



การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

Nursing Care for Patients with Schizophrenia



ดร.ศรินรัตน์ จันทพิมพ์

สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

Nursing Care For Patients with Schizophrenia

ดร.ศรินรัตน์ จันทพิมพ์

สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

ศรินรัตน์ จันทพิมพ์.

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท. - ขอนแก่น : สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2565.

168 หน้า.

1. การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. 2. ผู้ป่วยจิตเภท-- การพยาบาล. I. ชื่อเรื่อง.

610.7368

ISBN 978-616-438-720-1

พิมพ์ครั้งที่ 1

ปีที่พิมพ์ 2565

จำนวน 70 เล่ม

จัดทำโดย ดร.ศรินรัตน์ จันทพิมพ์

สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

E-mail : sariju@kku.ac.th

คำนำ

ตำราเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท เล่มนี้ใช้เพื่อเป็นแนวทางและประกอบการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลจิตเวช สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต โดยในตำราเล่มนี้ผู้เขียนแบ่งเนื้อหาออกเป็น 6 บท คือ บทที่ 1 โรคจิตเภท : อาการและอาการแสดง เกณฑ์การวินิจฉัย การดำเนินโรคและความผิดปกติร่วม บทที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท บทที่ 3 การประเมินทางจิตเวช บทที่ 4 การบำบัดทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภท บทที่ 5 การใช้กระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยโรคจิตเภท และ บทที่ 6 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งผู้เขียนได้ทบทวนเอกสารจากงานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นผู้ป่วยโรคจิตเภท และส่วนหนึ่งจากประสบการณ์สอนในระดับอุดมศึกษาตลอดจนประสบการณ์การทำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าตำราเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้าในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการพยาบาลจิตเวชและนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชได้อย่างมีคุณภาพต่อไป

ผู้เขียนขอขอบคุณทุนจากโครงการสนับสนุนการผลิตตำราใหม่ ประจำปี 2562 จากศูนย์นวัตกรรม การเรียนการสอน มหาวิทยาลัยขอนแก่น และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการเขียนตำราเล่มนี้

ดร.ศรินรัตน์ จันทพิมพ์

เมษายน 2565

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ค
สารบัญภาพ	ง
บทที่ 1 โรคจิตเภท : อาการและอาการแสดง เกณฑ์การวินิจฉัย การดำเนินโรคและความผิดปกติร่วม	1
ความหมาย	2
ระบาดวิทยา	2
อาการและอาการแสดง	4
เกณฑ์การวินิจฉัย	6
การวินิจฉัยแยกโรค	11
การดำเนินโรค	12
ความผิดปกติร่วม	13
สรุป	13
เอกสารอ้างอิง	16
บทที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภท	20
แนวคิด Diathesis- Stress Model	21
ปัจจัยด้านชีวภาพ	22
ปัจจัยด้านจิตใจ	29
ปัจจัยด้านครอบครัว	29
ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม	30
สรุป	31
เอกสารอ้างอิง	33
บทที่ 3 การประเมินทางจิตเวช	41
การสัมภาษณ์ทางจิตเวช/ซักประวัติเพื่อประเมินอาการ	42
ขั้นตอนในการสัมภาษณ์ทางจิตเวช	42
เนื้อหาในการสัมภาษณ์ทางจิตเวช	43
จุดมุ่งหมายของการตรวจวินิจฉัยทางจิตเวช	48
การตรวจสภาพจิต	49
ทักษะในการสัมภาษณ์ทางจิตเวช	63

เรื่อง	หน้า
สรุป	65
เอกสารอ้างอิง	67
บทที่ 4 การบำบัดทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคจิตเภท	69
การบำบัดทางชีวภาพ	70
การรักษาด้วยยา	70
การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า	80
การบำบัดทางจิตสังคม	85
จิตบำบัด	85
การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม	86
การฝึกทักษะทางสังคม	88
โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา	89
ครอบครัวบำบัด	90
การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว	91
สิ่งแวดล้อมบำบัด	91
กลุ่มกิจกรรมบำบัด	92
สรุป	99
เอกสารอ้างอิง	101
บทที่ 5 การใช้กระบวนการพยาบาลในผู้ป่วยโรคจิตเภท	108
การใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท	109
การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความคิดหลงผิด	115
การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการประสาทหลอน	129
การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการหวาดระแวง	142
การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว	149
สรุป	160
เอกสารอ้างอิง	161
บทที่ 6 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท	163
ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต	164
แนวคิดและหลักการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท	164
กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต	165
ทักษะที่จำเป็นในการฟื้นฟูทางจิตสังคม	165
การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	168

เรื่อง	หน้า
กรณีศึกษา : การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้และประกอบอาชีพได้	170
กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน	173
สรุป	176
เอกสารอ้างอิง	177
ภาคผนวก	179
แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS)	179
แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)	181
แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (Positive and Negative Syndrome Scale: PANSS)	183
แบบประเมินความสามารถโดยรวม (Global Assessment of Functioning Scale: GAF)	185
ประวัติผู้เขียน	187

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ความแตกต่างของการวินิจฉัยโรคจิตเภท ใน เกณฑ์การวินิจฉัยตามเกณฑ์การ วินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของ DSM- IV และ ฉบับที่ 5 (DSM- 5)	8
ตารางที่ 2 หัวข้อในการตรวจสภาพจิต	49
ตารางที่ 3 ยารักษาอาการทางจิตกลุ่มเดิม First Generation Antipsychotic หรือ Typical antipsychotic drugs)	72
ตารางที่ 4 ยารักษาอาการทางจิตกลุ่มกลุ่มใหม่ (Second Generation Antipsychotic หรือ Atypical antipsychotic drugs	75
ตารางที่ 5 กำหนดอาการและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภท	112

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แนวคิด stress-diathesis model	22
ภาพที่ 2 การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน	172
ภาพที่ 3 กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน	175

บทที่ 1

โรคจิตเภท: อาการและอาการแสดง เกณฑ์การวินิจฉัย การดำเนินโรคและความผิดปกติ ร่วม(Schizophrenia: Sign and Symptoms , Diagnostic Criteria, Disease Progression and Comorbidity)

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

ภายหลังศึกษาบทเรียนนี้แล้ว ผู้เรียนสามารถ

1. อธิบายความหมาย อาการและอาการแสดงและระบาดวิทยาของโรคจิตเภทได้
2. อธิบายเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคจิตเภทได้
3. อธิบายการดำเนินโรคจิตเภทและความผิดปกติร่วมได้

เนื้อหา

1. ความหมาย อาการและอาการแสดงและระบาดวิทยา
2. เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. การดำเนินโรคจิตเภท
4. ความผิดปกติร่วมในผู้ป่วยโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นหนึ่งในโรคจิตเวชเรื้อรังที่มีอัตราการเกิดโรคสูงสุดในบรรดาโรคทางจิตเวชทั้งหมด มีความรุนแรงที่ก่อให้เกิดความพิการหรือการสูญเสียปีสุขภาวะได้เป็นอันดับสูงสุด จากการศึกษาพบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ก่อให้เกิดการไร้ความสามารถ (disability) นอกจากนี้โรคจิตเภทยังเป็นโรคที่มีโอกาสหายน้อยและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง อีกทั้งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม รวมไปถึงผลกระทบต่อการทำหน้าที่และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัว เพื่อนและคนในชุมชน โดยเฉพาะพบว่าโรคจิตเภททำให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจในทางอ้อมจากการที่บุคคลที่เจ็บป่วยไม่สามารถทำงานได้และจากการบำบัดรักษาโรคจิตเภท ซึ่งจากสถิติขององค์การอนามัยโลกล่าสุด ปี 2560 พบว่ามีจำนวนผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั้งหมดทั่วโลก 20 ล้านคน^{1,2} ส่วนในประเทศไทยพบว่า ในปี พ.ศ. 2563 สถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการด้านจิตเวชพบว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 283,065 คน และจากการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงของโรงพยาบาลจิต

เวช สังกัดกรมสุขภาพจิตพบว่าเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทและโรคหลงผิดมากที่สุด จำนวน 5,516 คน^{3,4}

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีความก้าวหน้าในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท แต่พบว่ามีจำนวนของผู้ป่วยจิตเภทเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่พ้นหายจากการเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาในช่วงแรกที่มีอาการของโรค ซึ่งเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดเป็นซ้ำและส่งผลต่อการบำบัดรักษาในระยะยาวอีกด้วย⁵ ซึ่งสอดคล้องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในงานวิจัยเชิงทดลอง 10 ชื่อเรื่องพบว่าทำให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทในระยะแรกของโรคจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่สงบเร็ว ไม่ทำให้เกิดอาการทางจิตที่รุนแรง และทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ สามารถการทำงานได้^{6,7,8}

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 90 ที่ไม่ได้รับการรักษาและส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งพบว่าปัจจัยเงื่อนไขในการเข้าถึงการรักษา คือ ความเชื่อ ทศนคติเกี่ยวกับโรค รวมทั้งการขาดความตระหนักและความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคจิตเภท การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของรัฐและปัจจัยเรื่องเศรษฐกิจ⁹ ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นในบทนี้ผู้เขียนจะกล่าวถึงความหมายของโรคจิตเภท ลักษณะของโรคจิตเภท อาการและอาการแสดงของการเกิดโรคจิตเภท รวมไปถึงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท การดำเนินโรคจิตเภทและความผิดปกติร่วมที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท

1. ความหมาย ระบาดวิทยา อาการและอาการแสดง

1.1 ความหมาย

โรคจิตเภท (schizophrenia) หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้และพฤติกรรม อาการเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย ยา หรือ สารเสพติด และส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคม การงาน หรือสุขอนามัยของผู้ป่วย¹⁰

1.2 ระบาดวิทยา

อาการแสดงของโรคจิตเภทมักพบครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้นคืออายุระหว่าง 15-35 ปี ร้อยละ 50 เกิดก่อนอายุ 25 ปี โดยมีอัตราส่วนเพศหญิงและชายเท่าๆ กัน เพศชายพบมากในอายุช่วง 21-25 ปี เพศหญิงพบมากในอายุช่วง 35-39 ปี อุบัติการณ์ของการเกิดโรคจิตเภทอยู่ในระหว่าง 0.1-0.5 ต่อ 1,000 และความชุก 2.5-5.3 ต่อ 1,000 ต่อปี ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต 7.0-9.0 ต่อ 1,000¹¹

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ของการศึกษาวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในการศึกษาอุบัติการณ์และความชุกของการเกิดโรคจิตเภทเมื่อเปรียบเทียบกับโรคที่มีลักษณะคล้ายโรคจิตเภทและโรคความผิดปกติทางอารมณ์พบว่าอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทอยู่ที่ 4.1-13.2 คนต่อ 100,000 ประชากร โรคที่มีลักษณะคล้ายโรคจิตเภทพบอุบัติการณ์อยู่ที่ 3.6 -17.0 คนต่อ 100,000 ประชากร และโรคความผิดปกติทางอารมณ์ พบอุบัติการณ์ 1.5-8.9 คนต่อ 100,000 ประชากร¹²

โรคจิตเภทมีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 0.5 - 1.0 ของประชากรทั่วไป ในประเทศไทย มีการสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 1.311 และการสำรวจ ระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชากรทุกภาคพบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 0.172¹³ นอกจากนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีการเริ่มป่วยตั้งแต่ระยะวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่ารูปแบบการดำเนินโรค 4 แบบ รูปแบบแรกเป็นแค่ครั้งเดียวแล้วไม่กลับเป็นอีกเลย พบร้อยละ 8 รูปแบบที่สอง คือเป็นหลายครั้งแต่เมื่ออาการสงบ สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติเหมือนก่อนป่วย พบร้อยละ 39 รูปแบบที่สามคือ เป็นหลายครั้งแต่เมื่ออาการสงบ ยังมีอาการโรคจิตหลงเหลือ มีความบกพร่องในการใช้ชีวิตไม่เหมือนก่อนป่วยพบร้อยละ 44 และรูปแบบที่สี่คือเป็นครั้งเดียว ยังมีอาการโรคจิตหลงเหลือ มีความบกพร่องในการใช้ชีวิตไม่เหมือนก่อนป่วย พบร้อยละ 83 และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า มีการศึกษาแบบติดตามระยะยาวในผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทครั้งแรกเพื่อติดตามดูอัตราการกลับเป็นซ้ำจากผู้ป่วยทั้งหมด 3,978 คน โดยเลือกศึกษางานวิจัยในช่วงปี พ.ศ. 2529- 2554 พบว่าการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทจะสูงขึ้นตามระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยในปีแรกจะกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 28 ปีที่สอง ร้อยละ 43 และ ปีที่สาม เพิ่มขึ้นร้อยละ 54¹⁴

จากการศึกษาเอกสารและหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า มีความชุกของการเกิดโรคจิตเภทในระยะที่ 1 ร้อยละ 9 โดยพบในอัตราส่วนหญิงต่อชายเท่ากับ 2 : 1 พบในประเทศกำลังพัฒนามากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วถึง 10 เท่า โดยพบในคนอายุโดยเฉลี่ย 30 ปี บางการศึกษาพบว่าผู้ป่วยบางคนมีแนวโน้มทางพันธุกรรมของการเกิดโรค ซึ่งพบได้บ่อยในคนที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ เช่น paranoid, schizotypal และ borderline personality disorder นอกจากนี้ยังพบโรคจิตเภทได้มากขึ้นในผู้ที่ประสบกับความเครียดที่รุนแรง เช่น ภัยธรรมชาติ การเกิดสงคราม หรือผู้อพยพที่ปรับตัวไม่ได้กับการเปลี่ยนแปลงด้านวัฒนธรรม^{15,16,17}

การป่วยด้วยโรคจิตเภทมีผลกระทบอย่างมากต่อร่างกายจิตใจและสังคมของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆได้เช่น การดูแล ตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม เป็นต้น ซึ่ง

จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะแรกของโรคจะใช้เวลานานรักษามานานกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง และใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภทสองขั้ว¹⁸ ส่วนผลกระทบในเรื่องการทำงานและการจ้างงานพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อการทำงานสูงกว่าผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางอารมณ์ และการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันและบทบาททางสังคมนั้นพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยในระยะเริ่มแรกมีความพร้อมการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันและบทบาททางสังคมเมื่อเทียบกับบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้เจ็บป่วย และมีความพร้อมการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันและบทบาททางสังคมเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตชนิดเฉียบพลันและผู้ป่วยโรคอารมณ์คลุ้มคลั่ง อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมรุนแรงจากอาการทางจิตได้สูงกว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทยังได้รับการถูกตีตราจากความเจ็บป่วยซึ่งจากการศึกษาที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้ป่วยจิตเภทถูกตีตรามากกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยที่ประสบความรุนแรงในชีวิต และผู้ป่วยโรคกลัวการเข้าสังคม แต่ได้รับการถูกตีตราน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งผลกระทบต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท¹⁹

1.3 อาการและอาการแสดง

ลักษณะอาการของโรคจิตเภทแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้⁶

1.3.1 กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) ประกอบด้วย

1) **อาการประสาทหลอน (hallucination)** เป็นการรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก ชนิดที่พบบ่อยคือ อาการประสาทหลอนทางการได้ยินหรือหูแว่ว (auditory hallucination) โดยผู้ป่วยอาจจะได้ยินเสียงคนคุยกันเรื่องของผู้ป่วย (voice discussing) และเสียงวิจารณ์การดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย (voice commenting) โดยเสียงที่ได้ยินจะเป็นเรื่องราวชัดเจน อาจเป็นเสียงที่ทำให้ผู้ป่วยถูกคุกคาม หยาดคาย ต่อว่าหรือดูถูกผู้ป่วย ส่วนอาการประสาทหลอนชนิดที่พบบรองลงมาคืออาการประสาทหลอนทางการมองเห็น หรือเห็นภาพหลอน (visual hallucination) เช่น เห็นภาพคน ผี หรือสิ่งของ เป็นต้น ส่วนอาการประสาทหลอนทางการสัมผัสร่างกาย (tactile hallucination) การได้กลิ่น (olfactory hallucination) การรับรส (gustatory hallucination) พบได้น้อย

2) **อาการหลงผิด (delusion)** เป็นความเชื่อที่ฝังแน่นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้แม้จะมีหลักฐานมาแย้ง ชนิดที่พบบ่อยในโรคจิตเภท ได้แก่ หลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายหรือกลั่นแกล้ง (persecutory delusion) หลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ มีความสามารถพิเศษ หรือเป็น

บุคคลสำคัญ (grandiose delusion) หลงผิดว่าพฤติกรรมหรือคำพูดของคนอื่นหรือเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัวเกี่ยวข้องกับตนเอง (delusion of reference) หลงผิดว่ามีความเจ็บป่วยทางร่างกาย (somatic delusion) คิดว่ามีอำนาจบางอย่างจากภายนอกสามารถควบคุมความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตน (delusion of being controlled)

3) ความผิดปกติของความคิด/การพูดที่ไม่เป็นระบบ (disorganized thinking/speech) โดยผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดได้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด และแสดงออกทางคำพูด (disorganized speech) โดยต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับคนอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น มีความคิดไม่ต่อเนื่อง พูดเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่งโดยขาดความเชื่อมโยงกัน หรืออาจเกี่ยวข้องกันเพียงเล็กน้อย (loose association) ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนเหตุการณ์ หากเป็นมากการพูดจะสับสนหรือพูดไม่รู้เรื่อง (incoherence speech) จนทำให้ผู้อื่นเข้าใจและไม่อยากพูดคุยกับผู้ป่วย

4) ความผิดปกติของพฤติกรรม (grossly disorganized behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่สมเหตุผล ไม่มีจุดมุ่งหมาย เช่น หัวเราะโดยไม่มีเหตุผล แต่งกายสกปรก แปก ไม่สนใจดูแลตนเอง ร้องเอะอะโวยวาย มีพฤติกรรมวุ่นวาย นอกจากนี้ยังมีอาการแบบ catatonic behavior คือผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลงชัดเจน เช่น อยู่นิ่งๆ ไม่เคลื่อนไหว (catatonic stupor) หรือเคลื่อนไหวมากมีพฤติกรรมวุ่นวายอย่างคาดเดาไม่ได้ (catatonic excitement)

กรณีศึกษา : กลุ่มอาการทางบวก (Positive Symptoms)

นายแดง ผู้ป่วยจิตเภทรายหนึ่ง ขณะนั่งอยู่ใต้ต้นไม้ บริเวณหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ได้แสดงสีหน้ากังวลอย่างมากต่อสิ่งที่เขาได้ยิน พยาบาลจิตเวชได้ถามเขาว่า “ คุณแดง คุณได้ยินเสียงอะไรหรือคะ พยาบาลรู้สึกว่าคุณตกใจและกังวล” นายแดงตอบพยาบาลว่า “ คุณพยาบาลผมได้ยินเสียงคนมาฆ่าจะทำร้ายผม ผมรู้สึกกลัวจังเลย”

1.3.2 กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms)

อาการด้านลบที่สำคัญในผู้ป่วยจิตเภท¹⁰ ได้แก่

- พูดน้อย (alogia) พูดน้อย ใช้เวลากว่าที่จะตอบ ไม่ค่อยพูด
- อารมณ์เฉยเมย (affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก เช่น สีหน้าเฉยเมย ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ไม่ค่อยสบตาหรือแสดงท่าทาง

- ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (anhedonia) ผู้ป่วยจะไม่สนใจหรือไม่มีกิจกรรมสนุกสนาน ขาดความร่าเริงในการทำกิจกรรมหรือการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น รู้สึกชีวิตไม่มีความสุขแม้จะมีเรื่องดี ๆ เข้ามา
- ไม่รวมกิจกรรมทางสังคม (asociality) เก็บตัว ไม่สนใจคบหากับใคร ปฏิเสธการชวนจากคนอื่น
- ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา (Avolition-apaty) ไม่สนใจตนเอง หรือสิ่งแวดล้อม อาจอยู่เฉยๆ โดยไม่ทำอะไร

กรณีศึกษา : กลุ่มอาการทางลบ (Negative Symptoms)

นายสม ผู้ป่วยจิตเภทรายหนึ่ง ขณะนั่งอยู่ใต้ต้นไม้ บริเวณหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ได้แสดงสีหน้ากังวลอย่างมากต่อสิ่งที่เขาได้ยิน พยาบาลจิตเวชได้ถามเขาว่า “ คุณแดง คุณได้ยินเสียงอะไรหรือคะ พยาบาลรู้สึกว่าคุณตกใจและกังวล” นายแดงตอบพยาบาลว่า “ คุณพยาบาลผมได้ยินเสียงคนมาชู่จะทำร้ายผม ผมรู้สึกกลัวจังเลย”

2. เกณฑ์การวินิจฉัย

การวินิจฉัยจำแนกโรคจิตเภท ที่นิยมจำแนกเป็น 2 ระบบคือ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้แก่ คู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชฉบับที่ 5 ปี ค.ศ. 2013 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Fifth edition; DSM-5) และตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามองค์การอนามัยโลกได้แก่ การจำแนกโรคและปัญหาสุขภาพนานาชาติฉบับที่ 10ปีค.ศ.2016 (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems Tenth Revision : ICD-10) ซึ่งจะใช้เป็นรหัสในการบันทึกและจำแนกหมวดหมู่ของโรค ซึ่งตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 5 (DSM-5)⁶ โรคจิตเภทจัดอยู่ในกลุ่ม Schizophrenia spectrum and others psychotic disorders ซึ่งตรงกับรหัสของระบบ ICD -10 คือ F20

1. เกณฑ์การวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 5 (DSM- 5)¹⁰

ดังต่อไปนี้

Criteria A มีอาการดังต่อไปนี้ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน โดยอาการอย่างน้อยที่สุด 1 อาการจะต้องเป็นอาการในข้อ 1, 2 หรือ 3

1.1 อาการหลงผิด (Delusion)

1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucinations)

1.3 คำพูดไม่เป็นระเบียบ (Disorganized speech)

1.4 พฤติกรรมไร้ระเบียบอย่างเห็นได้ชัดหรือเป็นคาทาโทเนีย(grossly disorganized or catatonic behavior)

1.5 อาการทางลบ (Negative symptoms) ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง (diminished emotional expression) หรือเฉื่อยชา (avolition)

Criteria B ระดับความสามารถในด้านสำคัญๆ เช่น ด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง ลดลงไปจากเดิมอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 ด้าน

Criteria C มีอาการต่อเนื่องนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีอาการในข้อ 1 อย่างน้อย 1 เดือน หรือน้อยกว่าหากได้รับการรักษา และอาจรวมถึงระยะนำ (prodromal phase) หรือระยะหลงเหลือ (residual phase) โดยในระยะอาการนำหรือระยะหลงเหลือ จะแสดงออกโดยอาการด้านลบอย่างเดียว หรืออาจมีอาการด้านบวกในข้อ 1 แต่ไม่รุนแรงร่วมด้วย เช่น มีความเชื่อแปลกๆ เป็นต้น

Criteria D ไม่เข้าได้กับเกณฑ์ของโรคจิตเภทที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย (schizoaffective disorder) และโรคซึมเศร้า หรือโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย นั่นคือ 1) ไม่มีอาการซึมเศร้า (major depressive) หรืออาการคลั่ง (manic episode) เกิดขึ้นในช่วงระยะอาการกำเริบ หรือ 2) หากอาการทางอารมณ์เกิดขึ้นในระยะอาการกำเริบจะเกิดขึ้นเพียงช่วงสั้นๆ ของการเจ็บป่วยเท่านั้น

Criteria E อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ยา หรือ สารเสพติด

Criteria F หากมีประวัติของการเป็นโรคในกลุ่มออติสติกในวัยเด็ก หรือการมีปัญหาระบบการสื่อสาร การวินิจฉัยโรคจิตเภทจะทำได้เมื่อมีอาการหลงผิด ประสาทหลอนและอาการอื่นๆ ข้างต้น ชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน หรือน้อยกว่าหากได้รับการรักษาเท่านั้น

ตารางที่ 1 ความแตกต่างของการวินิจฉัยโรคจิตเภท ใน เกณฑ์การวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ของ DSM- IV และ ฉบับที่ 5 (DSM- 5) มีดังนี้

ประเด็น	DSM- IV	DSM-5
2. ลักษณะอาการของโรค	-Schizophrenia and other psychotic disorders - กล่าวถึง schizophrenia เป็นโรคแรก และ อธิบาย รายละเอียดของ psychotic symptoms โดยอิงจาก schizophrenia เป็น หลัก แล้วจึงกล่าวถึงโรคอื่น	-Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders - กล่าวถึงอาการที่เป็น domain หลักของ psychosis ทั้ง 5 อาการ ก่อน -จัดเรียงลำดับโรคตามระดับของ psychosis โดยเรียงตามความรุนแรง, จำนวนอาการและระยะเวลาที่มีอาการ - นำ schizotypal personality disorder เข้า มารวมอยู่ในกลุ่มด้วย โดยจัดให้เป็นโรคแรก คือ มีความเป็น psychosis น้อยที่สุด
2. นิยามของภาวะหลงผิด (delusion)	นิยาม delusions ว่าเป็นความเชื่อที่ผิด (erroneous beliefs)	นิยาม delusions ว่าเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น เปลี่ยนแปลงได้ยาก (fixed beliefs)
3.การประเมินอาการในมิติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	Dimensional assessment ไม่มี	Dimensional assessment การประเมินระดับความรุนแรงของอาการ ต่างๆ 8 อาการ ได้แก่ hallucinations, delusions, disorganized speech, abnormal psychomotor behavior, negative symptoms, impaired cognition, depression และ mania

ประเด็น	DSM- IV	DSM-5
4. Criteria A	มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน 1. delusions 2. hallucinations 3. disorganized speech 4. grossly disorganized หรือ catatonic behavior 5. negative symptoms หมายถึง เหตุแม้มีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้า เกณฑ์หากเป็น bizarre delusion หรือ Schneiderian first-rank auditory hallucinations (เช่น มีเสียงแว่ว 2 เสียงขึ้นไปสนทนากัน	มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน และต้องมียาอย่างน้อย 1 อาการในข้อ 1, 2, หรือ 3 1. delusions 2. hallucinations 3. disorganized speech 4. grossly disorganized or catatonic behavior 5. negative symptoms ยกเลิก “หมายเหตุ”
5. Criteria C	มีอาการที่เข้ากับเกณฑ์วินิจฉัยของ mood episodeอยู่นานพอสมควรของระยะเวลา ป่วยทั้งหมด (a substantial portion of the total duration) ทั้งระยะอาการกำเริบและ ระยะอาการหลงเหลือ	เกณฑ์วินิจฉัยเดิม มักมีข้อโต้แย้งว่า mood episode “นานพอสมควร” (a substantial portion) คือ ระยะเวลาานเท่าไร
6. Subtypes	Subtypes แบ่งเป็น 5 subtypes ได้แก่ paranoid, disorganized, catatonic, undifferentiated และ residual type	Subtypes ยกเลิกการแบ่ง subtypes

2. การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามองค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems Tenth Revision : ICD-10)

ซึ่ง ICD - 10 จำแนกเป็นกลุ่มอาการ โดยมีเหตุผลว่า เพื่อความสะดวกในทางปฏิบัติและง่ายในการวินิจฉัย กลุ่มอาการของจิตเภท มีดังนี้

1) อาการผิดปกติด้านความคิด เช่น การมีความคิดสะท้อน (thought echo) การมีความคิดว่า มีผู้นำความคิดมาใส่ให้ หรือมีผู้ถอนความคิดไป (thought insertion or withdrawal) หรือความคิดของตนถูกเผยแพร่กระจายออกไป (thought broadcasting) เป็นต้น

2) อาการหลงผิด (Delusions) มีอาการหลงผิดอย่างใดอย่างหนึ่ง หลงผิดว่าตนเองถูกควบคุม มีสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือตนควบคุมการเคลื่อนไหว หรือไม่ให้เคลื่อนไหว หลงผิดว่ามีผู้ควบคุมความคิดของตน การกระทำของตน หรือการรับรู้ของตน

3) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ซึ่งเกิดจากการรับรู้ผิดปกติ แสดงให้เห็นด้วยพฤติกรรมแปลกๆ จากการสนองตอบการรับรู้ผิดๆ นั้น เช่น ผู้ป่วยอาจจะพูดคนเดียว หรือทำอะไรแปลกๆ เนื่องจากได้ยินเสียงสั่งให้ทำ

4) มีความหลงผิดอื่นๆ อย่างฝังใจและต่อเนื่อง ความคิดหลงผิดนั้นไม่คลอคล้องกับวัฒนธรรมหรือความเชื่อทางศาสนา เช่น หลงผิดว่าสามารถควบคุมอากาศให้มีความร้อนเย็นได้ สามารถสื่อสารกับมนุษย์ต่างดาวหรือเทพเจ้าได้

5) มีอาการประสาทหลอนอย่างต่อเนื่อง และมีอาการหลงผิดร่วมด้วย เกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลาหลายสัปดาห์ หรือหลายเดือน

6) การพูดที่ไม่สอดคล้องกันหรือพูดไม่ตรงประเด็น (Incoherence or irrelevant speech) หรือทำให้เกิดการสร้างภาษาใหม่ขึ้น (neologisms)

7) มีพฤติกรรมคงรูปเดิม (Catatonic Behavior) เช่น มีพฤติกรรมคงรูปแบบเดิม คือเมื่อจับให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าใดก็จะคงอยู่ในท่านั้นคล้ายหุ่นขี้ผึ้ง (waxy flexibility) พฤติกรรมต่อต้าน (negativism) เป็นไปเพราะไม่ยอมพูด (mutism) และอาการมึนงง การรู้สึกตัวน้อย (stupor)

8) อาการด้านเนกาทีฟ (Negative Symptoms) คือ มีภาวะไร้อารมณ์ ไม่สนใจสิ่งใดๆ อารมณ์สนองตอบต่อเหตุการณ์ราบเรียบ แยกตัวจากสังคม พฤติกรรมด้านสังคมเสื่อมลง ซึ่งอาการต่างๆ เหล่านี้ต้องแยกจากภาวะอาการซึมเศร้า (depression)

9) พฤติกรรมโดยทั่วไปหรือพฤติกรรมบางอย่างเปลี่ยนไป แสดงให้เห็นได้คือ ไม่มีความสนใจในสิ่งใดๆ (loss of interest) ไม่มีจุดหมาย (aimlessness) เกียจคร้าน (idleness) หมกมุ่นกับตนเอง (self-absorbed attitude) แยกตนจากสังคม (social withdrawal)

ในการวินิจฉัยว่าบุคคลใดบุคคลหนึ่งเป็นจิตเภท บุคคลนั้นจะต้องมีอาการเด่นอย่างน้อย 1 ข้อ หรืออย่างน้อย 2 ข้อขึ้นไป หากไม่เด่นชัดในข้อ 1-4 หรือหากมีอาการในข้อ 5-8 จะต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป และมีอาการนานตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป ถ้ามีอาการที่เข้าเกณฑ์แต่ระยะเวลาน้อยกว่า 1 เดือน ก็ให้วินิจฉัยเป็น Schizophrenia-like psychotic disorder และปรับเป็น Schizophrenia เมื่อแสดงอาการนานขึ้น ส่วนอาการในข้อ 9 เป็นอาการสำหรับการวินิจฉัยโรคจิตเภทแบบง่าย (simple schizophrenia) และต้องมีอาการอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป⁶

โดยสรุป เกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคนั้นสามารถทำได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกันและตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งส่วนใหญ่โดยทั่วไปจะทำการวินิจฉัย โดยใช้ระบบของDSM-5 ในการจำแนกโรคโดยระบุชื่อเป็นโรค และตามด้วยรหัสของ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลกในวงเล็บ

2. การวินิจฉัยแยกโรค

การวินิจฉัยแยกโรคของโรคจิตเภท⁶ ดังนี้

1. โรคจิตที่มีสาเหตุมาจากโรคทางกาย ยาหรือ สารเสพติด (psychotic disorder due to another medical condition, substance/ medical -induced psychotic disorder) ผู้ป่วยจะยอมรับความเจ็บป่วยของตนเองและรู้สึกทุกข์ใจต่ออาการที่เกิดขึ้น ลักษณะที่บ่งชี้ เช่น อายุมาก อาการเกิดขึ้นเร็ว มีประวัติโรคทางกาย การใช้ยาหรือสารเสพติด ตรวจร่างกายพบความผิดปกติ
2. โรคจิตที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลัน (brief psychotic disorder) ผู้ป่วยมีอาการเหมือนโรคจิตเภทได้ แต่ระยะเวลาเป็นอย่างน้อย 1 วัน และไม่เกิน 1 เดือน อาจมีความเครียดเป็นตัวกระตุ้นได้
3. โรค schizophreniform disorder ผู้ป่วยมีอาการเหมือนกับโรคจิตเภท แต่ระยะเวลาที่เป็นเกิน 1 เดือน และน้อยกว่า 6 เดือน
4. โรค schizoaffective disorder ผู้ป่วยมีทั้งอาการของโรคจิตเภทและโรคทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นซึมเศร้าหรือ mania โดยมีช่วงที่มีอาการโรคจิตอย่างน้อยนาน 2 สัปดาห์ขึ้นไป
5. โรค Delusional disorder ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดเด่น นานอย่างน้อย 1 เดือน อาจมีประสาทหลอนได้ แต่ไม่เด่นและมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับความคิดหลงผิด ไม่พบการทำหน้าที่บกพร่องหรือพฤติกรรมที่แปลกประหลาดอย่างชัดเจน

6. กลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorder) และกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar and related disorder) ผู้ป่วยอาจมีอาการโรคจิตได้ ซึ่งสัมพันธ์กับช่วงที่มีอารมณ์ผิดปกติ ส่วนโรคจิตเภทพบอารมณ์ผิดปกติได้ แต่เป็นระยะสั้น

3. การดำเนินโรค

การดำเนินโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ⁶

3.1 ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) เป็นระยะที่เริ่มมีอาการและอาการแสดงที่จะนำไปสู่การเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลันผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยช่วงแรกอาจมีอาการวิตกกังวลหรือซึมเศร้าที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ตามมาด้วยอาการด้านลบ โดยจะค่อยๆ แยกตัวไม่เข้าสังคมเหมือนเคย มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ครอบครัว และเพื่อนอาจสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยว่าไม่สามารถทำกิจกรรมด้านการงาน สังคมและส่วนบุคคลได้ดีเหมือนเดิม ระยะเวลาของอาการนำนี้จะเกิดขึ้นประมาณ 1 ปี หรือมากกว่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายกับอาการด้านลบ จึงทำให้บุคคลอื่นสังเกตเห็นถึงความเปลี่ยนแปลงได้ยาก

3.2 ระยะโรคกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่มีอาการทางจิตเด่นชัด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาการด้านบวก โดยผู้ป่วยที่มีอาการนำจะถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่พบได้ตามช่วงวัย ซึ่งเป็นปัจจัยกดดันที่ทำให้ผู้ป่วยซึ่งมีความเปราะบางอยู่ระดับหนึ่งอยู่แล้วไม่สามารถปรับตัวต่อไปได้อีก จึงแสดงอาการต่างๆ ของโรคออกมา โดยระดับความรุนแรงของอาการต่างๆ ของโรคมีความแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ A โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3.3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่าอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิด อาจยังมีแต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อ ความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไปแยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเองมีผู้ป่วย