاً من الحريات الأساسية والحقوق الأساسية، وأولوية الحياة في المجتمع، وتنظيم الفحوصات الطبية والأدوية، وتحديد معايير الرعاية والعلاج، واشترطت الموافقة المستنيرة على العلاج وإبلاغ المرضى بحقوقهم. تعد هذه المبادئ مرجعاً لفهم الاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان. لاحقاً، أصدرت منظمة الصحة العالمية (WHO)^{٢٧٨} ومجلس أوروبا^{٢٧٩} إرشادات وتوصيات خاصة بهما تستند إلى هذه المبادئ.

بناءً على اتفاقية حماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية (Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms) لعام ١٩٥٠، وافقت لجنة وزراء مجلس أوروبا في عام ٢٠٠٤ على مجموعة من المبادئ التوجيهية بشأن حماية حقوق الإنسان وكرامة المصابين باضطرابات نفسية،^{٢٧٩} ولاحقاً، صدرت توصيات حول كيفية رصد وتنفيذ هذه المبادئ. تشكل هذه التوصيات والمبادئ التوجيهية أداة لتطوير نظام مثالي لحقوق الإنسان قائم على نظام متكامل لخدمات الصحة النفسية على مستوى المجتمع المحلي.^{٢٨٠} في عام ١٩٩٣، اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة القواعد الموحدة بشأن تكافؤ الفرص للأشخاص ذوي الإعاقة (Standard Rules on the Equalisation of Opportunities for Persons with Disabilities)،^{٢٨١}

تناصر الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA) بدائل غير قسرية للرعاية الصحية النفسية،^{٢٨٦، ٢٨٧} بما يتماشى مع مبادئ اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (CRPD)^{٢٨٦} في عام ٢٠٢٠، أكدت الجمعية على الجهود التعاونية لاحترام حقوق المرضى وتحسين معايير الرعاية.^{٢٨٨} يدعو موقفها إلى مشاركة المرضى والتدخل المبكر في الرعاية النفسية، مع التأكيد على أهمية التغيير بقيادة الأطباء النفسيين.^{٢٨٨}

مع ذلك، لا يزال تطبيق اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في مجال الصحة النفسية، خاصة بالنسبة لمرضى الفصام، مثيرًا للجدل.^{٢٨٩، ٢٩٠} ويدور النقاش حول مفهوم "الأهلية القانونية" legal capacity والمصطلح غير المحدد "الإرادة والتفضيلات" will and preferences يرى النقاد أن الموقف الصارم للاتفاقية، لا سيما في المادة ١٢، قد يضر بالأشخاص أنفسهم الذين تهدف الاتفاقية إلى حمايتهم.^{٢٨٩} وتتساءل بعض هيئات الأمم المتحدة والأوساط الأكاديمية عما إذا كان هذا التفسير الصارم للاتفاقية يتجاهل الواقع المعقد للقدرة على اتخاذ القرار.^{٢٨٩} من خلال حظر أي تدخل قسري للأشخاص ذوي الإعاقة، يرى البعض أن هذا التفسير الصارم يضر بالأشخاص غير القادرين على اتخاذ القرارات السليمة، حيث لا يمكن إجبارهم على قبول المساعدة الضرورية.^{٢٨٩} يرى النقاد أن الاتفاقية تحتاج إلى إعادة تفسير أو تعديل أو، في بعض الحالات، تطبيق انتقائي لمعالجة جوانبها الإشكالية بشكل فعال.^{٢٨٩}

السياسة العامة لمرضى الفصام: اليوم

يعتبر تهيئة بيئة داعمة تمكن مرضى الفصام من العمل على التعافي أمرًا محوريًا لرعايتهم، وقد يكون شرطًا أساسيًا لفعالية جميع الأساليب الأخرى التي نوقشت في هذا التقرير. تمثل البيئة الداعمة مفهومًا واسع النطاق يشمل عوامل اجتماعية وقانونية مختلفة (الجدول ٦). مع ذلك، في الوقت الحاضر، يفقر العديد من مرضى الفصام إلى بيئة داعمة.

يمكن أن يؤدي الاهتمام بالاحتياجات البيئية ثماره في مساعدة مرضى الفصام على تحقيق النتائج المرجوة. وتشمل الاحتياجات البيئية الرئيسية القدرة على الأداء الوظيفي المناسب، والإدارة المالية الجيدة، والعلاقات الشخصية الآمنة؛ وغالبًا ما يتحسن الأداء المجتمعي عندما تتم تلبية هذه الاحتياجات.^{٢٩١} غالبًا ما يواجه مرضى الفصام التحيز والتمييز عند البحث عن عمل أو تدريب، أو عند محاولة تكوين علاقات وثيقة.^{٢٩٢}

التي أكدت أن الإعاقة جزء لا يتجزأ من تنوع المجتمع، وعززت تكافؤ الفرص للجميع. تتألف القواعد المتعلقة بذوي الإعاقة من ٢٢ قاعدة مقسمة إلى أربعة فصول، تشمل الشروط اللازمة لتحقيق التكافؤ الفرص، والمجالات المستهدفة لتحقيق هذا التكافؤ، وإجراءات التنفيذ، وآليات المتابعة - وتغطي جميع جوانب الحياة.^{٢٨١} واستكمالاً لذلك، في أوائل العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، طرحت منظمة الصحة العالمية (WHO) سلسلة من المنشورات ضمن حزمة إرشادات السياسات والخدمات للصحة النفسية، كما أطلقت مشروع تحسين الصحة النفسية لتنمية الأمم (Mental Improvements of Nations Development - MIND project)^{٢٧٤}

في عام ٢٠٠٦، اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities - CRPD)، التي أصبحت ملزمة قانونًا.^{٢٨١} ساهمت هذه الاتفاقية في تغيير الخطاب حول حقوق ذوي الإعاقة.^{٢٢٢} وتقر الاتفاقية بأن الأشخاص ذوي الإعاقة، بمن فيهم من لديهم اضطرابات الصحة النفسية، يجب أن يتمتعوا بنفس الحقوق الإنسانية والحريات الأساسية التي يتمتع بها الآخرون، وتعزيز إدماجهم ومشاركتهم الكاملة في المجتمع.^{٢٨٢} تمثل الاتفاقية تحولاً من النموذج الطبي التقليدي للإعاقة، الذي يعتبر الإعاقة قصورًا فرديًا يتطلب تدخلًا طبيًا، إلى نموذج اجتماعي يؤكد أن الإعاقة ناتجة عن حواجز بيئية تحرمهم من المساواة في الحقوق.^{٢٢٢} أدى اعتماد هذه الاتفاقية إلى تعزيز جهود إلغاء الرعاية المؤسسية في العديد من الدول الأوروبية.²⁸² كما حفزت العديد من التطورات في إصلاح القوانين والممارسات السريية القائمة على الحقوق، ودعم اتخاذ القرارات المدعوم (Supported decision making) في مختلف أنحاء العالم.^{٢٨٣، ٢٢٢}

تؤكد المادة ١٢ من الاتفاقية على حق الأشخاص ذوي الإعاقة في اتخاذ قراراتهم الخاصة، والتي يجب احترامها.^{٢٨٤} ويشمل الحق في الأهلية القانونية (Legal capacity) القرارات الرسمية، مثل الزواج أو معاملات الملكية، وكذلك الخيارات اليومية غير الرسمية. بالإضافة إلى ذلك، يجب منحهم حقًا متساويًا في الملكية والسيطرة المالية، وضمان المساواة في الحصول على الائتمانات المالية.^{٢٨٤، ٢٨٥} غالبًا ما يتم تجاهل هذه الحقوق، حيث يتخذ هذه القرارات الأوصياء أو المهنيون الصحيون، وهو ما يعرف بممارسة الإكراه (Coercion). ويحدث إنكار الأهلية القانونية في بيئات مختلفة، بما في ذلك المنازل والمدارس وأماكن العمل ومرافق الصحة النفسية وحتى مراكز الاحتجاز.^{٢٨٥} إن التمييز بين "الأهلية القانونية" و"الأهلية العقلية" (Mental capacity) "أمر بالغ الأهمية؛ فالأولى هي حق أساسي، بينما تشير الثانية إلى قدرات اتخاذ القرار. يجب توفير الدعم في اتخاذ القرار، مع وجود ضمانات ضد الاستغلال. كما يجب أن يكون هذا الدعم متناسبًا وخاليًا من أي تأثير غير مبرر، وأن يخضع لمراجعة منتظمة من قبل سلطة موثوقة.^{٢٨٢}

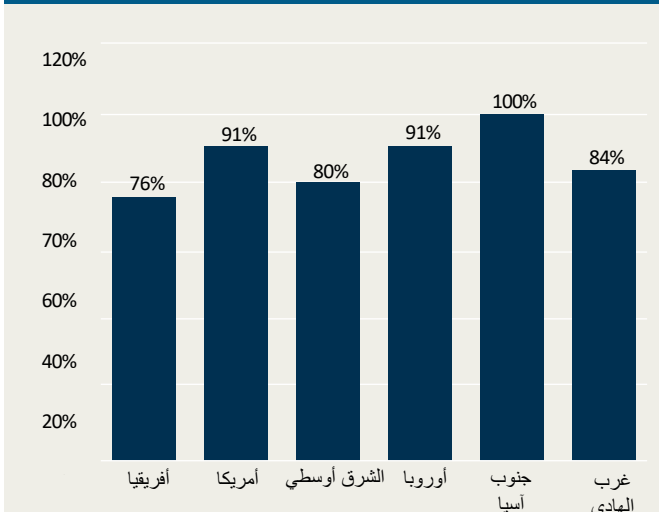
اتخاذ القرار المدعوم (Supported decision making): أداة تسمح للأشخاص ذوي الإعاقة بالاحتفاظ بقدرتهم على اتخاذ القرار من خلال اختيار داعمين لمساعدتهم في اتخاذ القرارات. يختار الشخص الذي يستخدم آلية اتخاذ القرار المدعوم مستشارين موثوقين، مثل الأصدقاء أو أفراد الأسرة أو المهنيين، ليكونوا بمثابة داعمين له.

الفصام – المشهد السياسي للفصام

للتوافق مع المعايير الدولية لحقوق الإنسان.^{٢٩٤} تؤكد منظمة التعاون الاقتصادي لآسيا والمحيط الهادئ (APEC) على ضرورة تطوير خدمات الصحة النفسية في هذه المناطق بعد جائحة كوفيد-١٩، مشددة على البحث العلمي وتعزيز السياسات.^{٢٩٥} وفي الوقت نفسه، تؤكد الأمم المتحدة على الدور المحوري للحكومات في تحقيق التغطية الصحية الشاملة (Universal Health Coverage)، التي تشمل خدمات الصحة النفسية بشكل أساسي.^{٢٩٦} وتدعو إلى تخصيص الموارد وتبادل المعرفة والتعاون الدولي.^{٢٩٧}

لقد حظي مفهوم "الصحة النفسية في جميع السياسات" باهتمام كبير^{٢٩٩,٣٠١} بسلط مجلس الاتحاد الأوروبي، في استنتاجاته لعام ٢٠٢٣ بشأن الصحة النفسية (Conclusions on Mental Health)، الضوء على نهج شامل للصحة النفسية، مع التركيز على الرفاهية والتكيف مع ضغوط الحياة والمساهمة في المجتمع.^{٢٩٢} يعترف هذا النهج بتأثير جائحة كوفيد-١٩ والتحديات المجتمعية الأخرى، مشددًا على دمج سياسات الصحة النفسية في مختلف القطاعات، بما في ذلك التوظيف والتعليم والتقنيات الرقمية.^{٢٩٣} وبالمثل، تشجع المفوضية الأوروبية التعاون بين القطاعات، وتحث القطاعات الأخرى، مثل التعليم والتوظيف والحماية الاجتماعية، على إدراج اعتبارات الصحة النفسية في سياساتها.^{٣٠٢,٣٠٣} وتعتقد المفوضية الأوروبية أن هذا النهج الشامل يمكن أن يعزز الإدماج الاجتماعي ويزيل الوصمة المرتبطة بالصحة النفسية.^{٣٠٤} ويدعم ذلك مبادرة "معًا أكثر صحة" (Healthier Together)، التي تعالج الاضطرابات النفسية والعصبية من بين الأمراض غير المعدية الأخرى. وتؤيد منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) هذا الرأي، داعيةً أنظمة الحماية الاجتماعية إلى التكيف بشكل أكبر مع احتياجات مرضى الاضطرابات النفسية.^{٣٠٥}

الشكل ١١: النسبة المئوية للدول التي لديها سياسة قائمة بذاتها في مجال الصحة النفسية اعتبارًا من عام ٢٠٢٠، حسب المنطقة.^{٢٩٨}



الجدول ٦. العوامل التي تساهم في وجود بيئة داعمة.

- القوانين الداعمة.
- الإدماج الاجتماعي.
- التوظيف.
- السكن.
- تكوين الصداقات.
- الوقاية من التمييز.
- تعزيز الكفاءة والقدرات.
- استخدام وسائل العلاج الأقل تقييدًا.
- دعم الأسرة وتوفير رعاية الأطفال أثناء النوبات الحادة.
- توفير الخدمات الاجتماعية.

وفي إطار تهيئة بيئة سياسية داعمة، تتطور أولوية الصحة النفسية على المستوى الدولي، بالرغم من تركيزها على الصحة النفسية العامة، ونادرًا ما تعالج الاحتياجات الخاصة والملحة للأفراد المصابين باضطرابات نفسية حادة بشكل مباشر. تركز المنظمات متعددة الأطراف، بما فيها منظمة الصحة العالمية (WHO)، ومنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD)، والأمم المتحدة (UN)، ومنظمة التعاون الاقتصادي لآسيا والمحيط الهادئ (APEC)، والمفوضية الأوروبية، ومجلس أوروبا، ومجلس الاتحاد الأوروبي، والبرلمان الأوروبي، على ضرورة إعطاء الأولوية للصحة النفسية. يمكن تصنيف الكثير من الإرشادات والتوصيات ضمن المحاور التالية:

١. إعطاء أولوية في السياسات للصحة النفسية
٢. توجيهات السياسة العامة بشأن الحصول على رعاية نفسية جيدة.
٣. تعزيز نهج شامل ومتكامل للرعاية الصحية والاجتماعية للحالات النفسية الحادة.

إعطاء أولوية في السياسات للصحة النفسية

يعتبر دستور منظمة الصحة العالمية (WHO Constitution) وأهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠ بمثابة إطار عمل لتحقيق أعلى مستوى من الصحة النفسية، ويدعو إلى التغطية الصحية الشاملة وتقديم خدمات جيدة للرعاية الصحية الأولية.^{٢٩٩} وينصب التركيز على تعزيز القيادة والإدارة في سياسة الصحة النفسية، بما يتماشى مع مبادرة منظمة الصحة العالمية الخاصة بالصحة النفسية (WHO's Special Initiative for Mental Health) (2019-2023)، التي تهدف إلى تعزيز الوصول إلى خدمات الصحة النفسية في ١٢ دولة ذات أولوية.^{٢٩٣} وتتوقع منظمة الصحة العالمية أنه بحلول عام ٢٠٣٠، ستطور الدول سياساتها وقوانينها في مجال الصحة النفسية

بالإضافة إلى ذلك، على مستوى الاتحاد الأوروبي، سلطت المفوضية الأوروبية الضوء على ضرورة تعزيز الصحة النفسية من خلال نماذج الرعاية المبتكرة، مع التركيز على تحديات الرعاية طويلة الأمد.^{٣٠١} وتتمحور استراتيجيتها حول تعزيز أنظمة الصحة النفسية والترويج الوصول إلى العلاج، وتقوية الخدمات المجتمعية.^{٣٠٢} في المقال بحث البرلمان الأوروبي الدول الأعضاء على دمج الرعاية الصحية النفسية والجسدية معاً، إدراكاً منه للصلة الجوهرية بينهما.^{٣٠٥}

ولمعالجة هذه القضايا، يحدد البيان الصادر عن المفوضية الأوروبية بشأن النهج الشامل للصحة النفسية مبادئ الوقاية المتاحة والرعاية الصحية ذات الجودة وإعادة الإدماج في المجتمع.^{٣٠٢} وينصب التركيز على السياسات والخدمات المتكاملة ومتعددة القطاعات، ومكافحة الوصمة والتمييز المرتبطين بقضايا الصحة النفسية، وتعزيز المساواة ومكافحة التمييز في مجال الرعاية الصحية النفسية. يتألف البرنامج من ٢٠ مبادرة رائدة ويحظى بتمويل قدره ١,٢٣ مليار يورو.^{٣٠٣}

وأخيراً، تعتبر مشاركة المرضى في تشكيل سياسات الصحة النفسية أمراً بالغ الأهمية. توصي الأمم المتحدة باتباع نهج قائم على مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقات النفسية والاجتماعية، والأفراد الذين يحتاجون إلى خدمات الصحة النفسية، في صياغة وتنفيذ السياسات.^{٢٩٧}

توجيهات السياسة العامة بشأن الحصول على رعاية نفسية جيدة:

يسلط التقرير العالمي للصحة النفسية الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO's World Mental Health Report) الضوء على التفاوت الكبير في الحصول على الرعاية الصحية النفسية عالمياً؛ حيث يحصل جزء صغير فقط من مرضى الذهان على خدمات فعالة وبأسعار معقولة وعالية الجودة.^{٣٠٦} فعلى مستوى العالم، لا يتلقى ٧١٪ من مرضى الذهان العلاج.^{٣٠٦} بينما يتلقى ٧٠٪ منهم العلاج في الدول عالية الدخل، ينخفض هذا الرقم إلى ١٢٪ في الدول منخفضة الدخل.^{٣٠٦، ٣٠٧} إن تحسين حياة مرضى الفصام هدف ممكن تحقيقه. لقد تحققت خطوة كبيرة في السنوات الأخيرة، ولكن لا تزال الرحلة طويلة. يكمن أساس هذا التقدم في اتباع نهج جماعي متكامل، مما يتطلب تعاون الأطباء النفسيين ومجموعة من متخصصي الرعاية الصحية ومقدمي الرعاية الاجتماعية والهيئات الخارجية الأخرى. والأهم من ذلك، يجب أن يشمل هذا النهج المشاركة الفعالة والتعاون مع مرضى الفصام ومقدمي الرعاية لهم وأسراهم وأنظمة الدعم الأخرى.

تؤكد استنتاجات مجلس الاتحاد الأوروبي لعام ٢٠٢٣ بشأن الصحة النفسية^{٢٩٢}، والتقارير والإجراءات ذات الصلة الصادرة عن منظمات كبرى مثل منظمة الصحة العالمية^{٣٠٦} والأمم المتحدة^{٢٩٧} والمفوضية الأوروبية^{٣٠٢} ومنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية^{٣٠٤}، على الحاجة الملحة إلى رعاية صحية نفسية عالية الجودة يسهل الوصول إليها وبأسعار معقولة.

أعطت منظمة الصحة العالمية (WHO) الأولوية للصحة النفسية في برنامج عملها العام الثالث عشر للفترة ٢٠١٩-٢٠٢٣. وبالتزامن مع ذلك، تهدف مبادرة منظمة الصحة العالمية الخاصة بالصحة النفسية، بتمويل قدره ٦٠ مليون دولار أمريكي على مدى ٥ سنوات، إلى توسيع نطاق الرعاية النفسية الجيدة ومنخفضة التكلفة لتشمل ١٠٠ مليون شخص إضافي في ١٢ دولة من الدول ذات الأولوية.^{٢٩٣} تكمل هذه المبادرة توصيات تقرير منظمة الصحة العالمية للصحة النفسية في العالم والتي توصي بتعزيز الرعاية النفسية من خلال تغيير مكان وكيفية تقديم الرعاية وتلقيها، ومن يقدمها.^{٣٠٦}

يتم التركيز على الشبكات المجتمعية ومجموعة من الخدمات التي تدمج الصحة النفسية في الرعاية الصحية العامة، واستخدام التقنيات الرقمية للمساعدة الذاتية والرعاية عن بعد.^{٣٠٦} من خلال خطة العمل الشاملة للصحة النفسية ٢٠٢٣-٢٠٣٠، وضعت منظمة الصحة العالمية هدفاً طموحاً يتمثل في مضاعفة مرافق الصحة النفسية المجتمعية.^{٣٠٦} يعتبر هذا الأمر خطوة محورية نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة، وضمان عدم تخلف أي شخص عن الحصول على خدمات الصحة النفسية.^{٣٠٥، ٢٩٧}

يعتبر بناء القدرات والتدريب من الأمور الأساسية أيضاً. تسلط منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (OECD) الضوء على تدريب العاملين في مجال الرعاية الأولية على تحديد حالات الصحة النفسية وعلاجها.^{٣٠٤} بينما تركز المفوضية الأوروبية والأمم المتحدة على بناء القدرات، خاصة بالنسبة للسكان النازحين، وتوظيف العاملين الصحيين المؤهلين في المناطق التي تعاني من نقص الخدمات، والإبقاء عليهم.^{٢٩٧، ٣٠٢} يهدف هذا النهج الشامل إلى تحسين الصحة النفسية في جميع دول الاتحاد الأوروبي، مع التركيز على التعاون بين الدول الأعضاء والمفوضية لتعزيز صلابة الصحة النفسية وضمان توفير رعاية عالية الجودة.^{٢٩٢}

في الدول أو المناطق التي تنخفض فيها نسبة الأطباء النفسيين مقارنةً بعدد السكان، يتم استكمال دور الأطباء بالمرضى الممارسين المعتمدين في مجال الطب النفسي (Psychiatric Certified Nurse Practitioners - PHMNs) ومساعدتي الأطباء الحاصلين على شهادة الطب النفسي. غالباً ما يعمل هؤلاء المهنيون تحت إشراف مدير طبي، ويقدمون الخدمات الأساسية. يمكن أن يساعد هذا النهج في تلبية الطلب المتزايد على خدمات الصحة النفسية.

وقّعت جميع الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، البالغ عددها ١٩٤ دولة، والتزمت بأهداف عالمية لتطوير الصحة النفسية بحلول عام ٢٠٣٠. وترصد منظمة الصحة العالمية التقدم المحرز من خلال [أطلس الصحة النفسية](#) الذي تصدره كل ثلاث سنوات،^{٢٠٩} وبرنامج العمل الخاص [برأب الفجوة في مجال الصحة النفسية \(Mental Health Gap Action Programme - mhGAP\)](#) الذي يوفر إرشادات وأدوات قائمة على الأدلة لتحقيق أهداف [خطة العمل الشاملة للصحة النفسية ٢٠١٣-٢٠٣٠](#)^{٢٩٤}

يقر "النهج الشامل للصحة النفسية (A Comprehensive Approach to Mental Health)" الذي أعلنته المفوضية الأوروبية في يونيو ٢٠٢٣، بأن الصحة النفسية ليست مجرد قضية صحية، بل تشمل التعليم والتقنيات الرقمية والتوظيف والبحث العلمي والتنمية العمرانية والبيئة والمناخ. يحدد البرنامج ٢٠ مبادرة رائدة، بتمويل قدره ١,٢٣ مليار يورو، لدعم الدول الأعضاء في هذا النهج الشامل.^{٢٠٣}

في أكتوبر ٢٠٢٣، تعاونت منظمة الصحة العالمية مع المفوضية السامية لحقوق الإنسان في إصدار الصحة النفسية، حقوق الإنسان والقوانين: إرشادات وممارسات تحدد هذه الإرشادات أهدافاً لأنظمة الصحة النفسية لاعتماد نهج قائم على حقوق الإنسان، وتحدد الأحكام القانونية المتعلقة بإلغاء العلاج المؤسسي، وتوفير خدمات الصحة النفسية المجتمعية الجيدة، ومعالجة الوصمة والتمييز، والقضاء على الإكراه في خدمات الصحة النفسية. وتتضمن قائمة مرجعية للدول لجعل قوانينها متوافقة مع معايير حقوق الإنسان الحالية^{٣١١}

بالإضافة إلى ذلك، يقدم تقرير منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) الصادر في أغسطس ٢٠٢١، بعنوان "معيّار جديد لأنظمة الصحة النفسية: التصدي للتكاليف الاجتماعية والاقتصادية لاعتلال الصحة النفسية"، تحليلاً لأداء نظام الصحة النفسية، ويسلط الضوء على أحدث الإصلاحات، ويحدد الأساليب الواعدة لتلبية احتياجات الصحة النفسية بشكل أفضل. يضع هذا التقرير إطاراً لفهم أداء الصحة النفسية بمؤشرات قابلة للمقارنة دولياً، وهي طريقة من المتوقع أن تتطور مع توافر المزيد من البيانات.^{٣١٢}

بالنسبة لأنظمة الرعاية الصحية الخاصة، يعد تنسيق آليات السداد أمراً أساسياً لدعم واستدامة تقديم رعاية صحية عالية الجودة. التمويل الكافي ضروري لنجاح الرعاية. يجب أن يضيء الاستثمار في الصحة النفسية الاستثمار في الحالات المرضية الأخرى، مثل السرطان وأمراض القلب. هذا التمويل ضروري للأبحاث العلمية والعلاج والخدمات وتدريب متخصصي الرعاية الصحية النفسية في المستقبل. في الوقت الراهن، يتفاوت توافر العلاجات النفسية الاجتماعية الفعالة، التي تمولها أنظمة الرعاية الصحية العامة، تفاوتاً كبيراً بين الدول، ما يحرم العديد من المرضى من الحصول على العلاج الأساسي. كما أن هناك حاجة ماسة إلى مزيد من الدعم للدراسات المستقلة لاستكشاف التدخلات المفيدة المحتملة والتحقق من صحتها.

تعزيز نهج شامل ومتكامل للرعاية الصحية والاجتماعية لحالات الصحة النفسية الحادة:

يقر مجلس الاتحاد الأوروبي، في استنتاجاته بشأن [الصحة النفسية لعام ٢٠٢٣](#)، بالحاجة الملحة إلى تحويل خدمات الصحة النفسية من المستشفيات إلى البيئات المجتمعية، وتعزيز نهج شامل ومتكامل.^{٢٩٢} يؤكد الإطار الأوروبي لمنظمة الصحة العالمية [للعمل على الصحة النفسية ٢٠٢١-٢٠٢٥](#)^{٢٠٨} وخطة العمل الشاملة للصحة النفسية ٢٠٢٣-٢٠٣٠ لمنظمة الصحة العالمية على هذه الحاجة، حيث يركزان على أهمية خدمات الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية المتكاملة والمتجاوبة في المجتمع المحلي، بهدف تمكين الأشخاص المتعاشين مع مشاكل الصحة النفسية من^{٢٩٤}

- سهولة الوصول إلى خدمات الصحة النفسية والرعاية الاجتماعية.
- الحصول على العلاج من قبل عاملين صحيين ذو مهارة في مراكز مجتمعية.
- المشاركة في إعادة تنظيم وتقديم وتقييم الخدمات، بحيث يتناسب العلاج بشكل أفضل مع احتياجاتهم.
- زيادة فرص الحصول على استحقاقات الإعاقة الحكومية وبرنامج توفير السكن وسبل العيش، والمشاركة بشكل أفضل في العمل والحياة المجتمعية.

ما الذي يمكن فعله أكثر؟

واستخدام تقنيات تصوير الدماغ الوظيفية، وتحليل نشاط الدماغ باستخدام التخطيط الكهربائي للدماغ، واستخدام نقاط الخطر الجينية المتعددة لتقييم الاستعداد الوراثي. على الرغم من أن فهمنا للبيولوجيا العصبية للأمراض الذهانية والمؤشرات البيولوجية للفصام في تطور، إلا أن الحاجة لا تزال ملحة لإجراء المزيد من الأبحاث لتحديد مؤشرات بيولوجية أكثر دقة وفعالية.

ضمان التطبيق المبكر للعلاجات النفسية الاجتماعية: زيادة الوعي بالعلاجات النفسية الاجتماعية وتعزيز استخدامها كنهج علاجي أولي.

إن الأدلة على فعالية العديد من أشكال العلاج النفسي الاجتماعي قوية للحد الذي يجعلها تستحق المحاولة قبل اعتماد علاجات أخرى لا تتوفر لها أدلة كافية تدعمها. لضمان توسيع نطاق توفر العلاجات النفسية الاجتماعية، ينبغي على المعالجين والجهات الممولة تحسين معرفتهم بالفوائد المحتملة لهذه العلاجات.

ضمان وضع خطط علاجية شخصية ومشاركة ومتكاملة: ^{٣١٥} يجب أن تأخذ هذه الخطط في الاعتبار خصائص المرض واحتياجات الدعم الفردية، مع إجراء توصيف عميق لحالة المريض وتقييم شامل لاحتياجاته، مع التركيز على التدخلات التي تدعم الوظائف الاجتماعية.

يُعد فهم طبيعة المرض لدى كل فرد واحتياجاته الشخصية للدعم أمراً ضرورياً لتقديم الرعاية الأمثل. لتطبيق خطة علاجية شخصية ومشاركة ومتكاملة، يجب توصيف حالة المريض بعمق وتقييم احتياجاته بالكامل.^{٣١٥} هذا الأمر له أهمية بالأخص خلال وبعد النوبة الأولى من الفصام،^{٣١٦} لا سيما خلال السنة الأولى^{٣١٧}. بالإضافة إلى ذلك، أظهر العلاج المجتمعي الحازم قدرته على تحسين الدافعية الاجتماعية، وأعراض الاكتئاب، وجودة الحياة لدى مرضى الفصام الذين يمرون بنوبة أولى أو نوبات متكررة من المرض^{٣١٧}.

إن تنفيذ التوصيات الواردة في هذا التقرير يتطلب جهداً اجتماعياً وملتزماً من كافة الجهات المعنية. يجب على صناع القرار على كافة المستويات، والممارسين الصحيين، والهيئات العامة، والمجتمع ككل، أن يشاركوا بشكل استباقي لدفع التغيير. يجب أن تُركز هذه المشاركة أيضاً على تلبية الاحتياجات المحددة للبلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، حيث الفجوات في الوصول إلى الرعاية الصحية والموارد أكثر وضوحاً. إن مواءمة التوصيات العالمية مع الظروف المحلية، مع مراعاة محدودية الموارد واستغلال الموارد المجتمعية القائمة، أمرًا ضروريًا لضمان التنفيذ الفعال في هذه المناطق.

وجود الالتزام والعمل المشترك من جميع الأطراف المعنية، يرسم هذا التقرير رؤية لمستقبل يعالج فيه الفصام بفعالية عن طريق التقدم الطبي والنفسي الاجتماعي، إلى جانب التعامل معه بتفهم وتعاطف عميق. الهدف هو بناء عالم يتم فيه دعم من لديهم الفصام بشكل شامل، يؤدي إلى تحسين حياتهم، وتعزيز اندماجهم الاجتماعي، وبناء مجتمع عالمي أكثر تعاطفاً. إن الجهود الجماعية والالتزام من جميع الأطراف المعنية يمكن أن تحول هذه الرؤية إلى واقع، يضمن حصول من لديهم الفصام على الرعاية والدعم الذي يحتاجونه ويستحقونه.

العلاج: ما الذي يمكن فعله أكثر؟

تعزيز الكشف المبكر/السابق للمرض أو التشخيص لمن هم أكثر عرضة لاضطرابات الصحة النفسية:

تنفيذ برامج شاملة للكشف المبكر أو التشخيص السابق للمرض، والتدخل المبكر لمعالجة نوبة الذهان الأولى.

تعكس التكاليف الإجمالية المرتبطة بالفصام الطبيعة المزمنة والمتفشية للأمراض الذهانية.^{١٧٤} تسلط الأدلة الحالية الضوء بوضوح على أهمية التدخل المبكر لمعالجة النوبة الأولى للذهان، بهدف وقف تراكم العبء والمعاناة التي يسببها الفصام، بما في ذلك كلا من الأعراض السلبيه وتأثير المرض على الإدراك

لتحقيق الكشف المبكر الفعال عن الفصام، لابد من اتباع نهج شامل يدمج بين الأبحاث السكانية واسعة النطاق لفهم الآليات العصبية الحيوية، وتحديد المؤشرات البيولوجية، وإجراء الفحوصات الدموية،

الفصام، ما الذي يمكن فعله أكثر؟

ضمان استمرارية الرعاية أثناء الانتقال من خدمات المراهقين إلى خدمات البالغين: الحفاظ على رعاية متواصلة لمرضى الفصام خلال انتقالهم من خدمات المراهقين إلى خدمات البالغين، مع التأكيد على أهمية وجود علاقة علاجية قوية بين الطبيب والمريض لتحسين الالتزام بالعلاج الدوائي، والأداء في العمل، وتبديد الأعراض، وتقليل حالات إدخال المستشفى.

يُعد ضمان استمرارية الرعاية لمرضى الفصام خلال انتقالهم من خدمات المراهقين إلى خدمات البالغين أمراً بالغ الأهمية، حيث تلعب العلاقة العلاجية القوية بين الطبيب والمريض دوراً رئيسياً في تعزيز الالتزام بالعلاج^{٣٢١}، وتحسين الأداء الوظيفي^{٣٢٢}، وإدارة الأعراض، وتقليل معدلات دخول المستشفى^{٣٢٣}. من الضروري أن يعمل كل من المريض والطبيب معاً على تحديد أهداف العلاج ومتابعة التقدم نحو تحقيقها.

تعزيز رعاية الصحة النفسية عن بعد على مستوى العالم: من خلال الإصلاح التشريعي وشمل أفضل الممارسات.

تعاني العديد من الدول من نقص في البنية التحتية الكافية لدعم الرعاية الصحية عن بُعد، ويزيد من تعقيد ذلك، الفجوة الرقمية التي تتأثر بشكل واضح بالعوامل العرقية والاقتصادية^{٣٢٤}. لذلك، يعد العمل على تطوير سياسات فعالة وتطبيق أفضل الممارسات أمراً أساسياً. إن ضمان المساواة في الوصول إلى الرعاية عن بُعد مع الحفاظ على الخصوصية لا يساعد فقط في الاستعداد للأزمات المستقبلية، بل يوفر أيضاً دعماً شاملاً للأشخاص الذين يعانون من تحديات نفسية واجتماعية^{٣٢٥}.

أبعد من العلاج: ما الذي يمكننا فعله أكثر؟.

تدريب الكوادر التعليمية على التدخل المبكر في الصحة النفسية: تحسين تدريب ومعرفة الممرضين في المدارس، وفرق الإرشاد، والمختصين الصحيين في الجامعات، والمعالجين النفسيين داخل المؤسسات التعليمية، للمساعدة على التعرف المبكر على مشاكل الصحة النفسية وإدارتها، خاصة بين الشباب..

دمج إدارة الصحة البدنية في رعاية مرضى الفصام: تطبيق نماذج رعاية متعددة التخصصات لضمان التدخلات الصحية البدنية الفعالة وتعديلات نمط الحياة، وتمكين الأطباء النفسيين من مراقبة عوامل الخطر وإدارتها بشكل نشط.

لا تزال رعاية الصحة الجسدية لمرضى الفصام بعيدة عن المستوى المثالي^{٣٢٦}. تختلف أنظمة الرعاية الصحية من دولة إلى أخرى، ما يؤدي إلى تباين في طرق تقديم الرعاية وغياب الوضوح بشأن المسؤوليات في إدارة الصحة الجسدية. ففي بعض البلدان، يتحمل أطباء الرعاية الأولية مسؤولية علاج الأمراض الجسدية لدى مرضى الفصام، بينما يتولى الأطباء النفسيون هذه المسؤولية في أماكن أخرى. لضمان تحسين الرعاية الصحية الجسدية لهؤلاء المرضى، كجزء من ذلك، يجب على الأطباء النفسيين كونهم أطباء مهنيين مدربين، أن يلعبوا دوراً استباقياً في مراقبة الصحة الجسدية لمرضاها.

يتطلب ذلك امتلاك المهارات والأدوات اللازمة لقياس عوامل الخطر القلبية الوعائية، مثل السمنة (محددة بمؤشر كتلة الجسم أو محيط الخصر)، وارتفاع ضغط الدم، وارتفاع نسبة السكر في الدم، والخلل في مستويات الدهون في الدم (بما في ذلك ارتفاع الكوليسترول والدهون الثلاثية) كما ينبغي أن يشمل ذلك دعم المرضى في الحصول على العلاجات المناسبة لحالاتهم المرضية المصاحبة، بما في ذلك الأدوية عند الضرورة، لتقليل خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية^{٣٢٧،٣٢٨،٣٢٩}.

يعد دور التوجيه الصحي، والمشاركة المجتمعية، والنهج متعدد التخصصات الذي يشمل الأطباء العامين، الأخصائيين النفسيين، وأخصائيي التغذية، وغيرهم من المخصصين الصحيين أمراً لا غنى عنه. فهم لا يشجعون فقط على الالتزام بهذه التدخلات، بل يساهمون أيضاً في تقديم رعاية شاملة.

ادراج التدخلات المتعلقة بنمط الحياة كجزء محوري لإدارة علاج الفصام: تعزيز أهمية تدخلات نمط الحياة مثل الطعام المغذي، الرياضة المنتظمة، جودة النوم، والامتناع عن التدخين وتعاطي المواد. العمل ضمن فريق متعدد التخصصات يشمل أطباء الرعاية الأولية، أخصائيين نفسيين، أخصائيي تغذية، وغيرهم من المختصين الصحيين لتشجيع هذه التدخلات وتقديم رعاية شاملة.

تُعد التدخلات المتعلقة بنمط الحياة^{٣٣٠} ضرورية لدعم الأشخاص المصابين بالفصام. يمكن أن يساهم اتباع نظام غذائي متوازن، وممارسة التمارين الرياضية بانتظام، والحصول على نوم جيد، والامتناع عن التدخين وتعاطي المواد المخدرة في تحسين الصحة العقلية والجسدية. تعتبر هذه التدخلات أساسية لمعالجة أمراض مثل أمراض القلب والجهاز التنفسي، والسكري، والمتلازمة الأيضية. ومن التطورات الإيجابية أن عيادات الفصام أصبحت توفر معدات رياضية وخيارات صحية أكثر. المتابعة المستمرة والتدخل المبكر هما مفتاح تحقيق أفضل النتائج النفسية والجسدية لهؤلاء المرضى. إن تبني استراتيجيات نمط حياة صحية، استناداً إلى الدليل العلمي، هو امر مهم لتحسين جودة الحياة للأشخاص المتعايشين مع الفصام.

تعزيز الوعي بمخاطر القتب والمواد غير القانونية لدى الفئات الضعيفة:

توعية مقدمي الرعاية الصحية، بما في ذلك الأطباء العامين وأطباء الأطفال، حول المخاطر المرتبطة باستخدام القتب والمواد غير المشروعة، بالأخص للأفراد المعرضين للإصابة بالذهان.

يجب أن يكون مقدمو الرعاية الصحية على جميع المستويات، بمن فيهم الأطباء العامون وأطباء الأطفال، على دراية كاملة بالتأثيرات السلبية المحتملة لهذه المواد، لا سيما على الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي للإصابة بالذهان. إن هذا الوعي أساسيًا لتقديم المشورة للمرضى، وخاصة المراهقين والشباب، حول التأثيرات السلبية للقتب والمواد غير القانونية

تحقيق أكبر قدر من توفير التكلفة عبر التأهيل المهني و/أو التوظيف المدعوم: يمكن تحقيق وفورات كبيرة في التكاليف من خلال ضمان بقاء مرضى الفصام ضمن القوى العاملة.^{٧٣}

يمكن أن تؤدي برامج التوظيف المدعوم إلى خفض تكاليف الرعاية الصحية والمجتمعية بشكل كبير، كما قد تقلل من معدل دخول المرضى للمستشفيات. وتوضح الأبحاث إلى أن ما لا يقل عن نصف مرضى الفصام الذين يشاركون في هذه البرامج يحصلون على وظائف تنافسية.^{٢٠٨} تضمن الجوانب الأساسية لهذه البرامج التركيز على التوظيف التنافسي، والبحث السريع عن العمل، ودمج عملية التوظيف مع خدمات الرعاية النفسية، وإعطاء الأولوية لرغبات الفرد المهنية، إلى جانب توفير دعم مستمر في العمل^{٢٠٨}.

بالرغم من رغبتهم وقدرتهم على العمل، يجد الكثير من مرضى الفصام صعوبة في العثور على وظائف مستقرة بسبب غياب الدعم الكافي. عادةً، نسبة قليلة فقط، حوالي ١٠-٢٠٪، من مرضى الفصام يعملون في وظائف تنافسية^{٣٢٢}، حيث إنهم أكثر عرضة للبطالة مقارنة بغيرهم بمقدار ٦-٧ مرات. التوظيف يمكن أن يؤثر على الصحة النفسية بشكل إيجابي، لكن من المهم أن تكون الوظيفة من النوع الملائم: الوظائف ذات الجودة المتدنية قد تؤدي إلى ضغط العمل، والذي قد يؤدي بحد ذاته إلى سوء الصحة النفسية. يعد هذا أمراً مهماً لأن المسؤولين عن التوظيف غالباً ما تكون توقعاتهم من مرضى الفصام متدنية، ما يعني أنهم قد ينتهي بهم المطاف في وظائف ذات مهارات متدنية ومسؤوليات قليلة، أو وظائف غير تنافسية (تطوعية أو محمية). يمكن أن يستفيد مرضى الفصام من الوظائف مدفوعة الأجر حتى لو أدت إلى تغييرات في عاداتهم اليومية – المعروف اجتماعياً بـ "كرامة المخاطرة"^{١٠٢}.

التدخلات التعليمية لمرضى المدارس، الكوادر الصحية والإرشادية والمعالجين النفسيين في المدارس والجامعات من شأنها أن تلعب دوراً حيوياً في التعرف المبكر على مشكلات الصحة النفسية وإدارتها، خاصة بين الشباب. إن تعزيز تدريبهم ومعرفةهم يمكن أن يساهم بشكل كبير في تحسين التدخل المبكر وتقديم الدعم.

بالتغيير في السياسات

إشراك الأفراد ذوي الخبرة المعيشية مع الفصام ومقدمي الرعاية غير الرسميين في تطوير سياسات الصحة النفسية والبحث والتدريب، الاشراك الفعال للأشخاص ذوي التجربة المباشرة مع المرض لضمان سياسات فعلا ذات صلة وفعالية.

توحيد بيانات الصحة النفسية لتعزيز الابتكار الرقمي والبحث: تعزيز الأبحاث والممارسات التي تدمج التكنولوجيا الرقمية مع جهود تحسين الصحة النفسية. مع ضمان توحيد البيانات لتسهيل المقارنة على المستوى الدولي .

أكد مجلس الاتحاد الأوروبي في استنتاجات حول الصحة النفسية ٢٠٢٣
حول الصحة النفسية، إلى جانب منتدى التعاون الاقتصادي لآسيا والمحيط الهادئ، على ضرورة جمع بيانات حديثة وقابلة للمقارنة بشكل روتيني. يهدف ذلك إلى متابعة التقدم في مجال الصحة النفسية وتوجيه الاستثمارات نحو الجوانب التي تحتاج إلى تطوير، مع التركيز على التنسيق الدولي^{٢٩٥،٢٩٦}. لتحقيق هذا الهدف، من المهم توحيد طرق جمع البيانات وإدارتها بدقة لتشكيل السياسات والممارسات بفعالية. في السياق ذاته، تدعو منظمة الصحة العالمية إلى اتباع أساليب بحث منهجية في الصحة النفسية، وتشجع الدول على جمع ونشر مجموعة من المؤشرات الأساسية كل عامين، بالاعتماد على أنظمتها الوطنية للمعلومات الصحية والاجتماعية^{٣٠٦}. يتم ادخال هذه البيانات في "أطلس الصحة النفسية" التابع للمنظمة، والذي يهدف إلى قياس التقدم وفقاً لمؤشرات خطة العمل العالمية للصحة النفسية^{٣٠٦}. إضافة إلى ذلك، وضعت منظمة الصحة العالمية هدفاً طموحاً لمضاعفة الإنتاج البحثي العالمي في مجال الصحة النفسية، تأكيداً على الحاجة إلى فهم أعمق لهذا المجال^{٣٠٦،٣٠٧}.

جمع البيانات من المجتمعات المهمشة:

بناءً على الابتكار الرقمي والبحث العلمي، من المهم جمع بيانات دقيقة حول الصحة النفسية في المجتمعات المهمشة وتقييم مدى سهولة وصول هذه الفئات إلى خدمات الصحة النفسية

سلطت المفوضية الأوروبية الضوء على الفئات التي غالباً ما يتم إغفالها في المجتمع^{٣٠٢}، مشددة على أهمية قيام الدول بجمع بيانات حول الصحة النفسية للفئات الأكثر ضعفاً، مثل الأشخاص المشردين، إلى جانب تقييم إمكانية وصول الخدمات النفسية إلى المناطق المهمشة وتلك التي تشكل تحدياً جغرافياً^{٣٠٢}.

تجربة شخصية

يقول الكثير من زملائي أنهم يرغبون في العمل. بصراحة، أشك في مصداقيتهم لأنني أرى أحياناً دموعاً في عيونهم عند الحديث عن العمل. ماذا يمكن للمرء أن يفعل عندما تعتمد أساسيات حياته على الآخرين؟ أنا في الجانب الآخر: أمل أن يوفر لي الأطباء والمستشفيات والمؤسسات الحكومية خيار عدم العمل والتمتع بوقتي، حتى يكون لدي شيء أحفل به في حياتي. يمتد طلبي هذا إلى الجمهور العام أيضاً. بالإضافة إلى ذلك، أمل أن يوفر لي المجتمع بعض الأماكن للقاء الأصدقاء والقيام بشيء مع الرفاق حتى لا أكون معزولاً بهذا الشكل. في الواقع، لدي الشينين المذكورين الآن، لكنني فقط أمل ألا يتم انتزاعهما مني. كما أمل أن يتم ابتكار الأدوية بحيث تكون التأثيرات المهدئة أقل أو ألا تخفض مستويات الدوبامين بالضرورة..

من: رودي تيان

From Rudy Tian. *Schizophrenia Bulletin* Open 2022^{٢٢٥}

العناية بمقدم الرعاية: ماذا يمكن القيام به أكثر؟

التقليل من عبء الرعاية في حالات الفصام

لتخفيف الضغوط الاقتصادية والعاطفية الناتجة عن رعاية مرضى الفصام، من الضروري الاعتراف بالعبء المزدوج الذي يتكون من الضغوط المالية والنفسية. هذه الضغوط لا تؤثر فقط على جودة الحياة والعمل، والتفاعلات الاجتماعية، والصحة الجسدية، بل تؤدي أيضاً إلى خسائر كبيرة في الإنتاجية وتكاليف مجتمعية مرتفعة. يُعتبر تعزيز التدريب والدعم لمقدمي الرعاية استراتيجية أساسية للحد من تلك الآثار وتوفير جزء كبير من التكاليف^{٢١٠،٢٢٣}. ومن الطرق الأخرى المتاحة هي توفير فترات راحة لمقدمي الرعاية، بحيث يكون لديهم الوقت للعناية بأنفسهم. إن ضمان صحة ورفاهية مقدمي الرعاية أمر بالغ الأهمية لكل من مقدم الرعاية ومرض الفصام. يجب أن يُنظر إلى مقدمي الرعاية بما يتجاوز دورهم، فهم يستحقون حياة مليئة بالإنجاز والفرح. يجب على أصدقاء وأسرة مقدمي الرعاية تعلم كيفية تسهيل ذلك، وهو ما يمكن تحقيقه من خلال التدريبات المنظمة أو ورشات العمل. لدعم مقدمي الرعاية، قامت EUFAMI بتطوير دليل تفاعلي يقدم إرشادات للأشخاص الذين يتخذون هذا الدور^{٢٢٧}.

كما تحيط النقاشات حول العلاج القسري، مع المخاوف المتعلقة بحماية الأفراد وضمان السلامة العامة^{٢٢٢}. في الواقع، يجادل فريمان وآخرون (٢٠١٥) أن متطلبات اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة تنحرف بطريقة إشكالية عن الاتفاقات السابقة بشأن حقوق الإنسان والتوصيات السابقة لمنظمة الصحة العالمية. إنهم يخشون تأثيراً متناقضاً للتعليق العام للجنة الأمم المتحدة، والذي يمكن أن تنتهك حقوق الإنسان الأساسية من خلاله بدلاً من حمايتها بشكل أفضل. ومع ذلك، يَحْتَجُّ المدافعون بأن الإكراه يعزز التمييز ويمكن أن يؤدي إلى الإساءة^{٢٢٢}.

تتصدر منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) الجهود في هذا المجال، مشددة على أهمية الاعتراف بقدرة من لديهم أمراض نفسية على العمل، ومناصرة الكشف المبكر وتوفير الدعم الطبي والمهني المناسب. كما تؤكد المنظمة على ضرورة توفير أدوات لتقييم القدرة على العمل، بالإضافة إلى أدوات تواصل ميداني فعالة موجهة للباحثين عن عمل من ذوي الاضطرابات النفسية، واعتماد استراتيجيات فعالة لمكافحة الوصمة والتمييز في أماكن العمل.

يُعدّ تنفيذ تسهيلات بيئة العمل للأشخاص المصابين بالفصام خطوة أساسية في إطار هذه الجهود. وينبغي على أصحاب العمل اعتماد تدابير داعمة لهؤلاء الأفراد، من بينها:

- السماح بمرونة في جداول العمل عند الحاجة (على سبيل المثال، إذا كان الموظف يعاني من النعاس كأحد الآثار الجانبية لأدوية الفصام)؛
- توفير بيئة عمل هادئة وخالية من المشتتات؛
- السماح للموظف بتعويض الوقت الذي قد يفوته بسبب مواعيد طبية؛
- إتاحة العمل من المنزل عندما يكون ذلك مناسباً؛
- تقسيم المهام الكبيرة إلى مهام أصغر ذات أهداف واضحة وقابلة للتحقيق؛
- تقديم الدعم والتشجيع المستمر.

دمج استراتيجيات التوظيف مع تدخلات أخرى. إجراءات التوظيف المدعوم وحدها قد لا تؤدي إلى تحسين التوظيف طويل الأمد والاستقلال الاقتصادي لدى الأشخاص الذين لديهم الفصام. ومن ثم، فإن دمج هذه الاستراتيجيات مع تدخلات أخرى مثل العلاج السلوكي المعرفي، والتصحیح المعرفي، وتدريب المهارات الاجتماعية يُعدّ أمراً بالغ الأهمية²⁰⁸.

عندما لا يكون العمل المأجور خياراً ممكناً، ينبغي توفير فرص للتطوع. فبالنسبة للأشخاص الذين قد لا يكون العمل المأجور مناسباً لهم، يمكن أن يوفر العمل التطوعي شعوراً بالهدف والانخراط في المجتمع. وتُعد مثل هذه الأدوار، التي تمكن الأفراد من قضاء "يوم ذي قيمة"، مفيدة حتى في حال عدم إمكانية الحصول على وظيفة مدفوعة الأجر.

تطبيق المبادئ المعتمدة في برنامج "التوظيف والدعم الفردي (IPS)" في البيئات التعليمية. يُوصى باتباع نهج مماثل في المؤسسات التعليمية، نظراً لأن الفصام غالباً ما يظهر في مرحلة المراهقة وقد يؤدي إلى تعطيل المسار التعليمي، ما يؤثر سلباً على القدرة المستقبلية على كسب المال في مرحلة الرشد. وقد أظهرت الدراسات أن تطبيق مبادئ برنامج "IPS" في التعليم يمكن أن يُساعد هؤلاء الشباب على استكمال دراستهم والالتحاق بعمل مدفوع الأجر. وينبغي للمؤسسات التعليمية أن تُعدّل سياساتها وممارساتها بما يتناسب مع الاحتياجات الخاصة للطلاب الذين لديهم الفصام، لما لذلك من آثار إيجابية طويلة الأمد، بما في ذلك زيادة الإمكانات المهنية وتقليل التعامل مع السلطات القانونية.

دمج عبء الرعاية في تقييمات التكنولوجيا الصحية

كما ذكرنا سابقاً، تركز مبادرات الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA) على تنفيذ الرعاية الصحية النفسية الخالية من الإكراه على مستوى العالم.^{٢٨٨-٢٨٦} مع الاعتراف بالإفراط في استخدام الممارسات القسرية، تدعو الجمعية إلى اتخاذ إجراءات لضمان توفير رعاية عالية الجودة وتحترم الحقوق.^{٢٨٦،٢٨٨} يشمل ذلك إشراك المرضى في قرارات الرعاية، وتعزيز التدخل المبكر، وإنشاء أنظمة موجهة نحو التعافي.^{٢٨٦،٢٨٨} تشجع الجمعية الأطراف المعنية على النظر في البدائل المستندة إلى الأدلة والعمل على تطويرها وتنفيذها بنشاط. الهدف هو تحسين معايير الرعاية الصحية النفسية، مع احترام حقوق المرضى وتعزيز رفاههم ورفاهية أسرهم.^{٢٨٦،٢٨٨} وبالمثل، قدمت منظمة الصحة العالمية إرشادات لأفضل الممارسات كجزء من مبادرة [QualityRights](#) لعام ٢٠١٧،^{٢٨٥} كما استثمرت منظمة الصحة العالمية بشكل كبير في التدريب على هذا النموذج من الرعاية عالمياً، بالتعاون مع صانعي السياسات والمدافعين عن حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.^{٢٨٥}

تدعو **EUFAMI** إلى تدريب إلزامي في تقنيات خفض التصعيد، والوعي بحقوق الإنسان، والأخلاقيات الطبية، وفهم قوانين الصحة النفسية، واستكشاف خيارات القبول غير القسري، والاستخدام المسؤول للإجراءات القسرية، وحقوق الطعن في الإجراءات، وتعزيز ثقافة التعافي في الرعاية الصحية النفسية.^{٣٣٤}

في إطار اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة تركز على التعاون الدولي لتشكيل سياسات، خطط، وقوانين الصحة النفسية بما يتوافق مع مبادئ حقوق الإنسان، خاصة في السياقات الإنسانية،^{٢٨٦} هناك دعوة للتغيير نحو رعاية موجهة نحو المجتمع، قائمة على الأدلة، وترتكز على الأفراد. قامت الأمم المتحدة بتكليف مراجعة أدبية للمقرر الخاص [بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة](#) حول البدائل للممارسات القسرية. خلصت المراجعة إلى وجود ممارسات فعالة وسياسات وتدخلات على مستويات متعددة، ما يبرز الحاجة إلى إطار سياسة شامل. كما شددت على أهمية القيادة من أعلى ومن القاعدة، بما في ذلك مشاركة الأقران في تعزيز ثقافة تقلل من الإكراه. كما أظهرت الحاجة لخدمات جديدة لمعالجة الأزمات على مستوى المجتمع وإعادة تعريف الدعم النفسي على أنه "حل الأزمات" و"الدعم العام". من بين الاستراتيجيات الفعالة لتقليل الإكراه هي الرقابة الوطنية، والتحويلات الثقافية داخل المنظمات، والمناصرة. التقرير يدعو إلى مزيد من البحث في سياسات الرعاية النفسية التي تحترم الكرامة والاستقلالية وتقلل الإكراه المؤسسي.^{٣٣٥} تدعم المفوضية الأوروبية ومنظمة الصحة العالمية هذا النهج، داعية الدول لتوافق استراتيجياتها الصحية النفسية مع المعايير العالمية لحقوق الإنسان بحلول عام ٢٠٣٠.^{٢٩٤،٣٠٣}

على الرغم من توفر بيانات حديثة حول التكاليف غير المباشرة، فإن الفهم الشامل عالمياً لعبء الرعاية الاقتصادي لا يزال مفقوداً.^{٣١} إن دمج تجارب مقدمي الرعاية وآثارها ضمن معايير التقييم في تقييمات التكنولوجيا الصحية (HTAs) سيسهم في تعزيز نهج أكثر شمولية وفعالية في تقييم العلاجات. وعلى الرغم من أن تقييمات التكنولوجيا الصحية تهدف إلى تحسين صحة السكان من خلال مراعاة جميع الآثار الصحية المباشرة، بما في ذلك تلك التي تؤثر على مقدمي الرعاية، إلا أنها غالباً ما تهمل جانب عبء الرعاية. إن سد هذه الفجوة أمر بالغ الأهمية لتمكين هيئات تقييمات التكنولوجيا الصحية من اتخاذ قرارات مبنية على معلومات دقيقة، خاصة في ظل الضغط الكبير الذي يعاني منه مقدمو الرعاية. تشمل الطرق المحتملة لدمج تأثير الرعاية إدماجه في التجارب العشوائية المحكمة للعلاجات أو استخدام الأدلة من العالم الواقعي.^{٣٢٨}

تمكين من لديهم الفصام: ماذا يمكن أن يفعل أكثر؟

التعامل مع تعقيدات القدرة القانونية والعلاج القسري بما يتماشى مع حقوق الإنسان

ينبغي تنفيذ بدائل غير قسرية في الرعاية الصحية النفسية، مع التركيز على اتخاذ القرارات المدعومة وتعريف القدرة القانونية للأفراد ذوي الإعاقات النفسية والاجتماعية، بما يتماشى مع مبادئ حقوق الإنسان. يجب الانتقال نحو تدخلات صحية نفسية مجتمعية، مستندة إلى الأدلة، ومركزة على الأفراد، وفقاً لاتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة ومؤشرات حقوق الإنسان العالمية.

هناك توافق واسع على أن الأساليب القسرية والإجبارية تُستخدم بشكل مفرط، وتدعم الأدلة تبني بدائل^{٣٣٢} غير قسرية. أصبحت مبادرات اتخاذ القرارات المدعومة تحظى بزخم متزايد^{٣٣١}. ومع ذلك، لا تزال الممارسات السريية وصناعة السياسات تواجه صعوبة في التعامل مع الأسئلة المتعلقة بنطاق القدرة القانونية للأشخاص الذين يعيشون مع الإعاقات النفسية والاجتماعية. هم يواجهون صعوبة في تحديد طبيعة الدعم الذي قد يكون مناسباً وملائماً للسياق، وفي كيفية تنظيم هذه المسائل^{٣٣٢}

بعض الدول، مثل ألمانيا^{٣٢٩} والنرويج^{٣٣٠}، اقترحت أن تقييد الوكالة القانونية عندما لا يستطيع الشخص اتخاذ قرارات تصب في مصلحته حتى مع الدعم الكامل، يتماشى مع اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة²³² (CRPD) ولا يفوض الوضع القانوني. كما جادلت كل من الدنمارك^{٣٣١} وفرنسا^{٣٣٢} أنه، بينما يعتبر الوضع القانوني حقاً أساسياً وعالمياً، يمكن تقييد الوكالة القانونية عند الحاجة^{٣٣٢}.

اتخاذ القرار المدعوم هو أداة تتيح للأشخاص ذوي الإعاقة الاحتفاظ بقدرتهم على اتخاذ القرار من خلال اختيار داعمين يساعدهم في اتخاذ الخيارات. ويختار الشخص الذي يستخدم اتخاذ القرار المدعوم مستشارين موثوقين، مثل الأصدقاء أو أفراد الأسرة أو المهنيين، ليقوموا بدور الداعمين.

مكافحة الوصمة: التعاون مع مجموعة واسعة من المنظمات لتقليل الوصمة المرتبطة بالصحة النفسية، وتعزيز بيئة من الفهم والقبول، من خلال مبادرات مثل برامج التثقيف العامة وحملات التوعية

تحسين توفر الدعم والإرشاد الذي يقوده الزملاء: الاعتراف بأهمية هذه التدخلات في رعاية تركز على التعافي، على الرغم من التحديات الناجمة عن تفكك خدمات الفصام.

دون تجاهل العراقيل الناتجة عن تفرق خدمات الفصام. تشكل هذه أهمية خاصة لمرضى الفصام من الشباب

تسهيل حصول مرضى الفصام على معونات الإعاقة: يجب أن يشمل الدعم العام تقديم المعلومات والمساعدة في الوصول إلى الإعانات المتاحة.

الوصول إلى معلومات عن الإعانات المتاحة قد يمثل تحدياً، خاصة لمن لديهم ثقافة محدودة، أظهرت إحدى الدراسات في فرنسا، حيث أصبح أكثر من نصف المشاركين بها عاطلين عن العمل إثر بدء الفصام،^{٣٣٧} أن هناك متوسط تأخير بواقع ٤ سنوات بين بدء الاضطراب وأول تقديم لطلب اعانة الإعاقة. وفي العديد من الحالات فاقمت الصعوبات المالية الناتجة عن هذا التأخير من العواقب الاجتماعية للفصام. وهو أمر يزداد تعقيداً في مجتمعات المهاجرين، حيث تعيق الحواجز اللغوية والثقافية الوصول إلى الخدمات^{٤٥}.

في الولايات المتحدة الأمريكية، يتأهل حوالي ٨٠٪ ممن لديهم الفصام في الحصول على إعانات الإعاقة. ومع ذلك، العديد من الأشخاص الذين يفشلون في البداية في الحصول على هذه الإعانات هم في الواقع يستوفون المعايير، لكنهم يواجهون صعوبة في التعامل مع عملية الاستئناف^{٣٣٨}. بالمقابل، في المملكة المتحدة، يواجه الأفراد الذين يعانون من مشاكل صحية نفسية بطالة طويلة الأمد، وأولئك الذين يتقدمون للحصول على الإعانات أقل احتمالاً للنجاح مقارنةً بالمتقدمين الذين لا يعانون من مشاكل صحية نفسية^{٢٠}. هذه الحالة تتناقض مع الوضع في أستراليا، حيث يوجد نظام فعال "محطة واحدة" لتحديد المتقدمين الذين يعانون من مشاكل صحية نفسية^{٢٠}. في حين أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات صحية نفسية في بلجيكا والذين يصبحون عاطلين عن العمل يتلقون عادة إعانات البطالة بدلاً من إعانات الإعاقة. يساعد هذا النهج في إبقائهم متصلين بسوق العمل، ما يسهل عودتهم إلى العمل لاحقاً^{٣٣٩}

تعمل المفوضية الأوروبية بالتعاون مع منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OECD) على تفكيك الوصمة والتمييز المرتبطين بالصحة النفسية^{٣٠٣،٣٠٤}، بهدف خلق بيئة خالية من التحامل والمفاهيم الخاطئة^{٣٠٣،٣٠٤}. ومع ذلك، يجب تكثيف الجهود على المستوى المحلي عبر مجتمعات وسياقات ثقافية متعددة. في كندا، تركز مبادرة ["Bell Let's Talk"](#) على تعزيز الوعي والقبول بالصحة النفسية، مع التركيز على أربعة محاور رئيسية: مكافحة الوصمة، توسيع الوصول إلى الرعاية الصحية، تمويل الأبحاث الرائدة، وتحديد المعايير في الصحة النفسية في العمل. على سبيل المثال، أسفرت شراكة بين مركز رعاية مؤقتة وجامعة تورنتو عن برنامج إذاعي شهري مدته ٣٠ دقيقة عن الصحة النفسية،^{٣٣٧} يقدمه عملاء المركز. تتوفر الحلقات على منصات مثل Google Podcasts و Apple Podcasts، مثل هذه المبادرات تساهم في تغيير هائل في المجتمع من خلال التثقيف العام^{٣٣٧}.

نبدأ من مكان ما: قصص ملهمة لكل موقف

نبدأ من مكان ما: لن تحقق كل أمة، مجتمع أو مؤسسة كل التوصيات العالمية. المفتاح هو أن نبدأ من مكان ما. فحتى التغييرات الصغيرة قد تحدث فرقاً.

حان وقت الالتزام

بينما تقدم المنظمات فوق الوطنية (العالمية) مخططات العمل للبلدان، فإنها لا تتجاهل التحديات التي تواجهها في مجال الرعاية الصحية النفسية، إلا أن تطبيقه قد يشكل تحدياً خاصة للدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط. توفير التدابير الكافية لتخفيف عبء المرض، النفسي والجسدي، لدى مرضى الفصام يعتمد على التشريعات المحلية في كل بلد. بالإضافة إلى ذلك، يتطلب هذا تنسيقاً فعالاً للخدمات والتمويل، واستمرارية الرعاية الصحية والاجتماعية، والتزام مع أنظمة العدالة الجنائية والإعانة والتوظيف. هناك أدلة كثيرة على أن المبادرات المصممة لتحسين استمرارية الرعاية يمكن أن تحقق نتائج إيجابية ^{٣٤٠،٣٤١}

بالنسبة لحالات الأمراض النفسية الحادة مثل الفصام، في بعض البلدان، لا يتمكن ما يصل إلى ٩٠٪ من المرضى من الحصول على الرعاية المناسبة. ^{٣٤٢،٣٤٣} على سبيل المثال، وعلى الرغم من الترويج لإلغاء الرعاية المؤسسية (التنويم داخل الوحدات الداخلية) على أنه يصب في مصلحة المرضى، إلا أنه عملياً يتطلب استثمارات مالية وهيكلية واستراتيجية كبيرة في الخدمات المجتمعية لرعاية المرضى ^{١٨}، وهو ليس متاحاً دائماً كخيار. ولا يزال تحقيق ذلك تحدياً، كما أنه يختلف اختلافاً كبيراً داخل البلدان وفيما بينها. ^{١٧،١٨} إجمالاً، يُخصص دولاران من أصل ثلاثة دولارات من الإنفاق الحكومي النادر على الصحة النفسية للعلاج المركزي طويل الأمد في المستشفيات، ^{٣٠٦} بينما تُؤجل دول أخرى إلغاء الرعاية المؤسسية (الوحدات الداخلية) مع التركيز على الرعاية في المستشفيات. ^{١٨،٣٤٤}

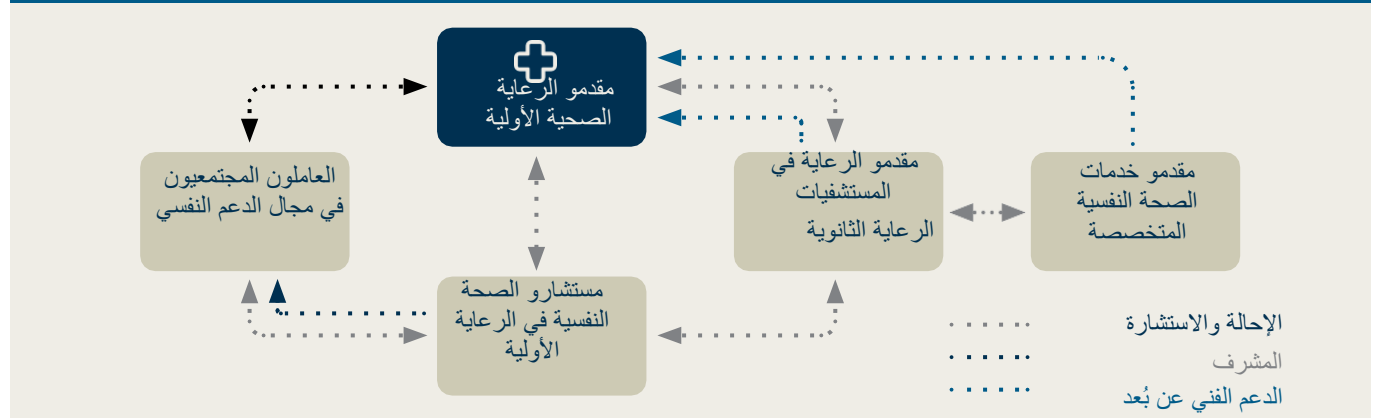
الاستثمار في الخدمات المجتمعية وتوسيع نطاق الرعاية مع غير المتخصصين: الاستفادة من نموذج برنامج العمل لسد فجوة الصحة النفسية أو إطار عمل لتمكين غير المتخصصين في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل من تقديم خدمات الصحة النفسية الأساسية.

إن البحث في كيفية توسع تقديم الخدمات لهؤلاء الأفراد هو أمر بالغ الأهمية. ولكن كان هناك نقص في الأدلة التجريبية حول الاستفادة من الموارد البشرية المتاحة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ^{٣٤٣} وقد أشار تطوير برنامج عمل فجوة الصحة النفسية من قبل منظمة الصحة العالمية إلى أن المسار الأكثر جدوى لتوسيع نطاق رعاية الصحة النفسية في البيئات محدودة الموارد هو تمكين غير المتخصصين من تقديم الجزء الأكبر من الخدمة المطلوبة. ^{٣٤٣،٣٤٥}

هذا المنهج تمت تجربته في مقاطعة كيليفي بدولة كينيا كجزء من دراسة أوسع نطاقاً. ^{٣٤٦} تلقى العاملون في مجال الرعاية الصحية الأولية في جميع مرافق الصحة العامة تدريباً على برنامج فجوة الصحة النفسية mhGAP-IG بطريقة عشوائية متدرجة على مدار ١٦ شهرًا. أظهرت النتائج تحسناً في معرفة هؤلاء العاملين بالصحة النفسية، وتقبلها، ومواقفهم تجاهها، على الرغم من عدم وجود زيادة ملحوظة في تشخيص الاضطرابات الذهانية. أثبتت هذه الطريقة فعاليتها وقابليتها للتطبيق، حيث قللت من فجوة العلاج والوصمة المرتبطة به، وحسنت نتائج المرضى في الاضطرابات النفسية والعصبية والادمان على المواد المخدرة.

بناءً على ذلك، يقدم بولتون وآخرون (٢٠٢٣) إطاراً للرعاية الشاملة والتعاونية والمجتمعية (ج ٤) لخدمات الصحة النفسية المتاحة في البيئات منخفضة الموارد (الشكل ١٢). ^{٣٤٧} يحدد الإطار أنواع العاملين بناءً على مهاراتهم التي يجب التركيز عليها: التثقيف النفسي الأساسي وتبادل المعلومات؛ الاستشارة النفسية العلاجية القائمة على الأدلة على مستوى المجتمع؛ والرعاية الطبية الأولية وخدمات الصحة النفسية المتخصصة الأكثر تقدماً للحالات الأكثر شدة أو تعقيداً. ^{٣٤٧}

الشكل ١٢، مقتبس من Bolton وآخرين، ٢٠٠٣، إطار الرعاية الشاملة والتعاونية والمجتمعية، C٤، للبلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. ^{٣٤٧}



تدريب الممرضات في منغوليا والمملكة المتحدة: ٣٤٨

يعد مشروع (تدريب ممرضات الصحة النفسية المنغوليات)

(MoMeNT)، وهو برنامج مدته ثلاث سنوات، انطلق عام ٢٠١٨ بقيادة البروفيسورة فيونا نولان، تطوراً رئيسياً في تدريب ممرضات الصحة النفسية في دولة منخفضة الدخل. في ظل تحديات محدودة الموارد وصعوبة الوصول إلى الأساليب الحديثة لخدمات رعاية الصحة النفسية، برز مشروع (مومت) كاستجابة لتعزيز مهارات الممرضات العاملات في خدمات الصحة النفسية. وقد حصلت هذه المبادرة على منحة قدرها مليون يورو من برنامج إيراسموس+ التابع للمفوضية الأوروبية "لبناء القدرات في التعليم العالي".

قاد التعاون بين ست جامعات من المملكة المتحدة وفنلندا وهولندا ومنغوليا إلى إنشاء برنامج راند مدته ستة أشهر لمنح شهادة الدراسات العليا في تريض الصحة النفسية، صُمم هذا البرنامج الرائد، وهو الأول من نوعه في آسيا، خصيصاً لمعالجة العوامل القانونية والثقافية والاقتصادية الفريدة في منغوليا. ويهدف إلى سد الفجوة في التدريب المتخصص للممرضين العاملين في خدمات الصحة النفسية، وتعزيز مهاراتهم ومكانتهم داخل نظام الرعاية الصحية، ويعمل أيضاً على زيادة الوعي بالصحة النفسية في بيئة محدودة الموارد بدعم من جهات مثل وزارة الصحة المنغولية ومنظمة الصحة العالمية، يُمثل مشروع (مومت) نقلة نوعية في تطوير خدمات الصحة النفسية، وبشكل أكثر تحديداً في مجال التريض، في منغوليا. هذا التدريب يمكن أن ينقل إلى أي بلد أو بيئة يستفيد فيها الممرضون والممرضات من تدريب متخصص حديث معتمد من الجامعة في مجال الرعاية الصحية النفسية، والذي يدمج قيم التعافي والإنتاج المشترك والتفاعل مع المتعايشين مع المرض النفسي.

في الوقت نفسه، وفي المملكة المتحدة، ومع تزايد معدلات الشواغر وصعوبة جذب السكان المحليين للعمل في مجال الرعاية الصحية النفسية، كان هناك تركيز كبير على توظيف الممرضات الحاصلات على تعليم دولي، وخاصة من البلدان منخفضة الدخل. وقد مثل توظيف هؤلاء الممرضات للعمل في خدمات الصحة النفسية في المملكة المتحدة تحدياً، نظراً لنقص التدريب المتخصص في بلدانهم الأصلية. وتعمل الكلية الملكية للتريض في المملكة المتحدة حالياً مع البروفيسور نولان لتكييف مواد التدريب من مشروع (مومت) لتناسب مع قوانين الصحة النفسية في المملكة المتحدة وغيرها من المتطلبات المحددة، بهدف توفير مورد مركزي، يمكن الوصول إليه في جميع أنحاء المملكة المتحدة، لدعم الانتقال والتكامل الفعال للممرضات الحاصلات على تعليم دولي. ويوضح هذا النهج الالتزام بتوفير تعليم شامل وقابل للتكيف في مجال رعاية الصحة النفسية، بهدف دعم انتقال الممرضات المعينات دولياً والعمل كنموذج للرعاية ذات الجودة والتطوير المهني في خدمات الصحة النفسية.

مشروع طب الشوارع والفرق المتنقلة في الولايات المتحدة الأمريكية

٣٤٩

يعد هذا المشروع واعداً في توفير رعاية فعالة لمرضى الفصام. وتُظهر برامج مثل "عملية شبكة الأمان" في الولايات المتحدة الأمريكية فوائد هذه الأساليب. تتكون هذه الفرق عادةً من ممرض / ممرضة للمساعدة في تحديد المواعيد الطبية وتنسيق الرعاية، وأخصائي دعم الأقران الذي غالباً ما يكون شخصاً لديه تشخيص بالفصام. لا تقتصر هذه البرامج على توفير الرعاية الفورية فحسب، بل تلعب أيضاً دوراً هاماً في الإدارة والدعم على المدى الطويل، ما يثبت أن الفصام من الممكن إدارة علاجه بفعالية، وتمكين الأشخاص من عيش حياة مُرضية. يُمكن أن يكون هذا النموذج مفيداً بشكل خاص في المناطق ذات الموارد المحدودة للمرافق الكبيرة أو مراكز الصحة النفسية المجتمعية.

تدريب قادة العمل المدني العاملين في المجتمع في أيرلند ٣٥٠

مثّلت ورشة "الاستجابة للمحن النفسية في المجتمع" المقدمة لكبار مديري جهاز الشرطة الوطنية الأيرلندية جهداً ملحوظاً لتقديم دعم أفضل لمن يعانون من محن صحية نفسية. وقد وفرت الورشة تثقيفاً لأجهزة إنفاذ القانون حول قضايا الصحة النفسية، من خلال دمج عناصر تفاعلية وأنشطة جماعية ورؤى من منسقين مروا بتجربة الضيق النفسي. وشملت المحاور الرئيسية التمييز بين الصحة النفسية والمرض، وتحقيق التوازن بين السلامة، والالتزام بالسياسات، ورعاية الفرد، وضرورة تقديم دعم أكثر تنظيماً من خدمات الصحة النفسية. وقد ساهم نجاح الورشة، التي تُقدّر لما قدمته من تعاطف ورؤى عملية، في دفع هيئة الصحة النفسية الأيرلندية إلى تحسين محتواها وتوسيع موارد التعلم لخدمة الشرطة، ما يظهر موقفاً استباقياً للتعامل مع الصحة النفسية ضمن أجهزة إنفاذ القانون.

من الممكن أيضاً تقديم تدريب أو توجيه مماثل لقادة المجتمع الآخرين، على سبيل المثال القادة الدينيين وغيرهم ممن لديهم مسؤوليات مدنية، والذين قد يجدون أنفسهم يعملون مع أشخاص لديهم الفصام وغيره من حالات الصحة النفسية دون معرفة أفضل الطرق لدعمهم

معالجة الوصمة في الدنمارك: ٣٥١

واحد منا هي مبادرة لمكافحة الوصمة في الدنمارك، تهدف إلى الحد من التمييز والإقصاء المجتمعي المرتبط بحالات الصحة النفسية، مع التركيز بشكل خاص على مرض الفصام. تم إطلاقها في عام ٢٠١١ ويتم تنظيمها كجزء من هيئة الصحة الدنماركية، حيث تدار من الأفرع المحلية والتي تعرف بمركز المعلومات النفسية PshkInfo

Abbreviations

ACT	Assertive Community Treatment
APEC	Asia Pacific Economic Cooperation
CBT	Cognitive Behavioural Therapy
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities
CTI	Critical Time Intervention
DALYs	Disability Adjusted Life Years
EPS	Extrapyramidal Symptoms
EUFAMI	European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness
GAF	Global Assessment of Functioning
GAMIAN	Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks
GASA	Global Anti-Stigma Alliance
HOPES	Health Outcomes Through Positive Engagement and Self-Empowerment
HTA	Health Technology Assessment
ICD-11	International Classification of Diseases 11
IPS	Individual Placement and Support
LAIs	Long-Acting Injections /Injectables
LCF	Life Chances Fund
LMIC	Low- and Middle-Income Countries
MHC	Mental Health Court
mhGAP	Mental Health Gap Action Programme
MIND	Mental Improvements of Nations Development
MoMeNT	Mongolian Mental Health Nurse Training Project
m-RESIST	Mobile Therapeutic Attention for Treatment Resistant Schizophrenia
NAMI	National Alliance on Mental Illness
NGO	Non-Government Organisation
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NPO	Non-Profit Organisation
OECD	Organisation for Economic Co-Operation and Development
PHMNP	Psychiatric Certified Nurse Practitioners
PPP	Purchasing Power Parity
RCT	Randomised Controlled Trials
SDM	Supported Decision Making
SME	Small or Medium Enterprise
SOP	Social Outcomes Partnerships
tDCS	Transcranial Direct Current Stimulation
UN	United Nations
VCSE	Voluntary, community and social enterprise
WHO	World Health Organization
WPA	World Psychiatric Association

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, Domínguez 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. Arumuham 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* 2022.22;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-relapsingremitting-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. McDavid 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, Olsson 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. McDavid 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. Fonseka 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, Zarlinga 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, Onnella 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. Fleischacker 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, iclupertin (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 Psychiatr* 2020; 53:102392. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102392. PMID: 32956993.
156. Narita Z, Stickley A, DeVyllder 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 WL. 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 (Heidelberg)* 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 L, *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, Puthiyackal 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, Mutsatsa 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, Sitzer 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/s11126-019-09686-5. 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, Amadeo 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, Stoleran 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%20John%20F.%20Kennedy%20and%20People%20with%20Intellectual%20Disabilities> (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-ares61106.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-INIT/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%20support%20at%20local%20and%20regional%20and%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, Adediji 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%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 a 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/da/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).

الفصام، حان الوقت للالتزام بتغيير السياسات

تقرير محدث لعام ٢٠٢٤