

DERLEME

Şizofreni ve İki Uçlu Bozukluğun Tedavisinde Ruhsal Toplumsal İyileştirim Çalışmaları

Psychosocial Rehabilitation Interventions in the Treatment of Schizophrenia and Bipolar Disorder

Mustafa YILDIZ^{1B}

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli, Türkiye

ÖZ

Şizofreni ve iki uçlu bozukluk erken yaşlarda başlayan, en uygun ilaç tedavilerine rağmen yüksek depresme oranı ve işlevsel yıkımla giden süregelen hastalıklar olup ek ruhsal toplumsal tedavi ve iyileştirim çalışmalarına gereksinim duyar. Kanıta dayalı ruhsal tedavi ve iyileştirim girişimleri olarak bağlılık tedavisi, ruhsal eğitim, bilişsel davranışçı tedavi, kişilerarası ve toplumsal dizem tedavisi, bilişsel onarım, toplumsal beceri eğitimi, aile eğitimi, mesleki iyileştirim, olgu yönetimi, yerinde girişken tedavi, uğraş/sanat tedavisi ve akran desteği sayılabilir. Ruhsal toplumsal iyileştirim girişimlerinin etkinliği birçok çalışmada gösterilmiştir.

Çalışmalar, genellikle ilaç tedavisine eklenen bu girişimlerin, belirtilerde azalmaya, depresmelerin önlenmesine, hastane yatışlarının azalmasına, toplumsal işlevsellikte artmaya, işe yerleşim oranında artmaya, doyumlu bir yaşam kalitesinin sağlanmasına katkı sunduğunu göstermektedir. Bu gözden geçirme yazısında şizofreni ve iki uçlu bozukluk hastalarının tedavisinde yaygın olarak başarılı bir şekilde kullanılan ruhsal toplumsal iyileştirim girişimleri açıklanacaktır.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, iki uçlu bozukluk, ruhsal toplumsal tedaviler, iyileştirim girişimleri

ABSTRACT

Schizophrenia and bipolar disorder are chronic conditions with the early onset, higher relapse rate, and functional impairment that often persist despite optimum pharmacotherapy, underscoring the need for adjunctive psychosocial treatments and rehabilitation interventions. Evidence-based psychosocial treatment and rehabilitation interventions for both illnesses are adherence therapy, psychoeducation, cognitive-behavioral therapy, interpersonal and social rhythm therapy, cognitive remediation, social skills training, family education, vocational rehabilitation, case management, assertive community treatment, occupational/art therapy, and peer support. The efficacy of these interventions has been shown in

many studies. Trials generally reveal that symptom reductions, relapse preventions, reduced hospitalizations, increased social functioning, increased employment rate, and satisfactory quality of life for patients with schizophrenia and bipolar disorder are possible by using these interventions adding to optimal pharmacotherapy. This review describes the psychosocial rehabilitation interventions that have been used successfully and extensively in patients with schizophrenia and bipolar disorder.

Keywords: Schizophrenia, bipolar disorder, psychosocial treatments, rehabilitation interventions

Cite this article as: Yıldız M. Şizofreni ve İki Uçlu Bozukluğun Tedavisinde Ruhsal Toplumsal İyileştirim Çalışmaları. Arch Neuropsychiatry 2021;58:(Ek 1): 77-82.

GİRİŞ

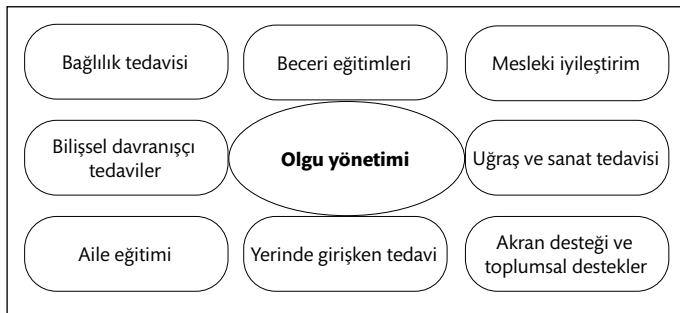
Şizofreni (Şz) ve iki uçlu bozukluk (İUB) biyolojik, kalıtsal ve çevresel etmenlerin etkileşimiyle erken yaşlarda ortaya çıkan, alevlenme, düzelme ve yinelemelerle giden, belli oranda işlevsel bozulmaya yol açan, yaşam boyu süren ciddi ruhsal hastalıklardır (1). Şz'li olan hastaların nerdeyse yarısında, İUB'si olan hastaların da nerdeyse üçte birinde belirgin düzeyde yetiyitimi görülür (2-5). Yetiyitimi, kişinin olağan günlük işlerini, toplumsal ilişkilerini ve mesleğini yürütmesini engelleyecek düzeyde işlevsel kaybın olmasıdır (6). Yetiyitiminin en önemli nedeni bilişsel bozulmadır, ancak eksiklik belirtileri ve kalıntı depresif belirtilerin de katkısı olduğu bilinmektedir (7-9) Bireylerin toplumsal ve mesleki kimliklerini kazanma dönemlerinde ortaya çıkan ve döneme özgü becerilerin gelişmesine ket vuran bu hastalıkların tedavisinde önleme, erken tedavi ve iyileştirim (rehabilitasyon) çalışmaları ağırlık kazanmaktadır. Hastalığın öncü belirtilerinin ortaya çıkmasıyla başlayan erken girişimler, en uygun ilaç tedavileri ve kanıta dayalı ruhsal toplumsal tedavi yaklaşımlarının uygulanması, yinelemelerin önlenmesi,

yaşam kalitesi ve işlevselliğin artırılması bu hastalıklarda tedavinin ana eksenini oluşturur (10, 11).

Gerek antipsikotik gerekse duyudurum dengeleyici ilaç kullanımı hem belirtileri yatıştırma hem yinelemeleri önleme hem de işlevsel yıkımı azaltma açısından temel öneme sahiptir (12, 13). Ancak, yalnızca ilaç tedavileri yeterli olmamaktadır. Yanı sıra belirtiler ve işlevselliği hedef alan ruhsal toplumsal iyileştirim girişimleri (RTİG), eklenen tıbbi ve diğer ruhsal hastalıkların tedavisine yönelik girişimler de tedavi planlarına dahil edilmelidir (14, 15). İlaç tedavilerine eklenen RTİG'in ana hedefi hastaların ilaç tedavisine bağlılığını sağlayarak tedavinin etkisini artırmak, başetme becerilerini geliştirerek depresme ve yinelemeleri önlemek, böylece hastalığın yıkıcılığını azaltmak, ruhsal ve toplumsal işlevselliği artırmak, damgalamaya karşı güçlenmeyi sağlamak, aile ya da bakıcılara eğitim vererek iyileşme düzeyini artırmaktır (10, 16-18). Ancak bu

hastalıkların tedavisinde hastaların tedaviye gelmelerini beklemek hiç de doğru bir yaklaşım değildir. Tedaviye başlandığında bile, içgörü bozukluğu, isteksizlik, güdülenim azlığı, kaygı, çöküntü, büyüklük duygusu ve düşünceleri, bilişsel sorunlar, uzun süreli tedavinin getirdiği yükler, damgalanma, iyileşmiş olduğu düşüncesi gibi nedenlerle hastalar sıklıkla tedaviyi bırakmakta ve yeniden hastalanmaktadır (19-21). Her bir hastalık dönemi de ne yazık ki daha fazla işlevsel yıkımı getirmektedir. Hastaların tedavide kalması, RTİG'le desteklenmesi, gereken alanlarda beceri eğitimi alması, kriz dönemlerinde acil girişimlerin yapılması için kapsayıcı ve eşgüdümlü iyileştirim çalışmalarına gereksinim vardır (6). Bütün bunların gerçekleşmesi hastanın ilk atakla birlikte aile ve çevresiyle bir bütün olarak ele alınmasına, tedavi sürecinde işlevsel kayıpları önlemeye yönelik girişimlerin ivedilikle başlanmasına ve yetiyitimi oluştuğunda beceri geliştirmeye yönelik çalışmaların yapılmasına bağlıdır.

Kalıntı belirtilerin tedavisine ve yinelemeleri önlemeye yönelik girişimler erkenden başlatılmalıdır. Bunun için hastayı tedavi eden hekim ya da hekimle işbirliği içinde çalışan ruhsal sağaltman (psikoterapist) tarafından uygulanan bilişsel davranışçı tedavi (BDT) yaklaşımlarından yararlanılabilir. BDT tekniklerinin de kullanıldığı bağıllık tedavisi (adherence therapy) ve ruhsal eğitim mümkün olduğunca her hastaya verilmelidir. Çoğu hastanın iyi bir ilaç tedavisi ve eklenen BDT ile düzelmesi ve işlevselliğine geri dönmesi olasıdır. Ancak hastalık, doğası gereği yineleme eğiliminde olduğu için ilaç tedavileri nasıl uzun süre devam ediyorsa ruhsal tedavilerin de kişilerin gereksinimi çerçevesinde yoğunluğu azaltılmış biçimde destek oturumlarıyla devam etmesi önerilmektedir (16, 17). Geçmeyen kalıntı belirtiler ve depresyonun sürmesi durumunda işlevsel kayıpları en aza indirmek ve yaşam kalitesini artırmak üzere tedaviye beceri eğitimleri, aile eğitimleri, mesleki iyileştirim çalışmaları ve toplumsal destekler eklenmelidir. Bu aşamada olgu yönetiminin devreye girmesi uygun olur. Olgu yönetimi her ne kadar aile desteği yetersiz olan hastalar için önerilse de ailelerin çoğunlukla profesyonel hizmetler konusundaki bilgisizliği nedeniyle çoğu hastanın bir olgu yöneticisinin denetiminde olmasında yarar vardır. Olgu yöneticisi hastayı ruhsal iyileştirim ilkeleri çerçevesinde değerlendirir ve hastanın gereksindiği hizmetleri almasını sağlar. Sık depresyon, şiddet davranışları ve belirgin işlevsel kayıpların olduğu bireyler için olgu yönetimi, yerinde girişken tedavi (YGT) ekibiyle birlikte gerçekleştirilir. Bu durumda olgu yöneticisi YGT ekibinin bir üyesi olarak çalışır. Olgu yöneticisinin eşgüdümünü sağladığı ruhsal iyileştirim hizmetleri Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Yetiyitimi olan hastalar için ruhsal iyileştirim hizmetleri

İlaç Tedavisi

İçgörü bozukluğu ve bilişsel bozulmanın temel sorunlardan olduğu hastalıklarda hastaların başlangıçtan itibaren kendi tedavilerini düzenli sürdürmeleri beklenmemelidir. Şz ve İUB hastalarının çoğu ya ailenin ikna etmesi ya zorlayarak ya da güvenlik güçleri aracılığıyla acil servise ya da psikiyatri serviserine getirilmektedir. İlaç tedavisine uyumsuzluk, yeniden hastalanma ve tekrarlayan hastane yatışları bu hasta grubunda siktir (19, 22). İlaç tedavilerini bırakmayı önlemek için yapılacak tüm girişimler tedavinin önemli bir bileşeni olmak durumundadır. Öncelikle hasta özelinde en uygun ilaç, en uygun dozda kullanılmalıdır. Hastalar arasında

ilaç kullanıyor gibi görünüş etkili dozda ilaç almayan kısmı uyumlu ya da gizli uyumsuzlar grubu olduğu unutulmamalıdır (23, 24). İlaç kullanmama riski taşıyan hastalarda uzun etkili depo antipsikotik ilaç uygulaması bir seçenek olarak düşünülmelidir (25).

Bağıllık Tedavisi

Tedaviye bağıllık önerilen ilaç tedavisine uyumlu davranmak anlamındadır. İlaç tedavisine uyumu artırmaya yönelik güdüleyici görüşmeler, ruhsal eğitim ve bilişsel davranışçı yaklaşımlar bağıllık tedavisi (BT) kapsamında değerlendirilir (26). Tedaviye bağıllığı etkileyen etmenler olarak sanrısız inançlar, içgörü bozukluğu, çöküntü ve kaygı, bilişsel yıkım, güdülenim eksikliği, hastalık ve tedaviyle ilgili deneyimler, ilaç yan etkileri, damgalanma, zekâ düzeyi, kişilik özellikleri, destek kaynaklarının özelliği, kültürel özellikler, tedavi işbirliğinin niteliği, tedavi ortamının özellikleri gibi etmenler sayılabilir (27). Belirtilen bu alanlar BT'de mutlaka ele alınmalı ve tedaviye bağıllığın önündeki engeller kaldırılmaya çalışılmalıdır. BT şizofreni, şizoaffektif bozukluk, iki uçlu bozukluk gibi ciddi ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavisinde uygulanması gereken zorunlu bir girişim olmakla birlikte depresyon, şiddet ve intihar davranışı, yeniden hastane yatışlarını önleme açısından genellikle yeterli olmamaktadır (28). BT'de hasta-hekim ilişkisi, tedavi işbirliği ve hastayla birlikte karar verme temel öneme sahiptir. Hasta ve ailenin kültürel özellikleriyle birlikte ele alınması, damgalamanın konuşulması, ilaç yan etkilerinin ayrıntılı olarak gözden geçirilmesi, hasta için en uygun ilaç dozu ve uygulamasının ayarlanması, bilişsel yetersizlik durumlarında destek kaynaklarının kullanılması, düzenli görüşmelerin sürdürülmesi tedaviye bağıllığı artırıcı girişimler olabilir.

Ruhsal Eğitim

Ruhsal eğitim (RE) ciddi ve süregelen ruhsal hastalığı olan bireylere hastalıkları, tedavileri, sonuçları, başa çıkma becerileri ve haklarıyla ilgili olarak verilen eğitimidir (29, 30). Burada hastalığın tanınmasına, içgörü geliştirilmesine, ilaç tedavisine bağıllığı ve düzenli takibe vurgu yapılır; olası bir depresyonun uyarıcı işaretlerinin tanınması ve yeni atağın önlenmesi için stratejiler geliştirilir. RE'de konusunda bilgili ve deneyimli bir eğitici hasta ve yakınlarıyla etkileşime açık bir şekilde bilgi paylaşımı yapar. Eğitici genellikle bir ruh sağlığı profesyoneldir. Genellikle süregelen dönemde olan hastalar için bireysel ya da grup halinde uygulanır. Bu eğitimde yardımcı kaynak olarak hastalar ve ailelere yararlanabilecekleri kitap ya da kitapçıklar verilebilir. Oturumlarda bilgilendirme yanı sıra hasta ve yakınlarının yanlış bilgilerinin düzeltilmesine özen gösterilir. Onların deneyimlerini paylaşması sağlanır. RE belirlenmiş bir program çerçevesinde haftalık olarak yapılan oturumlarla gerçekleşir. Eğitimin hastalığın erken evresinde verilmesi, grup olarak verilmesi ve birkaç ay sürmesi depresyonun önleme üzerinde etkili bulunmaktadır (31, 32). Tedavi kılavuzları özgün bir RE modeline vurgu yapmaksızın tüm hasta ve yakınlarına hastalık, tedavi ve sonuçlarıyla ilgili doğru ve güncel bilginin verilmesini rutin tedavinin bir parçası olarak önermektedir (26-28, 33, 34).

Bilişsel Davranışçı Tedaviler

Bilişsel davranışçı yaklaşım düşünce, duygu ve davranışların ilişkiselliğini temel alır. Belirtilerin doğması ve sürmesinde mantık dışı düşünce ve davranışların rolüne vurgu yapılır. Sanrı ve varsanların altında yatan ruhsal düzeneklerin anlaşılması, içgörü gelişmesi, gerçeği değerlendirmenin iyileşmesi ve işlevselliğin artması temel hedeflerdir. Bunun için çarpık düşünme kalıplarının değiştirilmesi, seçenekli düşünme, rehberli keşif, gerçekliği sınama gibi teknikler kullanılır. Temel amaç hastaların psikotik belirtileriyle ve belirtilerin doğurduğu sıkıntılarla başa çıkmasını sağlamak, işlevselliğin artırılması, çöküntü ve kaygı gibi belirtilerin giderilmesidir (10, 35, 36). BDT'nin tedaviye bağıllığı artırdığı, depresyonun azalttığı, işlevselliği artırdığı, iyileşmeyi güçlendirdiği gösterilmiştir (37-39). BDT uygulamaları hem iven (akut) dönem hem süregelen dönem hem de düzleme durumundaki hastalar için tedavi kılavuzları tarafından önerilmektedir (26-28, 33, 34) Öncü belirtilerin olduğu dönemde BDT'nin yararlı olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Özellikle dirençli Şz ve İUB tedavisinde hastalığın doğurduğu sıkıntıları ve yetiyitiminin etkisini

azaltmak açısından ilaç tedavisine eklenmesi gerekir. Kısa süreli değil, en az 16 oturum olmak üzere uzun süre uygulanması daha yararlı bulunmaktadır. Haftalık oturumlar özellikle eksiklik belirtileri fazla olan hastalar açısından zorlayıcı olabilir. Bu nedenle oturum sıklığı ve süresi konusunda esnek olunması gerekebilir (40). Kabul ve kararlılık tedavisi (acceptance and commitment therapy) (41), üst-biliş eğitimi (meta-cognitive training) (42), durugörü temelli BDT (mindfulness-based cognitive therapy) (43), eýtışimsel davranış tedavisi (dialectical behavior therapy) (44) gibi bilişsel davranışçı yaklaşımları temel alan tedaviler de yararlı bulunmaktadır.

Toplumsal Beceri Eğitimi

Toplumsal beceri eğitimi (TBE) hastaların toplumsal ortamlardaki sınıksızını azaltmak ve toplumsal ilişkilerini geliştirmek üzere tasarlanmış bir dizi beceri geliştirme eğitimidir (6, 45). Sözel ve sözel olmayan iletişim becerilerini geliştirerek hastaların toplumsal ipuçlarını uygun şekilde değerlendirmesi ve ortama uygun tepkiler vermesini sağlamaya çalışır. Farklı yaklaşımlar gösteren beceri eğitimi programları olmakla birlikte TBE'de genel olarak davranışçı tedavi yaklaşımları kullanılır. Beceri, eğitici tarafından anlatılır ve gösterilir, hastanın rol oynaması sağlanır, olumlu ve düzeltici geribildirimler verilir, gerçek ortam alıştırılmaları yapılır ve ev ödevleri verilir. Doğrudan toplumsal işlevselliği artırmaya yönelik, yaparak öğrenilen girişimlerdir. Özellikle eksiklik belirtilerinin etkisinde kalan hastalarda yararlı bulunmaktadır. Hastalıkla ilgili bilgilendirme ve depresyonların önceden tanınmasına yönelik eğitimi de içerir. Temel TBE modeli hastaların farklı alanlardaki gereksinimlerini karşılamak üzere Liberman ve ark. (6) tarafından Toplumsal ve Bağımsız Yaşama Becerileri modülleri şeklinde geliştirilmiştir. Burada içerilen modüller: 1) ilaç tedavisi, 2) belirtilerle başa çıkma, 3) temel konuşma becerileri, 4) topluma yeniden katılım, 5) eğlenti etkinlikleri, 6) madde kötü kullanımıyla başa çıkma, 7) iş yerinde temel beceriler, 8) arkadaşlık ve yakınlık kurma ve 9) ailelerin hizmetlere dahil edilmesidir. Programın eğiticiler için uygulama kitabı, hastalar için çalışma kitabı ve örnek davranışları içeren video kasetleri vardır. TBE, tedavi kılavuzlarından NICE (26) tarafından önerilmemekle birlikte hem PORT (33) hem de APA (28) tarafından diğer RTİG'le birlikte yetiyitimi olan hastalarda uygulanabileceği belirtilmektedir.

Bilişsel Onarım Tedavisi

Bağımsız yaşam, toplumsal ilişkiler ve iş alanlarındaki işlevsel bozulmanın altında yatan en önemli neden olarak bilişsel bozulma şizofrenide daha belirgin olmakla birlikte özellikle psikotik belirtili İUB hastalarında da önemli oranda görülmektedir (7). Şizofrenide dikkat, işlem belleği, işleme hızı, sözel bellek, görsel bellek, usyürütme ve sorun çözme, soyut düşünme, sözel kavrama ve toplumsal biliş alanlarında bozulma belirgindir (46, 47). İUB hastalarındaki bilişsel bozulmanın şiddeti Şz'ye göre daha düşüktür (48, 49). Bilişsel bozulma üzerine etki eden bir ilaç tedavisi ise henüz bilinmemektedir (50). Ancak bilişsel işlevselliği artırmaya yönelik bilişsel onarım/iyileştirim tedavileri geliştirilmiştir. Bilişsel onarım dikkat, bellek, dil ve yürütücü işlevlerdeki sorunları gidermeye yönelik olarak yapılan bir dizi alıştırma ve girişimin birlikte uygulandığı iyileştirim çalışmasıdır (51). Bilişsel kusurları doğrudan hedefleyen alıştırılmalar, bilişsel kusurlar için tamamlayıcı stratejilerin geliştirilmesi ve hastaların bilişsel görevleri yerine getirmesi için çevresel desteklerin sunulması bilişsel onarım tedavisi (BOT) girişimleridir (52, 53). BOT'un hedeflenen bilişsel işlev alanlarında güçlenmeye yol açarak işlevselliği artırdığı gösterilmiştir (52, 54, 55). BOT çalışmalarının toplumsal beceri eğitimi, mesleki iyileştirim ve destekli işe yerleştirim gibi diğer RTİG'le birlikte uygulandığı zaman daha etkili olduğu vurgulanmaktadır (52, 56, 57). BOT'nin hem bilişsel işlevler hem de toplumsal işlevsellik üzerinde uzun süreli etkisi gösterilemediği için tedavi kılavuzları (26-28, 33, 34) tarafından rutin olarak önerilmemekte ancak deneysel amaçlı kullanılabilceği vurgulanmaktadır. BOT diğer RTİG'le birlikte uygulanarak rutin tedavi hizmetlerinin içinde yer alabilir, ancak alanda yetişmiş yeterli personelin olmaması rutin uygulamanın önünde zorluk olarak durmaktadır. BOT için yeterli maliyet/yarar çalışmalarına da gereksinim vardır.

Bilişsel onarım tedavisinin bir çeşidi olarak işlevsel onarım tedavisi hastaların sinirbilimsel kusurlarıyla başa çıkmalarında yardımcı olacak teknikleri öğretir. Bireysel ya da grup ortamında uygulanabilir. Grup ortamı hastalar için aslında bilişsel sorunlarıyla başa çıkmada uygun bir çevre oluşturur. Günlük işlerinde bilişsel sorunlar nedeniyle karşılaştıkları engelleri anlamaları sağlanır. Bilişsel kusurlar üzerine ruhsal eğitim verilir. Özellikle dikkat, bellek ve yürütücü işlev alanlarındaki kusurlarla başatma yöntemleri öğretilir. Model olma, rol oynama, kendini-yönlendirme, sözel yönerge, olumlu pekiştirme, üst-bilişsel ipucu tekniklerini kullanan bir yöntemdir (58).

Kişilerarası İlişkiler ve Toplumsal Dizem Tedavisi

İUB'si olan hastaların özellikle çokküntülü evrede yaşadığı kişilerarası ilişki sorunlarına ve uyku/uyanıklık döngüsündeki bozulma nedeniyle taşkınlık dönemine kaymayı önlemeye odaklanan bir yaklaşımdır (11). Bu tedavide kişiler arası ilişki sorunları, rol çatışmaları, ilişki gereksinimleri, kayıpla ilgili sorunlar ele alınır ve yatış-kalkış zamanı, egzersiz, toplumsal ilişkiler gibi günlük yaşamın düzenli olarak yapılması gereken eylemlerinin düzene konmasına çalışılır. Atak sonrasında hastanın günlük yaşamını düzenlemesi sağlanır ve yeni bir atağın doğmasına neden olabilecek tetikleyicilerin saptanmasına çalışılır. Bu tedavinin yinelemeleri azalttığı, işlevselliği artırdığı gösterilmiştir (59).

Aile Eğitimi

Aile eğitiminin (AE) temel amacı hastanın aile üyelerini, bakıcılarını ya da ilgili yakın çevresini hem iven hem de süregelen dönemde tedavi ve iyileştirim sürecine dahil etmektir. Bu eğitimde bilişsel, davranışçı ve destekleyici öneriler aile tedavisi öğeleriyle birleştirilerek sunulur (60, 61). Ailelere hastanın başatma becerilerinin geliştirilmesinde destek olacak şekilde eğitim verilmesi, aşırı duygu dışavurumunu azaltmaya yönelik beceriler kazandırılması, sorun çözme ve iletişim becerilerinin geliştirilmesi bu girişimlerden (62). Aile eğitimiyle aile ile hastalar arasındaki ilişkilerde düzelmeye görülmekte, hastaların zorlanım (stres) algısı azalmakta, tedaviye bağlılık artmaktadır. Böylece depresyon ve yatışlar azalmakta, iyileşme düzeyi artmaktadır (63). Doğrudan ya da dolaylı etki ile aile üyelerinin yükü ve sınıksız azalmakta, onların da ilişkileri düzelmektedir. AE tedavi kılavuzları tarafından hem iven dönem hem de süregelen dönemde önerilmektedir (26-28, 33, 34). Bireysel ya da grup halinde uygulanabilen eğitimlerin ortalama 3-4 ay sürmesi ya da en azından 6 oturum olması yeterli görülmektedir (64). Hastalıkların süregelen ve yineleyici doğası düşünüldüğünde ailelerin gereksinimine göre destek oturumları sürdürülebilir.

Mesleki İyileştirim Çalışmaları

Hastalar gerek iven gerekse süregelen dönemde meslek yaşamından uzaklaşmakta, yetiyitimiyle birlikte mesleğini yürütemez hale gelmektedir. İşsizlik oranı hem Şz hem de İUB hastaları arasında topluma göre çok yüksektir (65). Çalışmayan hastaların en büyük sorunu işe yaramazlık, benlik saygısı düşüklüğü ve damgalanmadır. Bu etmenler tedaviden kopmaya, çokküntüye ve yeni ataklara yol açarak hastalığın gidisini olumsuz etkileyebilmektedir. İşsizlik bu hastalıkların maliyetini hem doğrudan hem de dolaylı yollarla artırmaktadır. İşsizliğin doğurduğu olumsuzlukları ortadan kaldırmak için yapılan mesleki iyileştirim çalışmaları (MİÇ) iyileştirim hizmetlerinin önemli bir ögesi olarak dünyada yaygın bir şekilde uygulanmaktadır. MİÇ'te temel amaç hastaların bir işte çalışıyor olmasını sağlamaktır. MİÇ farklı işe yerleştirme yöntemlerini kapsar. Öncesinde eğitim vererek işe yerleştirme yaklaşımında hastalar korumalı (sheltered) ya da geçici iş yerlerinde eğitim alır ve bu sırada iş aramak için hazırlanır. Bu yöntem *eğit-yerleştir* yaklaşımıdır. Destekli işe yerleştirim yaklaşımında ise hastaların kısa bir hazırlık döneminden (bir aydan az) sonra istedikleri uygun işe yerleştirilmesi ve sonrasında iş ortamında desteklenmesi söz konudur. Bu yöntem *yerleştir-destekle* yaklaşımıdır. İşe yerleştirimin zorlanıma duyarlılığı yüksek olan hasta grubunda olumsuz etkileri olabileceği düşünülmüş, ancak yapılan çalışmalar işin hastalar için yük doğurmak yerine hastane yatışlarını azalttığı, yaşam kalitesini yükselttiği, yüksek işe girme ve işte kalma oranlarıyla maliyeti azalttığı gösterilmiştir (66-68). Destekli işe yerleştirim tedavi kılavuzları tarafından

önerilmektedir (26-28, 33, 34). Çalışmaya istekli olan her hastanın destekli işe yerleştirim programına alınması gerekir.

Olgu Yönetimi

Olgu yönetiminin (OY) temel amacı, olguya ya da ciddi ruhsal hastalığı olan bireye yaşadığı ortam içerisindeki ilaç temini ya da kullanımı, mali kaynakların temini, uygun barınma ortamının sağlanması ya da sürdürülmesi, gerektiğinde hastaneye ulaştırılması gibi alanlarda pratik yardımların sağlanmasıdır. Hedef, hastanın tedavide kalması sağlanarak hastane yatışlarının azaltılması ve toplumsal işlevselliğin artırılmasıdır (6). Ofislerden ya da profesyonellerin bulunduğu yerlerden yürütülen geleneksel olgu yönetimi girişimlerine göre toplum içerisinde hastaya ve içinde bulunduğu çevreye yakın temasla yürütülen ve ekip halinde çalışılan olgu yönetimi uygulamaları daha başarılı bulunmaktadır (69). Burada önemli olan hastanın gereksinimlerinin mümkün olduğunca hızlı ve etkili bir şekilde karşılanması ve böylece hastalığın yıkıcı etkisinin önlenerek işlevselliğin üst düzeyde tutulmasıdır. Özellikle sık yinelemesi ve hastane yatışı olan, aile desteği zayıf olan ya da olmayan hastalar OY için uygun adaylardır. OY'la depresmeler ve hastane yatışları azalmakta, işlevsellik artmaktadır (70). OY kaynaklarının ve sağlık politikalarının durumuna göre çeşitli şekillerde uygulanabilir.

Yerinde Girişken Tedavi

Yerinde girişken tedavi (YGT) özellikle tedavi uyumu bozuk, süregelen belirtileri olan, depresme ve yeniden hastane yatış riski yüksek olan hastalar için toplum-temelli olarak uygulanan bütünlük özgül bir tedavi modelidir. Bu modelde her hasta kendi ortamında (ev, mahalle, iş yeri) düzenli olarak takip edilir ve acil bir durumda hızla yerinde girişim ve gerekirse hastane yatışı yapılır. Psikiyatrist, hemşire ve sosyal çalışmacıdan oluşan bir ekip belli sayıda hasta için 7/24 hizmet verir. Olgu yöneticisi de bu ekibin bir üyesidir. Hastalar düzenli olarak yerlerinde ziyaret edilir. Tıbbi ve ruhsal tedavileri, barınma ve beslenme gibi bireysel gereksinimleri karşılanır, yasal hakları sağlanır, işe yerleştirme çalışmaları yapılır. Kriz durumlarında ivedilikle YGT uygulanır. YGT'nin özellikli hastalarda belirtilerini, yeniden yatışları, hastanede yatış gününü ve evsizlik oranını azalttığı, genel olarak yaşam kalitesini artırdığı gösterilmiştir (71-73). Tedavi kılavuzları özellikle tedavi uyumsuzluğu ve sık yatışı olan hastalar için YGT'yi önermektedir (28, 33). Ancak YGT, sürekli hazır bir ekip çalışmasını gerektirdiği için her bölgenin ve sağlık dizgesinin kolayca yüklenebileceği bir hizmet değildir. Maliyet/yarar hesabına göre özgül düzenlemelerle devreye sokulacak bir hizmettir.

Akran Desteği

Benzer sorunları olan hastaların birbirleri için duygusal ve toplumsal destek görevi gördükleri etkileşimler akran desteği çerçevesinde değerlendirilir (74). Hastaların yalnızlık ve tedavi ortamlarından uzak kalma eğilimi dikkate alınırsa akran desteğinin onlar için ne kadar önemli olduğu anlaşılabilir. Akrandan öğrenme ve akranların yönlendirmesiyle tedaviye bağlılık artabilir ve akran desteğiyle güçlenme sağlanarak damgalama azalabilir (18, 75). Akran desteği uygulaması; katılımcıların deneyimlerini paylaştığı kendine yardım grupları, deneyimli hastaların yeni hastalar için yönlendirici olduğu akran destek hizmetleri, deneyimli hastaların ruh sağlığı hizmetlerinin bir parçası olduğu akran ruh sağlığı hizmetleri şeklinde değişik biçimlerde uygulanabilir.

Karma Modeller

TBE ile BOT'un birleştirildiği bütünlük ruhsal tedavi (76), bütünlük ruhsal tedaviyle birlikte uygulanan duygu yönetimi eğitimi (77), RE, BDT, beceri eğitimi ve akran desteğinin birlikte uygulandığı hastalık yönetimi ve iyileşme (78), TBE, RE, AE tekniklerini içeren ruhsal toplumsal beceri eğitimi (79), AE ve toplumsal biliş eğitiminin birlikte uygulandığı (80) tedavi uygulamaları bulunmaktadır. Merkezler, kendi olanakları ve hastalarının gereksinimleri çerçevesinde farklı tedavi yöntemlerini karma ya da ardışık olarak uygulayabilmektedir.

Şz ve İUB'de alkol madde bağımlılığı ekhastalanım (comorbidity) oranı hiç de düşük değildir. Hastaların nerdeyse üçte birinde aynı zamanda alkol,

esrar, kokain gibi bağımlılık sorunu da vardır (81). Çifte tanıli hastaların tedavisinde uygulanacak olan RTİG bağımlılıkla ilgili yaklaşımları da kapsmalıdır. RE, AE, BDT, BT, iletişim becerileri, sorun çözme becerileri gibi RTİG bütünlük olarak uygulanabilir (82-84).

Uğraş ve Sanat Tedavisi

Uğraş ve sanat tedavisi (UST) yaratıcı ifadeyi geliştirme, iletişim becerilerini artırma, içgörü kazanma ve toplumsallaşmayı destekleme gibi ruhsal tedavi tekniklerine dayanan bir dizi uğraş ve sanat etkinliğini içerir. Resim, müzik, dans, tiyatro, el-ışi gibi çalışmaları içeren bu uygulamalar genelde gruplar halinde, alanda uzmanlaşmış kişilerin yönetiminde gerçekleştirilir. Uzun zamandır kliniklerde uygulanan iyileştirim yöntemidir. Psikotik bozukluğu olan hastalarda hem iven hem de süregelen dönemde sıklıkla kullanılması ve eksiklik belirtilerinin azaltılması açısından etkin bulunmasına rağmen tedavi kılavuzları tarafından önerilmemektedir (26-28, 33, 34). UST etkinlikleri özel ortam, malzeme ve eğitilmiş insan kaynağı gerektirdiği için maliyetli olabilmektedir. UST için kaynaklar klinikler tarafından rutin olarak sağlanmalıdır. Bu alanda hangi tür tedavilerin hangi belirti ya da işlevsellik alanlarına etkili olduğu ve maliyet-yarar ilişkisi daha fazla çalışma yapılması gerektiği ileri sürülmektedir (40).

SONUÇ

RTİG'in temel hedefi tedaviye uyumu artırarak hastalığın yıkıcılığını azaltmak, hastaların hastalık ve tedavi sorunlarıyla başa çıkma, bağımsız ve toplumsal ilişkiler içinde yaşama, kendilerini işe yarar ve üretken bireyler olarak hissetmelerini sağlamak, damgalamanın etkisini azaltmaktır. Uygulanan RTİG'in olası etki araçları ve sonuçları Tablo 1'de gösterilmiştir. Tablodan da anlaşılacağı üzere hedeflenen sonuçlara tek bir tedavi yönteminin uygulamasıyla ulaşmak olası değildir. Bireysel, ailesel ve kültürel özellikler dikkate alınarak gereksinimlere göre düzenlenmiş uygulamaların hastaları daha sağlıklı bir geleceğe hazırlama olasılığı daha yüksektir. Her girişimin bu hedeflere ulaşmadaki ortak aracının hastalık özyönetimi olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Tedavilerin ana vurgusu bireyin kendi hastalığını yöneterek bağımsız ve doyumlu bir yaşam sürer hale gelmesi olmalıdır.

Tablo 1. Ruhsal toplumsal iyileştirim girişimleri, olası etki araçları ve sonuçlar

Tedavi yöntemi	Olası etki araçları	Olası sonuçlar
Bilişsel davranışçı tedaviler	Tedaviye uyum İçgörü geliştirme Bakış açısı değişikliği Başetme becerileri Hastalık özyönetimi	Genel psikopatoloji ↓ Sıkıntı ↓ Depresmeler ↓
Toplumsal beceri eğitimi	Kişilerarası ilişkiler Özgüven artışı Başetme becerileri Hastalık özyönetimi Kendini damgalamanın azalması	Toplumsal işlevsellik ↑ Günlük yaşam etkinlikleri ↑ Depresmeler ↓
Bilişsel onarım tedavisi	Bilişsel beceriler	Bilişsel işlevsellik ↑ Toplumsal işlevsellik ↑
Kişilerarası ilişkiler ve toplumsal düzen tedavisi	Kişilerarası ilişkiler Günlük rutinlerin düzeni	Depresmeler ↓ Toplumsal işlevsellik ↑
Aile eğitimi	Tedaviye uyum Olumlu ilişkiler Krizle müdahale	Depresmeler ↓ Aile yükü ↓
Mesleki iyileştirim	Özgüven artışı İşe yararlık duyguları Kendini damgalamanın azalması	İş yaşamında kalma ↑ Depresmeler ↓
Olgu yönetimi ve yerinde girişken tedavi	Krizle müdahale Hizmetlerin sağlanması	Depresmeler ↓ Hastane yatışları ↓ Sokakta kalma ↓

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağlıdır.

Finansal Destek: Yazar bu çalışma için kamu ya da ticari bir kuruluştan maddi destek almamıştır.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association. DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Lay B, Blanz B, Hartmann M, Schmidt MH. The psychosocial outcome of adolescent-onset schizophrenia: a 12-year follow up. *Schizophr Bull* 2000;26:801-816. [Crossref]
- Ferruccio NP, Tosato S, Lappin JM, Heslin M, Donoghue K, Giordano A, Lomas B, Reininghaus U, Onyejiaka A, Chan RCK, Croudace T, Jones PB, Murray RM, Fearon P, Doody GA, Morgan C, Dazzan P. Neurological Signs at the First Psychotic Episode as Correlates of Long-Term Outcome: Results From the AESOP-10 Study. *Schizophr Bull* 2021;47:118-127. [Crossref]
- MacQueen GM, Young LT, Joffe RT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2001;103:163-170. [Crossref]
- Judd LL, Akiskal HS, Schettler PJ, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, Coryell W, Maser JD, Keller MB. Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:1322-1330. [Crossref]
- Liberman LP. Yetiyitiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı. US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2008. Çeviri: Yıldız M. Ankara: Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği; 2011.
- Sheffield JM, Karcher NR, Barch DM. Cognitive Deficits in Psychotic Disorders: A Lifespan Perspective. *Neuropsychol Rev* 2018;28:509-533. [Crossref]
- Baune BT, Malhi GS. A review on the impact of cognitive dysfunction on social, occupational, and general functional outcomes in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2015;17:41-55. [Crossref]
- Gitlin MJ, Mintz J, Sokolski K, Hammen C, Altshuler LL. Subsyndromal depressive symptoms after symptomatic recovery from mania are associated with delayed functional recovery. *J Clin Psychiatry* 2011;72:692-697. [Crossref]
- Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9:465-497. [Crossref]
- Miklowitz DJ. Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: State of the Evidence. *Am J Psychiatry* 2008;165:1408-1419. [Crossref]
- Ceraso A, Lin JJ, Schneider-Thoma J, Sifakis S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Davis JM, Leucht S. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;8:CD008016. [Crossref]
- Smith LA, Cornelius V, Warnock A, Bell A, Young AH. Effectiveness of mood stabilizers and antipsychotics in the maintenance phase of bipolar disorder: a systematic review of randomized controlled trials. *Bipolar Disord* 2007;9:394-412. [Crossref]
- Altamura AC, Fagiolini A, Galderisi S, Rocca P, Rossi A. Integrated treatment of schizophrenia. *J Psychopathol* 2015;21:168-193. https://www.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/09/08_Altamura1.pdf
- Salcedo S, Gold AK, Sheikh S, Marcus PH, Nierenberg AA, Deckersbach T, Sylvia LG. Empirically supported psychosocial interventions for bipolar disorder: Current state of the research. *J Affec Disord* 2016;203-214. [Crossref]
- Patterson TL, Leeuwenkamp OR. Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res* 2008;100:108-119. [Crossref]
- Reinares M, Sánchez-Moreno J, Fountoulakis KN. Psychosocial interventions in bipolar disorder: What, for whom, and when. *J Affec Disord* 2014;156:56-55. [Crossref]
- Novick DM, Swartz HA. Evidence-Based Psychotherapies for Bipolar Disorder. *Focus* 2019;17:238-248. [Crossref]
- Kane JM, Correll CU. Optimizing Treatment Choices to Improve Adherence and Outcomes in Schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2019;80:IN18031AH1C. [Crossref]
- Birmaher B, Axelson D, Strober M, Gill MK, Valeri S, Chiappetta L, Ryan N, Leonard H, Hunt J, Iyengar S, Keller M. Clinical course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:175-183. [Crossref]
- Bonnín CM, Jiménez E, Solé B, Torrent C, Radua J, Reinares M, Grande I, Ruíz V, Sánchez-Moreno J, Martínez-Arán A, Vieta E. Lifetime Psychotic Symptoms, Subthreshold Depression and Cognitive Impairment as Barriers to Functional Recovery in Patients with Bipolar Disorder. *J Clin Med* 2019;8:1046. [Crossref]
- Colom F, Vieta E, Tacchi MJ, Sanchez-Moreno J, Scott J. Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disord* 2005;7:24-31. [Crossref]
- Olsson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2000;51:216-222. [Crossref]
- Scott J, Pope M. Self-reported adherence to treatment with mood stabilizers, plasma levels, and psychiatric hospitalization. *Am J Psychiatry* 2002;159:1927-1929. [Crossref]
- Marcus SC, Zummo J, Pettit AR, Stoddard J, Doshi JA. Antipsychotic Adherence and Rehospitalization in Schizophrenia Patients Receiving Oral Versus Long-Acting Injectable Antipsychotics Following Hospital Discharge. *J Manag Care Spec Pharm* 2015;21:754-768. [Crossref]
- National Institute for Health & Clinical Excellence. Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care 2014. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- Galletly C, Castle D, Dark F, Humberstone V, Jablensky A, Killackey E, Kulkarni J, McGorry P, Niessen O, Tran N. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Aust N Z J Psychiatr* 2016;50:410-472. [Crossref]
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia 2019. <https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/Clinical%20Practice%20Guidelines/APA-Draft-Schizophrenia-Treatment-Guideline-Dec2019.pdf>
- Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;6:CD002831. [Crossref]
- Smith D, Jones I, Simpson S. Psychoeducation for bipolar disorder. *Adv Psych Treat* 2010;16:147-154. [Crossref]
- Bond K, Anderson IM. Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disord* 2015;17:349-362. [Crossref]
- Alhadidi MM, Abdullah KL, Yoong TL, Hadid LA, Danaee M. A systematic review of randomized controlled trials of psychoeducation interventions for patients diagnosed with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry* 2020;66:542-552. [Crossref]
- Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, Lehman A, Tenhula WN, Calmes C, Pasillas RM, Peer J, Kreyenbuhl J; Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010;36:48-70. [Crossref]
- Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Bond DJ, Frey BN, Sharma V, Goldstein BI, Rej S, Beaulieu S, Alda M, MacQueen G, Milev RV, Ravindran A, O'Donovan C, McIntosh D, Lam RW, Vazquez G, Kapczinski F, McIntyre RS, Kozicky J, Kanba S, Lafer B, Suppes T, Calabrese JR, Vieta E, Malhi G, Post RM, Berk M. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2018;20:97-170. [Crossref]
- Menon M, Balzan RP, Harper K, Kumar D, Andersen D, Moritz S, Woodward TS. Psychosocial approaches in the treatment of psychosis: Cognitive Behavior Therapy for psychosis (CBTp) and Metacognitive Training (MCT). *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2017;11:156-163. [Crossref]
- Morrison AP, Renton JC, Dunn H, Williams S, Bental RP. Cognitive therapy for psychosis: A formulation based approach, 1st ed. London: Brunner-Routledge; 2003. [Crossref]
- Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N, Parr-Davis G, Sham P. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:145-152. [Crossref]
- Jones SH, Smith G, Mulligan LD, Lobban F, Law H, Dunn G, Welford M, Kelly J, Mulligan J, Morrison AP. Recovery-focused cognitive-behavioural therapy for recent-onset bipolar disorder: randomized controlled pilot trial. *Br J Psychiatry* 2015;206:58-66. [Crossref]
- Chiang K-J, Tsai J-C, Liu D, Lin C-H, Chiu H-L, Chou K-R. Efficacy of cognitive-behavioral therapy in patients with bipolar disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE* 2017;12:e0176849. [Crossref]
- Ventriglio A, Ricci F, Magnifico G, Chumakov E, Torales J, Watson C, Castaldelli-Maia JM, Petito A, Bellomo A. Psychosocial interventions in schizophrenia: Focus on guidelines. *Int J Soc Psychiatr* 2020;66:735-747. [Crossref]

41. Gaudiano BA, Herbert JD. Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behav Res Ther* 2006;44:415–437. [\[Crossref\]](#)
42. Briki M, Monnin J, Haffen E, Sechter D, Favrod J, Netillard C, Cheraitia E, Marin K, Goyvadovskaya S, Tio G, Bonin B, Chauvet-Gelinier JC, Leclerc S, Hodé Y, Vidailhet P, Berna F, Bertschy AZ, Vandel P. Metacognitive training for schizophrenia: A multicentre randomised controlled trial. *Schizophr Res* 2014;157:99–106. [\[Crossref\]](#)
43. Perich T, Manicavasagar V, Mitchell PB, Ball JR, Hadzi-Pavlovic D. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2013;127:333–343. [\[Crossref\]](#)
44. Goldstein, TR, Fersch-Podrat RK, Rivera M, Axelson DA, Merranko J, Yu H, Brent DA, Birmaher B. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: results from a pilot randomized trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2015;25:140–149. [\[Crossref\]](#)
45. Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J. *Social Skills Training for Schizophrenia A Step-by-Step Guide*. New York: The Guilford Press; 1997.
46. Nuechterlein KH, Barch DM, Gold JM, Goldberg TE, Green MF, Heaton RK. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophr Res* 2004;72:29–39. [\[Crossref\]](#)
47. Keefe RSE, Easley CE, Poe MP. Defining a cognitive function decrement in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2005;57:688–691. [\[Crossref\]](#)
48. Daban C, Martínez-Aran A, Torrent C, Tabarés-Seisdedos R, Balanzá-Martínez V, Salazar-Fraile J, Selva-Vera G, Vieta E. Specificity of cognitive deficits in bipolar disorder versus schizophrenia. A systematic review. *Psychother Psychosom* 2006;75:72–84. [\[Crossref\]](#)
49. Bora E, Veznedaroglu B, Vahip S. Theory of mind and executive functions in schizophrenia and bipolar disorder: a cross-diagnostic latent class analysis for identification of neuropsychological subtypes. *Schizophr Res* 2016;176:500–505. [\[Crossref\]](#)
50. Solé B, Jiménez E, Torrent C, Reinares M, del Mar Bonnin C, Torres I, Varo C, Grande I, Valls E, Salagre E, Sanchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Carvalho AF, Vieta E. Cognitive Impairment in Bipolar Disorder: Treatment and Prevention Strategies. *Int J Neuropsychoph* 2017;20:670–680. [\[Crossref\]](#)
51. Vita A, Barlati S, Bellani M, Brambilla P. Cognitive remediation in schizophrenia: background, techniques, evidence of efficacy and perspectives. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2014;23:21–25. [\[Crossref\]](#)
52. 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;168:472–485. [\[Crossref\]](#)
53. Velligan DI, Diamond PM, Maples NJ, Mintz J, Li X, Glahn DC, Miller AL. Comparing the efficacy of interventions that use environmental supports to improve outcomes in patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2008;102:312–319. [\[Crossref\]](#)
54. McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, McHugo GJ, Mueser KT. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007;164:1791–1802. [\[Crossref\]](#)
55. Anaya C, Martínez AA, Ayuso-Mateos JL, Wykes T, Vieta E, Scott J. A systematic review of cognitive remediation for schizo-affective and affective disorders. *J Affect Disord* 2012;142:13–21. [\[Crossref\]](#)
56. McGurk SR, Mueser KT, Pascaris A. Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophr Bull* 2005;31:898–909. [\[Crossref\]](#)
57. Ikebuchi E, Sato S, Yamaguchi S, Shimodaira M, Taneda A, Hatsuse N, Watanabe Y, Sakata M, Satake N, Nishio M, Ito JI. Does improvement of cognitive functioning by cognitive remediation therapy effect work outcomes in severe mental illness? A secondary analysis of a randomized controlled trial. *Psychiatry Clin Neurosci* 2017;71:301–308. [\[Crossref\]](#)
58. Bonnin CM, Torrent C, Vieta E, Martínez-Arán A. Restoring functioning in bipolar disorder: functional remediation. *Harv Rev Psychiatry* 2014;22:326–330. [\[Crossref\]](#)
59. Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Mallinger AG, Swartz HA, Fagiolini AM, Grochocinski VJ, Houck P, Scott J, Thompson W, Monk T. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:996–1004. [\[Crossref\]](#)
60. McFarlane WR. Family interventions for schizophrenia and the psychoses: A review. *Family Process* 2016;55:460–482. [\[Crossref\]](#)
61. Reinares M, Bonnin CM, Hidalgo-Mazzei D, Sánchez-Moreno J, Colom F, Vieta E. The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2016;43:47–57. [\[Crossref\]](#)
62. Lyman RD, Braude L, Preethy G, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, Shoma S, Delphin-Rittmon ME. Consumer and family psychoeducation: Assessing the evidence. *Psychiatric Serv* 2014;65:416–428. [\[Crossref\]](#)
63. Reinares M, Colom F, Sanchez-Moreno J, Torrent C, Martínez-Aran A, Comes M, Goikolea JM, Benabarre A, Salamero M, Vieta E. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disord* 2008;10:511–519. [\[Crossref\]](#)
64. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;12:CD000088. [\[Crossref\]](#)
65. Hakulinen C, Elovainio M, Arffman M, Lumme S, Suokas K, Pirkola S, Keskimäki I, Manderbacka K, Böckerman P. Employment Status and Personal Income Before and After Onset of a Severe Mental Disorder: A Case-Control Study. *Psychiatr Serv* 2020;71:250–255. [\[Crossref\]](#)
66. Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S, Mueser KT, Kupper Z. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2014;171:1183–1190. [\[Crossref\]](#)
67. Falkum E, Klungsoyr O, Lystad JU, Bull HC, Evensen S, Martinsen EW, Friis S, Ueland T. Vocational rehabilitation for adults with psychotic disorders in a Scandinavian welfare society. *BMC Psychiatry* 2017;17:24. [\[Crossref\]](#)
68. Evensen S, Wisløff T, Lystad JU, Bull H, Martinsen EW, Ueland T, Falkum E. Exploring the potential cost-effectiveness of a vocational rehabilitation program for individuals with schizophrenia in a high-income welfare society. *BMC Psychiatry* 2019;19:140. [\[Crossref\]](#)
69. Ziguras SJ, Stuart GW. A Meta-Analysis of the Effectiveness of Mental Health Case Management Over 20 Years. *Psychiatr Serv* 2000;51:1410–1421. [\[Crossref\]](#)
70. İncedere A, Yıldız M. Case Management for Individuals with Severe Mental Illness: Outcomes of a 24-Month Practice. *Türk Psikiyatri Derg* 2019;30:245–252. [\[Crossref\]](#)
71. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on clients. *Dis Manag Health Out* 2001;9:141–159. [\[Crossref\]](#)
72. Botha UA, Koen L, Joska JA, Hering LM, Oosthuizen PP. Assessing the efficacy of a modified assertive community-based treatment programme in a developing country. *BMC Psychiatry* 2010;10:73. [\[Crossref\]](#)
73. Boden R, Sundström J, Lindström E, Wieselgren IM, Lindström L. Five-year outcome of first-episode psychosis before and after the implementation of a modified assertive community treatment programme. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:665–674. [\[Crossref\]](#)
74. Solomon P. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J* 2004;27:392–401. [\[Crossref\]](#)
75. Salzer MS, Shear SL. Identifying consumer provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatr Rehabil J* 2002;25:281–288. [\[Crossref\]](#)
76. Roder V, Mueller DR, Schmidt SJ. Effectiveness of integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia patients: A research update. *Schizophr Bull* 2011;37:S71–S79. [\[Crossref\]](#)
77. Ruiz-Iriondo M, Salaberria K, Polo-López R, Iruin A, Echeburúa E. Preventing cognitive decline in chronic schizophrenia: Long-term effectiveness of integrated psychological therapy and emotional management training. *Psicothema* 2019;31:114–120. [\[Crossref\]](#)
78. McGuire AB, Kukla M, Green A, Gilbride D, Mueser KT, Salyers MP. Illness management and recovery: a review of the literature. *Psychiatr Serv* 2014;65:171–179. [\[Crossref\]](#)
79. Yıldız M, Veznedaroglu B, Eryavuz A, Kayahan B. Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: A controlled study in Turkey. *Int J Psych Clin Pract* 2004;8:219–225. [\[Crossref\]](#)
80. Tas C, Danaci AE, Cubukcuoglu Z, Brüne M. Impact of family involvement on social cognition training in clinically stable outpatients with schizophrenia – a randomized pilot study. *Psychiatry Res* 2012;195:32–38. [\[Crossref\]](#)
81. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990;264:2511–2518. [\[Crossref\]](#)
82. Wenze SJ, Gaudiano BA, Weinstock LM, Tezanos KM, Miller IW. Adjunctive Psychosocial Intervention Following Hospital Discharge for Patients with Bipolar Disorder and Comorbid Substance Use: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Psychiatry Res* 2015;228:516–525. [\[Crossref\]](#)
83. Bennett ME, Bradshaw KR, Catalano LT. Treatment of substance use disorders in schizophrenia. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2017;43:377–390. [\[Crossref\]](#)
84. Salloom IM, Brown ES. Management of comorbid bipolar disorder and substance use disorders. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2017;43:366–376. [\[Crossref\]](#)