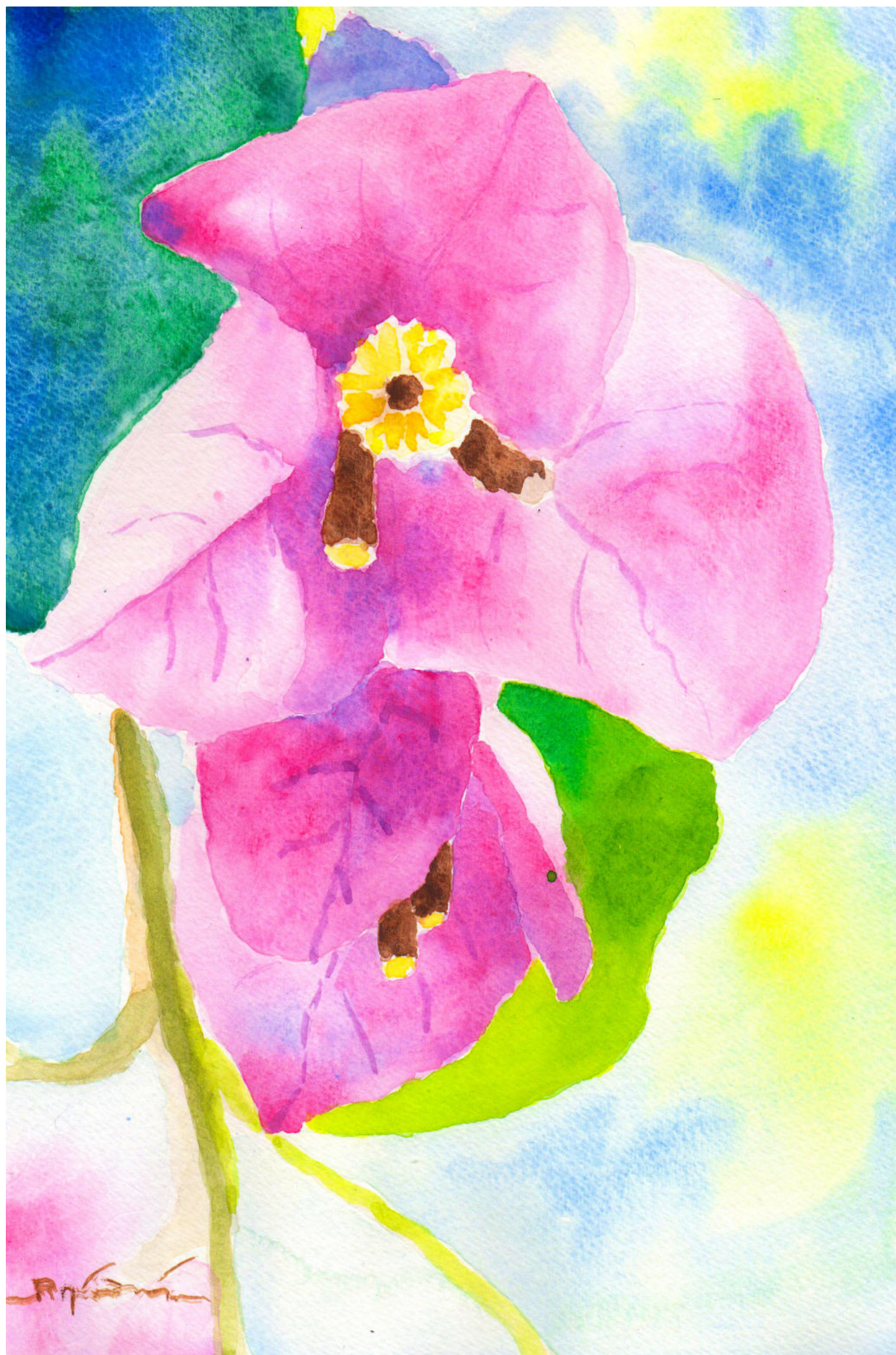




การปฏิบัติการ พยาบาล จิตเวช

Psychiatric
Nursing
Practice

พศ.ดร.วลักษณ์ พุ่มพวง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล





การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช

Psychiatric nursing practice

พศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง, พยบ.,ปร.ด. (การพยาบาล)
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช Psychiatric nursing practice

โดย

ผศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง

ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ISBN 978-616-590-708-8

พิมพ์ครั้งที่ 1 : เมษายน 2565

จำนวน 500 เล่ม

ศิลปกรรม : ทรงฤทธิ์ นรเจริญ

ภาพปก : กฤษติณห์ วสนาท

จัดทำโดย

ผศ.ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง

ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พิมพ์ที่

บริษัท รัน ทู วิชั่นส์ จำกัด

เลขที่ 711/279 ถนนรังสิต-นครนายก

ตำบลประชาธิปัตย์ อำเภोधัญบุรี จังหวัดปทุมธานี 12130

ราคา 190 บาท

คำนำ

หนังสือ “การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช” เล่มนี้ ได้จัดทำขึ้นด้วยความตั้งใจของผู้เขียนเพื่อที่จะให้นักศึกษาพยาบาลที่กำลังศึกษาในวิชาปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้มีหนังสืออ่านประกอบที่ทันสมัยและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ง่ายในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล และในห้องปฏิบัติการเสมือนจริง ตลอดจนพยาบาลเฉพาะทางและผู้สนใจที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ใช้เพิ่มเติมความรู้ โดยรายละเอียดของบทเรียนในหนังสือจะเน้นการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตเวชที่พบบ่อย ได้แก่ ความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้ ความผิดปกติทางอารมณ์ และความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นความผิดปกติทางจิตเวชที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในปัจจุบัน

หนังสือเล่มนี้ ผู้เขียนได้รวบรวมความรู้พื้นฐานสำคัญจากตำราต่างๆ ที่จำเป็นต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต ร่วมกับประสบการณ์ของผู้เขียนซึ่งเป็นอาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ ในการจัดทำหนังสือเล่มนี้ต้องใช้ความอดทนในการทำงาน และการได้รับแรงสนับสนุนจากผู้ร่วมงานในภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้รับความกรุณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประภา ยุทธไตร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรานุญญ์ นาคสุสุข และรองศาสตราจารย์ ดร.เอกอุมา อัมคำ ที่ได้อ่านพิจารณาต้นฉบับและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ทำให้หนังสือเล่มนี้สำเร็จได้อย่างเรียบร้อย และสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับการศึกษาทางการพยาบาลจิตเวชต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วไลลักษณ์ พุ่มพวง
ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์

ผู้เขียน

วไลลักษณ์ พุ่มพวง

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว)

ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาล)

ประกาศนียบัตรบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต แขนงวิชาจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม

ประกาศนียบัตรบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต แขนงวิชาวิทยาการยาเสพติดและโรคจิตเวช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

ประภา ยุทธไตร

ครุศาสตรบัณฑิต (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชขั้นสูง)

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาคลินิก)

พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ

ภัทรบูลย์ นาคสุสุข

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สุขภาพจิต)

พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์

เอกอุมา อิ่มคำ

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์)

ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาล)

ประกาศนียบัตร Addictions: Therapeutic Interventions

ประกาศนียบัตร Parent Advisor Training course for addiction

รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สารบัญ

คำนำ

สารบัญตาราง

การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต	หน้า
1. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท	11
- การประเมินภาวะสุขภาพและความผิดปกติที่พบในผู้ป่วยโรคจิตเภท	
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท	
- การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท	
- การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท	
2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	43
- การประเมินภาวะสุขภาพและความผิดปกติที่พบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	
- การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	
- การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย	
- การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	
3. การพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว	67
- การประเมินภาวะสุขภาพและความผิดปกติที่พบในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว	
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว	
- การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว	
- การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยอารมณ์สองขั้ว	
4. การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด	85
- สารเสพติดและกลไกการเสพติด	
- การประเมินภาวะสุขภาพและความผิดปกติที่พบในผู้ใช้สารเสพติด	
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ใช้สารเสพติด	
- การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลผู้ใช้สารเสพติด	
- การประเมินผลการพยาบาลผู้ใช้สารเสพติด	
5. การพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลและโรคย้ำคิดย้ำทำ	107
- การประเมินภาวะสุขภาพและความผิดปกติที่พบในผู้ป่วยโรควิตกกังวลและโรคย้ำคิดย้ำทำ	
- ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรควิตกกังวลและโรคย้ำคิดย้ำทำ	
- การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลและโรคย้ำคิดย้ำทำ	
- การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยโรควิตกกังวลและโรคย้ำคิดย้ำทำ	
ดัชนีภาษาไทย	128
ดัชนีภาษาอังกฤษ	129

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1.1	อาการ EPS และการจัดการทางการพยาบาล	29
ตารางที่ 1.2	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยและการพยาบาลในผู้ป่วยโรคจิตเภท	33
ตารางที่ 2.1	ผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้าและการพยาบาล	51
ตารางที่ 2.2	คำพูดของผู้ป่วยที่แสดงถึงความคิดฆ่าตัวตายและการตอบสนองของการพยาบาล	54
ตารางที่ 2.3	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยและการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	58
ตารางที่ 3	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยและการพยาบาลในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว	77
ตารางที่ 4	ข้อวินิจฉัยและการพยาบาลทางการพยาบาลในผู้ที่มีความผิดปกติจากการใช้สาร	99
ตารางที่ 5	ข้อวินิจฉัยที่พบบ่อยและการพยาบาลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลและโรคย้ำคิดย้ำทำ	121

“Trust”

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยต้องอาศัยความไว้วางใจ ซึ่งสร้างขึ้นได้เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในพยาบาล โดยเชื่อว่าพยาบาลมีความมั่นคงในคำพูดและการกระทำ และสามารถเชื่อถือในสิ่งที่พยาบาลบอกว่าจะทำได้ รวมถึงการแสดงออกของพยาบาล ได้แก่ การใส่ใจดูแล ความเข้าใจ ความสม่ำเสมอ ความซื่อสัตย์ การรักษาสัญญา และการรับฟังผู้ป่วย สามารถช่วยสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้

ในการทำงานกับผู้ป่วยจิตเวช อาการบางอย่างของโรค เช่น หวาดระแวง มีคุณค่าในตนเองต่ำ และวิตกกังวล อาจยากต่อการสร้างความไว้วางใจ ผู้ป่วยอาจสื่อความที่ไม่สอดคล้องกัน อย่างไรก็ตาม พยาบาลต้องดำเนินการอย่างดีที่สุดในการสื่อความที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ที่สอดคล้องกลมกลืน และเอื้อต่อการสร้างความไว้วางใจระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยให้เกิดขึ้น



บทที่ 1

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

(Nursing care for patients with schizophrenia)

วไลลักษณ์ พุ่มพวง

หลังจากจบบทเรียนนี้ ผู้เรียนสามารถที่จะ

1. ประเมินภาวะสุขภาพและความผิดปกติที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
4. ประเมินผลทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง ที่สามารถบำบัดรักษาได้แต่ไม่หายขาด ลักษณะเด่นของโรค คือ มีอาการทางด้านบวก หรืออาการทางจิต (psychosis) ซึ่งเป็นสภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถตระหนักถึงความเป็นจริง เช่น มีอาการประสาทหลอน มีอาการหลงผิด หรือ มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิมอย่างมาก¹ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ประสบอาการเหล่านี้มักไม่เชื่อว่าตนเองผิดปกติหรือมีการเจ็บป่วย ไม่สามารถที่จะรับรู้ความเป็นจริงได้อย่างถูกต้อง คิดไม่ได้อย่างชัดเจน ใช้ภาษาไม่เหมาะสม มีประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ผิดปกติ หรือมีส่วนร่วมในสังคม/อาชีพไม่ได้อย่างเป็นปกติ² ซึ่งส่งผลกระทบในทุกด้านของชีวิต ดังนั้น เป้าหมายของการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติด้านการคิดและการ

รับรู้ คือ การช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงอาการทางจิตที่เกิดขึ้น มีวิธีการจัดการกับอาการ ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และฟื้นฟูคืนสู่สภาวะปกติ

โรคจิตเภท

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิด การรับรู้ อารมณ์ การเคลื่อนไหว และพฤติกรรมที่ผิดปกติ โรคจิตเภทมักได้รับการวินิจฉัยในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย หรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุเริ่มต้นที่แสดงอาการในเพศชายพบเร็วกว่าเพศหญิง ในเพศชายพบอายุประมาณ 15-25 ปี ส่วนในเพศหญิงพบอายุประมาณ 25-35 ปี ความชุกของโรคจิตเภททั่วโลกพบประมาณร้อยละ 1⁴ ปัจจัยสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทสามารถแบ่งออกเป็นสองส่วน ได้แก่ ปัจจัยที่ป้องกันไม่ได้ ได้แก่ พันธุกรรม การมีพยาธิสภาพของสมอง การมีเยื่อที่ผิดปกติต่างๆ เช่น เยื่อของระบบการสื่อสารประสาท เยื่อของระบบภูมิคุ้มกัน รวมทั้งภาวะผิดปกติช่วงอยู่ในครรภ์ เช่น มารดามีการติดเชื้อในขณะตั้งครรภ์ มีภาวะทุพโภชนาการ และส่วนที่ป้องกันได้ ได้แก่ การใช้สารเสพติดในช่วงวัยรุ่น เช่น ยาไอซ์ ยาบ้า และกัญชา หรืออาจเป็นผลมาจากช่วงเวลายากลำบากในวัยเด็ก เช่น การพรากจากพ่อแม่ การถูกทำร้าย การได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ ตลอดจนความเครียดจากสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การถูกแบ่งแยกกีดกัน การอพยพย้ายถิ่นฐาน เศรษฐฐานะที่ยากจนมาก เป็นต้น²⁻⁴

การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)⁵ จะต้องมีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 อาการในช่วงเวลา 1 เดือน และต้องมีอาการในข้อ 1-3 อย่างน้อย 1 อาการ ได้แก่ 1) อาการหลงผิด 2) อาการประสาทหลอน 3) การพูดอย่างไม่มีระเบียบแบบแผน (การพูดไม่สัมพันธ์กัน) 4) พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (พฤติกรรมที่ผิดแปลกไปจากคนในสังคมหรือธรรมเนียมปฏิบัติ) หรือพฤติกรรมการเคลื่อนไหวมากเกินไป น้อยเกินไป หรือแปลกประหลาด (catatonic behavior) 5) อาการด้านลบ เช่น สีหน้าทื่อ เฉยเมย แยกตัวจากคนอื่น โดยที่มีช่วงมีอาการดังกล่าวอย่างน้อย 1 เดือนและมีอาการต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน ไม่มีอาการที่เข้ากับโรคจิตเวชอื่นหรือเป็นผลมาจากการใช้สารเสพติด และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างน้อย 1 ด้าน เช่น ด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง

อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท สามารถจำแนกออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่¹⁻³

1. **อาการทางด้านบวกหรือ อาการทางจิต** เป็นอาการที่มีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อหาความคิด เช่น ความคิดหลงผิด มีการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบความคิด เช่น การพูดที่ไม่มีระเบียบแบบแผน และมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ เช่น ประสาทหลอน อาการผิดปกติทางความคิดและการรับรู้ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลจากมีปริมาณสารสื่อประสาทโดปามีนมากเกินไปใน mesolimbic tract ความแตกต่างระหว่างอาการประสาทหลอนและอาการหลงผิด สามารถแยกได้ง่ายๆ โดยอาการประสาทหลอนจะเกี่ยวข้องกับ การรับรู้ประสาทสัมผัสขณะที่อาการหลงผิดจะเกี่ยวข้องกับเนื้อหาความคิด อาการทางด้านบวกในผู้ป่วยโรคจิตเภท มีดังนี้

1.1 **ประสาทหลอน(hallucination)** เป็นอาการเด่นที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นการรับรู้ที่ผิดปกติหรือเป็นประสบการณ์ที่ไม่เกิดขึ้นในความเป็นจริงทางประสาทสัมผัส เช่น การมองเห็น การได้ยิน การรับกลิ่น การรับรส และการสัมผัส โดยทางการได้ยิน (auditory) ผู้ป่วยอาจได้ยินเสียงคนพูดกันเรื่อง

ผู้ป่วยหรือเสียงพูดกับผู้ป่วยโดยตรง ผู้ป่วยจะได้ยินบ่อยแทบทั้งวัน เป็นเวลานาน จนรู้สึกถูกรบกวน การมองเห็น (visual) ผู้ป่วยอาจเห็นภาพชัดเจนหรือลางๆ อาจเห็นในที่มืดหรือไม่เป็นเวลาแน่นอน การดมกลิ่น (olfactory) ผู้ป่วยอาจได้กลิ่นต่างๆ กัน เช่น กลิ่นเหม็นไหม้ กลิ่นแก๊ส เป็นต้น การสัมผัส (tactile) ผู้ป่วยอาจรู้สึกเหมือนมีแมลงไต่ตามตัว รู้สึกเหมือนถูกถูไถเหมือนถูกไฟดูด เป็นต้น อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ การรับรู้ทางการได้ยินหรืออาการหูแว่ว และการมองเห็นหรือภาพหลอน ส่วนประสาทหลอนอื่นๆ พบได้เป็นครั้งคราว

1.2 ความคิดหลงผิด (delusion) เป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่จริง ไม่แปรเปลี่ยน ซึ่งไม่สามารถทำให้เปลี่ยนแปลงด้วยการถกเถียงหรือยืนยันด้วยหลักฐาน โดยผู้ป่วยมักตีความประสบการณ์ผิดแปลกไป เช่น ผู้ป่วยบางคนหลงผิดว่าตนเองมีพลังอำนาจ มีทักษะ มีอิทธิพลเหนือผู้อื่น หรือมีโชคชะตาที่พิเศษ (grandiose delusion) หลงผิดว่ามีบุคคลหรือกลุ่มคนมุ่งกลั่นแกล้ง ปองร้าย หรือวางแผนทำร้าย (persecutory delusion) หลงผิดเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย (somatic delusion) หลงผิดว่าสัญญาณจากสิ่งแวดล้อม เช่น คำพูดหรือท่าทางของผู้อื่นเกี่ยวข้องกับตน (delusion of reference) เช่น เห็นข่าวในโทรทัศน์และคิดว่าหมายถึงตนเอง เป็นต้น หลงผิดที่เกี่ยวข้องกับศาสนา (religious delusion) เช่น คิดว่าตนเองเป็นพระพุทธเจ้า หรือเป็นผู้นำทางศาสนา หลงผิดว่ามีวัตถุหรือบางคนควบคุมพฤติกรรมของตน (delusion of control) เป็นต้น แต่ในบางครั้งความเชื่อตามวัฒนธรรม เช่น เชื่อว่ามีเทพคอยปกป้องคุ้มครองภัยหรือมีองค์ในตัว เป็นความเชื่อที่มีมานานแล้วและคนในครอบครัวเชื่อแบบนี้เช่นกัน ความเชื่อลักษณะนี้ไม่ใช่ความคิดหลงผิด

1.3 การพูดที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech) ซึ่งเป็นผลจากกระบวนการคิดที่ผิดปกติ ได้แก่ มีอาการพูดไม่ปะติดปะต่อ ขาดความต่อเนื่องของความคิด (loosening association), การคิดคำใหม่ขึ้นมาเอง (neologisms) การพูดอ้อมค้อม (circumstantiality) การตอบเฉียด (tangentiality) การพูดเล่นเสียงสัมผัส (clanging) เป็นต้น

1.4 พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior) มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่มีจุดหมาย มีการเคลื่อนไหวซ้ำๆ หรือซ้ำๆ ที่เห็นความผิดปกติได้ชัดเจน เช่น ใส่เสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อน เดินเร่ร่อน การไม่ยับยั้งชั่งใจร่างกาย อยู่ในท่าทางผิดธรรมชาติ เป็นต้น

2. อาการทางด้านลบ เป็นอาการที่มีการสูญเสียการทำหน้าที่ทางอารมณ์และพฤติกรรม และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นผลจากมีปริมาณสารสื่อประสาทโดปามีนน้อยไป มักพบในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยเรื้อรังมานานหลายปี มักจะแสดงออกทางอารมณ์ได้ยาก ทั้งหัวเราะ ร้องไห้ หรือโกรธ ผู้ป่วยมักมีอาการเฉื่อยเฉื่อย แทบจะไม่แสดงอารมณ์ ขาดแรงจูงใจ ความสนใจในกิจกรรมประจำวันลดลง รู้สึกเฉยชาไม่ยินดีในสิ่งดีๆ มีปริมาณคำพูดที่จำกัดและยากที่จะพูดอธิบายสิ่งใหม่ๆ หรือสนทนาให้ต่อเนื่อง ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยแยกตัวหรือมีความรู้สึกโดดเดี่ยว

การดำเนินของโรคจิตเภท สามารถแบ่งระยะ ได้ดังนี้^{1-2,6}

1. **ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal period)** ในระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยอาจแสดงอาการ เช่น การทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง มีอารมณ์เศร้า ตามด้วยมีการรับรู้แปรปรวน ความคิดไม่สมเหตุผล ซึ่งมักปรากฏอาการเป็นเดือนถึงปีก่อนที่จะมีอาการทางจิตครั้งแรก โดยเฉลี่ยประมาณ 2-5 ปี ผู้ป่วยมักมีความตึงเครียดเพิ่มขึ้น ขาดความสนใจในการรับประทาน ไม่ค่อยมีสมาธิ นอนไม่ค่อยหลับ ความสนใจและความสนุกลดลง ซึมเศร้า วิตกกังวล รู้สึกตื่นเต้นเกินไป คำพูดสื่อสารฟังไม่เข้าใจ และได้ยินเสียงแว่วหรือเห็นภาพหลอน