

به نام خدا

جلسه آموزش مجازی دانشجویان روان شناسی

درس آسیب شناسی روانی

دکتر اصغر آقایی



اختلالات طیف اسکیزوفرنی و
سایر اختلالات پسیکوتیک
براساس DSM-5

سایر اختلالات پسیکوتیک

(۱) اسکیزوفرنی فرم: Schizophreni form disorder

(۲) اختلال اسکیزوافکتیو: Schizoaffective disorder

(۳) اختلال دیلورژنال: Delusional disorder

(۴) اختلال پسیکوتیک کوتاه: Brief psychotic disorder

(۵) اختلال پسیکوتیک مشترک: Shared psychotic disorder

اختلال اسکیزوفرنی فرم

این اختلال شبیه به
سمپتوم های
اسکیزوفرنی است اما
تفاوت در مدت زمان
آنهاست

شیوع اختلال
اسکیزوفرنی فرم

نرخ وقوع شبیه به اسکیزو
فرنی می باشد (۰.۳٪ تا
۰.۷٪)

۱- فازهای مقدماتی، فعال، و باقیمانده ی
اختلال اسکیزوفرنی فرم حداقل یک ماه
اما کمتر از ۶ ماه طول می کشد.

۲- غیاب معیار نقص در عملکرد
اجتماعی یا شغلی است

معیارهای DSM-5 برای اسکیزوفرنی فرم

A- دو مورد از موارد زیر هریک برای طول یک دوره ۱ ماهه

• ۱- هذیان‌ها

• ۲- توهم‌ها

B- یک اپیزود این اختلال ۱ ماه، اما کمتر از ۶ ماه ادامه می‌یابد

C- اختلال اسکیزوافکتیو اختلال افسردگی عمده یا اختلال دوقطبی با خصوصیات پسکوتیک منتفی شده زیرا: ۱. هیچ اپیزود افسردگی عمده یا اپیزود مانیک بطور هم زمان با سمپتوم‌های فاز- فعال روی نداده‌اند ۲. اگر اپیزودهای افسردگی عمده یا مانیک در فاز- فعال روی داده‌اند، مدت زمان آنها کمتر از نصف کل مدت زمان فازهای فعال و باقی مانده بیماری است.

D- این ناراحتی قابل نسبت دادن به تأثیرات فیزیولوژیکی یک ماده یا یک عارضه پزشکی دیگر نیست.

اختلال اسکیزوافکتیو

افرادی که دارای سمپتوم‌های اسکیزوفرنی همراه با اختلالات خلقی (افسردگی عمده یا اختلال دوقطبی) می‌باشند. پراگنوز این اختلال شبیه به پراگنوز اسکیزوفرنی است یعنی افراد مبتلا به این اختلال معمولاً خود به خود خوب نمی‌شوند و به احتمال زیاد سال‌های سال مشکلات عمده‌ای در زندگی خود خواهند داشت.

شیوع اختلال اسکیزوافکتیو

اختلال اسکیزوافکتیو شیوع کمتری از اسکیزوفرنی دارد (یک سوم شیوع آن). نرخ شیوع تمام عمری (لایف-تایم) اختلال اسکیزوافکتیو حدود ۰.۳٪ می‌باشد. این اختلال در زنان بیشتر از مردان است.

معیارهای DSM-5 برای اختلال اسکیزوافکتیو

A- یک دوره پیوسته و بدون وقفه از بیماری که در طول آن، یک اپیزود افسردگی عمده یا یک اپیزود مانیک وجود دارد و بطور همزمان با معیار A در اسکیزوفرنی روی می‌دهد.

B- در طول عمر این بیماری ۱، دیلوزن‌ها یا هالوسینیشن‌ها به مدت ۲ هفته یا بیشتر در غیاب یک اپیزود عمده یا یک اپیزود مانیک وجود دارند.

C- سمپتوم‌هایی که معیارهای لازم را برای اپیزود افسردگی عمده یا اپیزود مانیک را برآورده می‌کنند، در اکثر مواقع در طول دوره‌های فعال و باقی مانده بیماری حضور دارند.

D- این ناراحتی در اثر تأثیر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده (مثلاً مواد سوء مصرفی یا داروهای تجویزی) یا یک عارضه پزشکی عمومی نیست.

اختلال دیلوزنال: (اختلال هذیانی)

دیلوزن‌ها عبارتند از باورهایی که فرد قاطعانه آنها را قبول دارد اما سایر اعضای جامعه آنها را قبول ندارند. ویژگی اصلی اختلال دیلوزنال (اختلال توهم) عبارت است از: یک اعتقاد یا باور مبهم که با واقعیت تضاد دارد و در عین حال سایر ویژگی‌های اسکیزوفرنی حضور ندارند. افراد مبتلا به اختلال دیلوزنال معمولاً بی‌واکنشی هیجانی یا کند شدن احساسی یا سایر سمپتوم‌های منفی اسکیزوفرنی را ندارند، اما ممکن است از لحاظ اجتماعی منزوی شوند زیرا به دیگران شک دارند. این توهمات یا دیلوزن‌ها طولانی مدت هستند و گاهی چند سال ادامه می‌یابند.

انواع اختلالات دیلوژنال (هذیانی)

۱. نوع اروتوماتیک. **Erotomaniac**
هذیان عبارتست از این باور غیر منطقی که یک نفر فرد را دوست دارد و عاشقش است، و این فرد عاشق معمولاً به طبقه اجتماعی بالاتری از خود درمان جو تعلق دارد. (به توهم مورد عشق دیگران واقع شدن، اروتومانیا گفته می‌شود).

۲. **Grandiose**: افراد مبتلا به نوع گراندیوز (خود بزرگبین) فکر می‌کنند بیشتر از آنچه واقعاً حقیقت دارد ارزشمند هستند، قدرت دارند، هویت دارند یا با یکی از خدایان و با یکی از افراد مشهور، رابطه‌ای ویژه دارند.

۳. **Jealous**: افرادی که اختلال دیلوژنال از نوع حسادت (غیرنی) دارند فکر می‌کنند که همسرشان به آنها خیانت می‌کند. این افراد ممکن است اجازه ندهند همسرشان تنهایی به جایی برود و حتماً باید خود فرد یا یک فرد مورد اعتماد او را همراهی کند.

انواع اختلالات دیلوژنال (هذیانی)

۴. **Persecutory**: در این اختلال دیلوژنال (تعقیب و گزند) فرد فکر می‌کند که دیگران با او خصمانه رفتار می‌کنند، بد او را می‌خواهند و تصمیم دارند به وی آسیب برسانند.

۵. **Somatic**: در اختلال دیلوژنال سوماتیک (اختلال توهم بدنی) فرد فکر می‌کند که یک بیماری یا یک عارضه پزشکی عمومی دارد.

۶. **Mixed type**: اختلال دیلوژنال از نوع مختلط، اینها توهمات یا دیلوژن‌هایی هستند که خصوصیات اصلی آنها به دو یا چند نوع فرعی تعلق دارند اما هیچ یک از این انواع فرعی به دیگری غالب نیست.

تفاوت اختلال دیلوژنال با دیلوژن‌های اسکیزوفرنی

در اختلال دیلوژنال، رویدادهای مورد تصور فرد امکان‌پذیر (قابل روی دادن) هستند اما روی نمی‌دهند، ولی در اسکیزوفرنی رویدادهای مورد تصور فرد غیرممکن هستند. (مثلا فکر می‌کند مردم فکر او را می‌خوانند). اختلال دیلوژنال نسبتاً دیر شروع می‌شود.

شیوع اختلال دیلوژنال

طبق آمار DSM-5 نرخ شروع تمام عمری (لایف-تایم) اختلال دیلوژنال حدود ۰.۲٪ تخمین زده می‌شود و فراوان‌ترین نوع فرعی، تعقیب و گزند است. اختلال دیلوژنال از نوع فرعی حسادت در مردان بیشتر از زنان است اما در فراوانی کلی اختلال تفاوت عمده‌ای بین زنان و مردان مشاهده نمی‌شود.

معیارهای DSM-5 برای اختلال دیلوژنال (هذیان)

A- حضور یک (یا چند) هذیان که حداقل یک ماه ادامه می‌یابد (می‌یابند).

B- فرد هرگز معیار A اسکیزوفرنی را نداشته است.

توجه: معمولاً توهم وجود ندارد و اگر هم وجود داشته باشد زیاد جلب توجه نمی‌کنند و با موضوع هذیان مرتبط هستند. مثلاً، اگر فرد هذیان آلوده شدن به بیماری دارد، توهم آن ممکن است آلوده شدن با حشرات باشد.

C- غیر از تأثیر منفی هذیان (دیلوژن‌ها) در بعضی جنبه‌های زندگی یا غیر از پیامدهای غیرمنتظره و پیچیده آن، عملکرد فرد در جنبه‌های مختلف زندگی زیاد مختل نشده است و رفتار او به وضوح عجیب و غریب نیست.

D- اگر همزمان با هذیان‌ها، ایزود(های) افسردگی عمده یا ایزود(های) مانیک نیز روی داده باشند، مدت آنها نسبت به مدت ایزودهای هذیان، کوتاه است.

E- این ناراحتی به علت تأثیر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده (مثلاً، مواد سوءمصرفی یا داروی تجویزی) یا یک عارضه پزشکی عمومی نیست.

اختلال پسیکوتیک کوتاه (گذرا)

بعضی افراد ناگهان به بعضی سمپتوم‌های پسیکوز دچار می‌شوند و نوسانات هیجانی و شدید آنها فقط چند روز طول می‌کشد. این افراد معیار DSM-5 برای اختلال پسیکوتیک کوتاه را دارند. ویژگی اصلی این اختلال، شروع ناگهانی یک یا چند سمپتوم مثبت (مثل هذیان‌ها، توهم‌ها، گفتار نامنظم، رفتار نامنظم) است که حداقل یک روز اما کمتر از یک ماه طول می‌کشد. این افراد خیلی زود به حالت سالم قبلی برمی‌گردند و می‌توانند عملکرد عادی خود در زندگی را از سر بگیرند. معمولاً یک رویداد بسیار استرس‌زا باعث آغاز این اختلال می‌شود.

شیوع اختلال پسکوتیک کوتاه

حدود ۹٪ کسانی که برای اولین بار پسکوز را تجربه می کنند، کسانی هستند که به اختلال پسکوتیک کوتاه مبتلا می شوند.

در کشورهای جهان سوم، در مقایسه با کشورهای پیشرفته ناراحتی های پسکوتیکی که معیارهای A و C دارند اما معیارهای B برای اختلال پسکوتیک کوتاه را ندارند (یعنی مدت ادامه سمپتوم های فعال یک تا شش ماه است و بازگشت آن در عرض یک ماه نیست) رایج تر هستند.

اختلال پسکوتیک کوتاه در زنان دو برابر مردان است.

25

معیارهای DSM-5 برای اختلال پسکوتیک کوتاه

A - حضور یک یا چند سمپتوم زیر. حداقل یکی از سمپتوم ها باید (۱)، (۲) یا (۳) باشد:

۱. هذیان ها

۲. توهم ها

۳. گفتار نامنظم (مثلاً، از خط خارج شدگی یا نامفهوم بودن گفته ها)

۴. رفتار بسیار نامنظم یا رفتار کاتاتونیک

B - مدت یک اپیزود از این اختلال حداقل ۱ روز اما کمتر از یک ماه است و بعد از آن، کیفیت عملکرد فرد بطور کامل به سطح پریموریید (پیش از بیماری) برمی گردد.

C - این اختلال را نمی توان به اختلال افسردگی عمده یا اختلال دوقطبی با ویژگی های پسکوتیک یا یک اختلال پسکوتیک دیگر مثل اسکیزوفرنی نسبت داد و علت آن نمی تواند تأثیر فیزیولوژیک و مستقیم یک ماده یا یک عارضه پزشکی دیگر باشد.

اختلال پسیکوتیک مشترک

در اختلال پسیکوتیک
مشترک، کسی که با فرد
مبتلا به باورهای توهمی
یا پسیکوتیک رابطه
میان فردی نزدیکی دارد
سوانجام آن باورها را
باور می‌کند.

فرد باور توهمی را
از کسی که براو
تسلط دارد کسب
می‌کند.

در بسیاری موارد وقتی
این دو نفر از هم جدا
می‌شوند، آن کسی که
باورهای توهمی نفر
مقابل را باور کرده بود،
دیگر آنها را باور نخواهد
داشت.

به این اختلال جنون
دو نفره یا
Folie a
deux نیز گفته
می‌شود.

علتش این است که این
اختلال علاوه بر اختلال
اسکیزوفرنی و اختلال
دیلوزنرال، در اختلال
وسواسی- اجباری و
اختلال شخصیت گسسته
نیز مشاهده می‌شود.

سبب شناسی اختلالات سایکوتیک

نظریه‌های روان شناختی

۱) نظریه‌های روان پویایی (سایکودینامیک)

فروید عقیده داشت که علت سایکوز بازگشت به یکی از
مراحل پنج گانه رشد روانی- جنسی (مرحله دهانی) است
که باعث می‌شود فرد بیش از حد به خودش فکر کند.
اصطلاح روانکاوی برای این پدیده، بازگشت به مرحله
خودشیفتگی اولیه است. (در نظریه فروید، اولیه اشاره دارد
به اولین مرحله رشد و آنچه به طور ناهشیار روی می‌دهد.
ناتویه اشاره دارد به آنچه بعد از مرحله ادیپ بطور هشیار
روی می‌دهد). خودشیفتگی اولیه یکی از خصوصیات اصلی
مرحله دهانی است و عقیده براین است که علت این بازگشت
وجود والدین سرد و نامهربان است و بازگشت به مرحله
خودشیفتگی اولیه باعث از دست دادن تماس با واقعیت
می‌شود. (نوعی مکانیسم دفاعی).

فروید هم چنین ، عقیده داشت که اختلال فکری و انزوا طلبی که در پسگوز به طور دائم مشاهده می شوند، نشان می دهند که فرد روی خودش متمرکز شده است و فقط به خودش توجه می کند.



15

نظریه های رفتارگرایی

طبق برخی نگرش ها، یادگیری و شرطی سازی در ایجاد سمپتوم ها نقش دارند. بعضی روان شناسان معتقدند که علت رفتارهای عجیب افراد مبتلا به اسکیزوفرنی این است که با شرطی سازی عامل تقویت می شوند. یعنی چون افراد مبتلا به اسکیزوفرنی زندگی در یک خانواده پر آشوب را تجربه کرده اند و نیز به علت دشواری در توجه، که در اسکیزوفرنی عادی است، معمولاً متوجه محرک های اجتماعی عادی نمی شوند و نمی توانند در تعاملات اجتماعی شرکت کنند. در نتیجه توجه آنها به سوی محرک های نامربوط معطوف می شود. (مثلاً یک حشره روی کف اتاق). توجه به محرک های بی ربط و بی اهمیت باعث می شود که رفتار آنها بیش از پیش عجیب به نظر برسد و در نتیجه توجه بیش از پیش دیگران را به خود جلب کنند، و این روش جلب توجه تقویت کننده این گونه رفتارها می شود.

رفتاری که عجیب و غریب به نظر می رسد ممکن است در شرایط عادی و صرفاً در اثر شرطی سازی عامل به وجود آمده باشد.

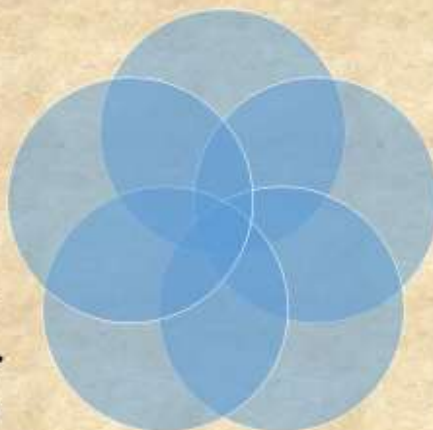
20



۱. کم توجهی:

۵. تحقیقات نشان داده است که افراد اسکیزوفرن در آزمایش‌هایی که در آنها توجه به محرک‌های نامربوط باعث بهبود عملکرد می‌شوند، در مقایسه با افراد سالم، عملکرد بهتری دارند.

۴. زمانی است که فرد به همه جوانب محیط خود توجه می‌کند و نمی‌تواند محرک‌های بی‌ربط را از فیلتر بگذراند.



۲. حدود ۵۰٪ اسکیزوفرن‌ها در واکنش توجهی نقص دارند. بنابراین می‌توان گفت که آنها به محرک‌های محیطی مهم توجه ندارند یا آنها را پردازش نمی‌کنند. معلوم شده است که نقص در واکنش‌های توجهی، با سمپتوم‌های منفی اسکیزوفرنی، مثل انزوا و بی‌واکنشی هیجانی رابطه هم‌بستگی دارند.

۳. بیش توجهی:

سوگیری‌های اسنادی و تفسیری

همه این مطالعات نشان می‌دهند که افراد مبتلا به توهمات پارانوییدی، در مقایسه با افراد سالم رویدادهای منفی و خطرناک زیادی داشته‌اند و هم چنین برای نسبت دادن رویدادهای منفی به علت‌های بیرونی نوعی سوگیری در خود ایجاد کرده‌اند. حداقل کاری که سوگیری اسنادی انجام می‌دهد این است که باعث تداوم باورها و توهمات پارانوییدی می‌شوند: این که کسی یا چیزی از بیرون در حال تهدید کردن آنهاست.

۵۰٪ اسکیزوفرن‌ها مبتلا به اسکیزوفرنی پارانوییدی تشخیص داده می‌شوند (توهمات پارانوییدی). بعضی محققان عقیده دارند که توهمات پارانوییدی ممکن است نتیجه فرآیندهای اسنادی غیرعادی باشند، یعنی افراد اسکیزوفرن تمایل دارند رویدادهای منفی زندگی را به عوامل بیرونی نسبت دهند و رویدادهای مثبت را به علت‌های درونی.

فریمن و همکارانش عقیده دارند که در ایجاد
سوگیری های شناختی و درگیر در تفکرات مربوط به
تهدید چهار عامل نقش دارند:

(۱) تجربه های عجیب
و غریب

(۲) اضطراب
، افسردگی، نگرانی

(۳) سوگیری در
استدلال

(۴) عوامل اجتماعی
مثل ترورما، انزوا

نقص در توانایی ذهن خوانی

توضیح دیگر شناخت گرایان درباره توهمات پسیکوز این است که اسکیزوفرن ها
احتمالا نمی توانند حالت ذهنی افکار، و نیات دیگران را حدس بزنند و توانایی
ذهن خوانی (نظریه ذهن) ندارند.

به نظر می رسد که نقص در نظریه ذهن خوانی عامل مهم در
ایجاد و تداوم باورهای توهمی در پسیکوز است.

نظریه های اجتماعی- فرهنگی

نظریه آمادگی استعداد (ژنتیک) - استرس محیطی در مورد اسکیزوفرنی تاکید می کند که آمادگی بیولوژیک با عوامل استرس زای محیطی تعامل می کند تا باعث ایجاد نشانه های پسикوز شود.

عوامل اجتماعی

بیش ترین تعداد بیماران اسکیزوفرنی معمولاً در محله های فقیرنشین و خانواده هایی که موقعیت اجتماعی - اقتصادی ضعیفی دارند دیده می شود. نظریه سوسیوزنتیک (جامعه زاد) عقیده دارد که افراد متعلق به طبقات بالای جامعه تحت عوامل استرس زای محیطی و زندگی قرار دارند.

طبق نظریه انتخاب

اجتماعی افراد مبتلا به نشانه های پسیکوز خود به خود به یک زندگی خاص متمایل و در آن غرق می شوند

C - برچسب زنی اجتماعی

طبق این دیدگاه
ایجاد و تداوم
سمپتوم‌های
پسیکوز تحت
تأثیر خود
تشخیص یا
دیاگنوز قرار
می‌گیرد.

وقتی کسی
اسکیزوفرن
تشخیص داده
می‌شود،
اطرافیان برخورد
متفاوتی با او
پیش می‌گیرند

و هرگونه رفتار
غیر عادی او را
سمپتومی از
اسکیزوفرنی
می‌دانند

و از طرف دیگر
فرد مبتلا نقش
کسی را بر عهده
می‌گیرد که
اختلال روانی
دارد.

این کار
خودبه‌خود باعث
می‌شود آنچه قبلاً
یک پیش‌بینی
محض بود به
واقعیت تبدیل
شود

(این تشخیص
و برچسب باعث
می‌شود تا فرد،
خانواده و ... به
شیوهای رفتار
کنند که باعث
تداوم سمپتوم‌های
روانی بشود).

فرضیه دستورات متناقض

معتقد است که اعضای قدرتمند و محبوب خانواده به کودک دستورات متناقض می‌دهند.

مثلاً مادر از کودک تقاضای ابراز علاقه می‌کند

(مثل بغل کردن)

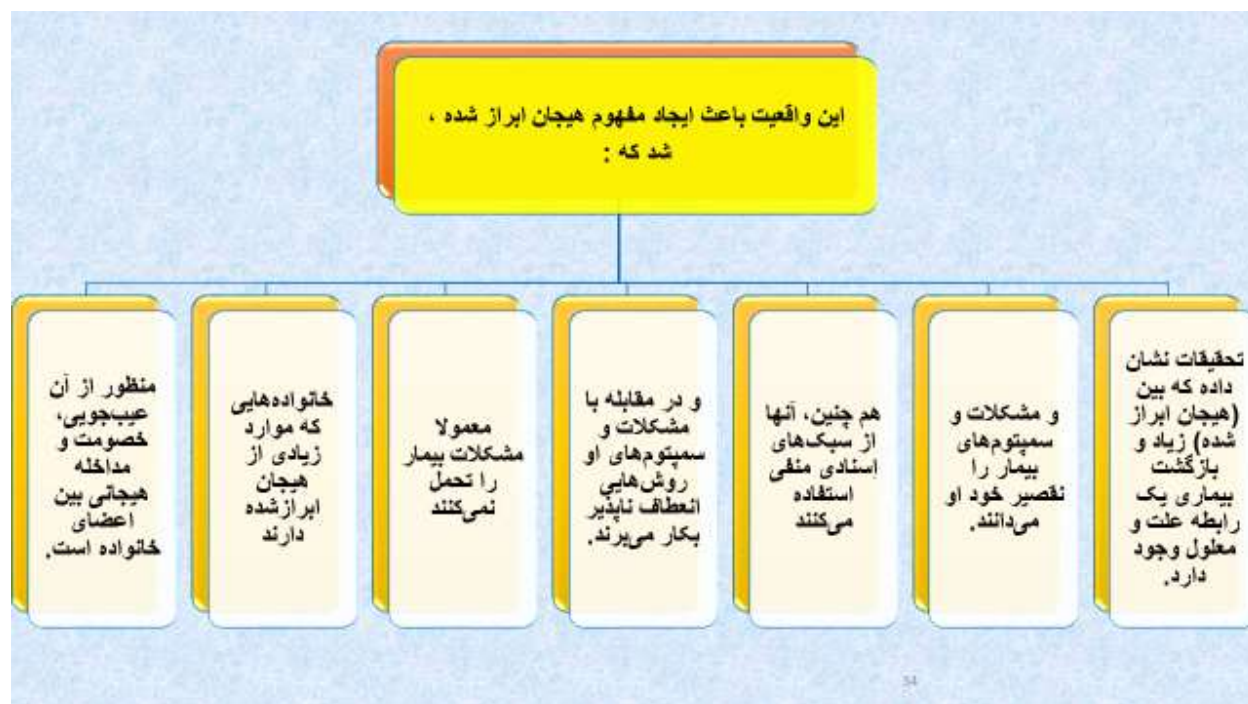
اما ابراز احساسات را تلقیح می‌کند

چون این کار را علامت ضعف می‌داند.

این دوگانگی کودکان را در وضعیتی متناقض قرار می‌دهد

و ممکن است چاره‌ای جز انزوا و گوشه‌گیری نداشته باشد.





توهم، هذیان و حیرت زدگی

اگر فردی در یک کلبه دور افتاده در یک جنگل یا در حاشیه‌ی یک شهر یا روستا در حالی که تنها نیز هست، از طریق افکار و ذهن خود به دلیل شنیدن صداها و اشباحی که واقعیت ندارند، مرتب حیرت زده شود و راه به جایی نیز نداشته باشد، یکی از روش‌های کنار آمدن با حیرت زدگی و حیرانی مداوم، پذیرش آن است. پذیرش یک حیرت زدگی درون زاد غیر واقعی یعنی این که آن را جزئی از وجود و شخصیت خویش کردن. به نظر این کار، روش ساده و گاهی اجتناب ناپذیر برای رهایی از حیران ماندن و یکی از راه‌های حیرت زدایی از خویش است. وقتی چیزی جزئی از وجود انسان شد، حتی اگر از بدترین‌ها نیز باشد ولی فرد راهی برای جدا کردن آن از خود نداشته باشد، به تدریج برای خودش قابل قبول، قابل تحمل و قابل احترام می‌شود.

آنچه پس از پذیرش و جزئی از خویش شدن دانستن اتفاق می‌افتد یک فرایند حیرت زدگی - پذیرش - حیرت زدایی است که در هر بار حیرت زدایی از آن بیشتر و از خاصیت حیرت زدگی اش کاسته می‌شود. این فرایند به خودی خود خاصیت تقویت کنندگی دارد که باعث تحکیم و تثبیت اعتقادات و باورهای فرد در باره‌ی همان موضوع حیرت هم می‌گردد.

یک مثال

یک روز صبح از خواب بیدار می شوید و می شنوید که با یک آدم عجیب و غریب نسبت فامیلی پیدا کرده اید. مهم نیست چرا و چگونه. به قدری دچار حیرت زدگی می شوید که برای مدت ها حیران می مانید، اما چه بخواهید و نخواهید از امروز او عضوی از فامیل شما شده و شما و او به یکدیگر نسبت داده می شوید. **همانند مثال اسکناس های مجاله شدهی فروشندهی اول** ممکن است راه های مختلفی برای خلاص شدن از این نسبت داشته باشید؛ ولی هر کدام از راه ها به دلیل خاص خود میسر و شدنی نیستند. راه باقیمانده برای شما پذیرش است، پذیرش این حیرت ناخواسته و البته برون زاد.

یک مثال

از این پس شما برای حیرت زدایی از خود راهی جز قبول او به عنوان عضوی از خانواده و حتی بخشی از خود ندارید. برای این که از فشار و تنش ناشی از حیران بودن به در آید، آخرین راه یکی شدن با موضوع حیرت یا یکی کردن موضوع حیرت با خود است. روشی که اکثر مردم در این گونه موقعیت ها و وضعیت ها برمی گزینند، روشی افراطی همراه با استفاده از مکانیسم معکوس سازی و خوب تر از واقعیت جلوه دادن است.

روش پذیرش و یکی شدن و مکانیسم دفاعی معکوس سازی

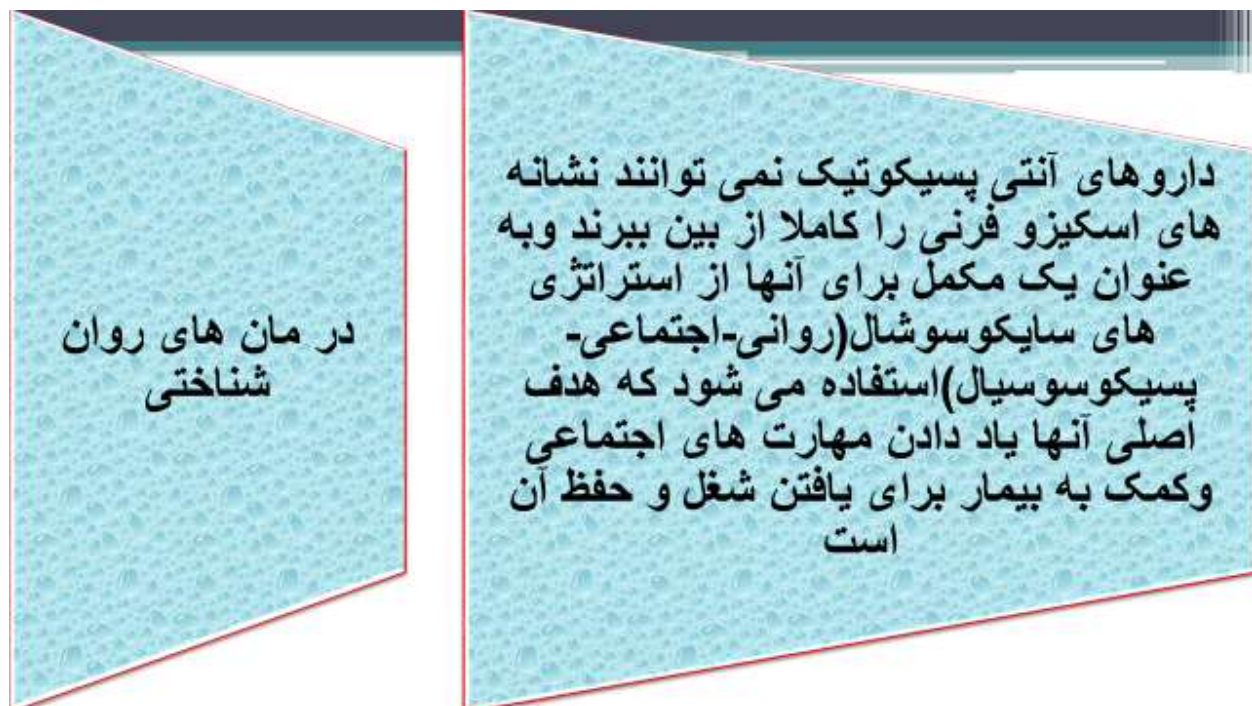
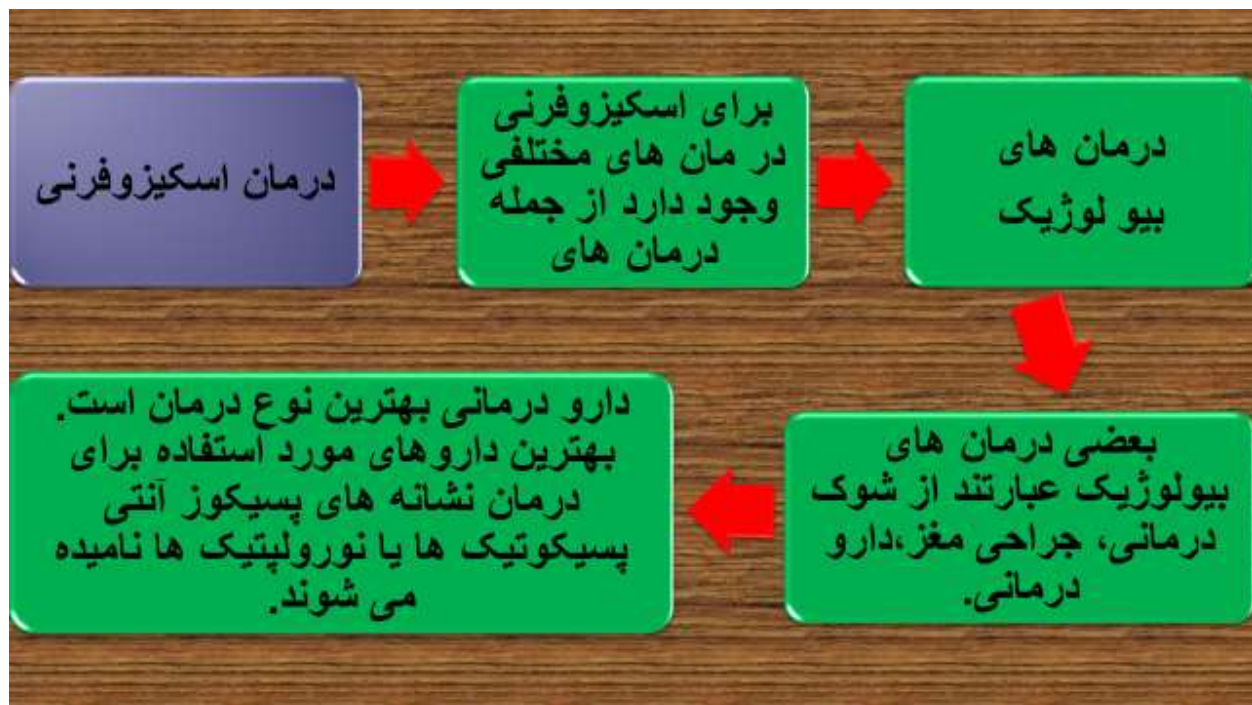
استفاده از روش پذیرش و یکی شدن و مکانیسم دفاعی معکوس سازی در مورد موضوع های عادی و معمولی که بیشتر یا اغلب مردم ممکن است درگیر آن باشند، شاید چندان جلب توجه نکند؛ اما در مورد موضوع ها و مسائل خاص مثل شنیدن صدایی که وجود ندارد یا دیدن اشخاص یا اشباحی که واقعیت خارجی ندارند، وضع این گونه نخواهد بود. حیرت زدگی هایی از این نوع در دفعات اول برای خود فرد نیز آن چنان غیر عادی و غیر مترقبه است که تا مدت ها از بیان و ابراز آن ها خودداری می کند.

روش پذیرش و یکی شدن و مکانیسم دفاعی معکوس سازی

اما فشار ناشی از حیرت و حیران بودن به قدری زیاد است که سرانجام بر گفتار، رفتار و روابط بین فردی او اثر می گذارد و سرانجام فرد حیرت زده مجبور می شود با عامل حیرت خود یکی شده و ضمن پذیرش آن و هم چنین بزرگ و خوب جلوه دادن آن موجودیت عامل حیرت خود را علنی و اعلام همگانی کرده و بر صحت و درستی آن نیز تاکید بورزد. از همین نقطه است که توهم و هذیان فرد بخشی از وجود و شخصیت او شده و با برخوردها و روش های غیر اصولی و غیر حرفه ای اطرافیان و سایر مردم، هر روز عمیق تر و گسترده تر می شود.

شاید، «تاکید می کنم شاید»، اگر راهی پیدا کنیم که بتوانیم مراحل اولیه‌ی حیرت های درون زاد منتهی به توهم و هذیان را شناسایی و به طریقی علمی و کارشناسانه از فرد حیرت زدایی کنیم، امکان دارد جلوی ورود فرد را به دوره های فعال و مزمن یا باقیمانده‌ی سایکوزها (اختلالات روان پریشی)، بگیریم یا حداقل شدت و مدت این دوره ها را بتوانیم کاهش دهیم. در حال حاضر این فقط در حد یک فرضیه بوده و محتاج انجام تحقیقات دقیق و حساب شده است. بیان و پیشنهاد این فرض به معنای انکار عوامل زیستی - عصبی و ارگانیک بیماری ها، مخصوصا روان پریشی ها و درمان های دارویی آن ها نیست. زیرا هیچ اتفاق ساده یا پیچیده ای به صورت فکر یا عمل در موجود انسان رخ نمی دهد، مگر این که یک علت یا تغییر زیستی، به خصوص در ساختار مغزی - عصبی وجود داشته باشد.

در عین قبول و پذیرش قطعی نقش ساختارهای زیستی در بروز حیرت های درون زاد از جمله حیرت های منتهی به وسواس و هذیان و توهم، می توان این فرضیه را نیز مطرح کرد که این افراد پس از مواجهه با اولین حیرت زدگی ناشی از فعالیت های زیستی - عصبی و ژنتیک خود، چون قادر نیستند از خود حیرت زدایی کنند و بسته به نوع اختلال و شدت آن توانمندی و مهارت های ویژه ای را نیاز دارند، ابتدا به خود سانسوری موضوع حیرت اقدام می کنند و سرانجام به پذیرش و جزئی از خود دانستن عامل حیرت برای رهایی از حیران ماندن مبادرت می نمایند.



روان درمانی شناختی- رفتاری (C.B.T)

از طریق مبارزه با تفسیر غلطی که در مان جویان از هالوسینیشن های خود دارند، ایجاد توضیحات جایگزین و قابل قبول برای آنها، و کمک به در مان جویان در جهت درک چگونگی به ایجاد هالوسینیشن ها از طریق تجربه های عادی، مشکلات را از بین می برند.

از سی بی تی در برنامه های پیشگیری نیز استفاده می شود

از سی بی تی به صورت روان درمانی اعاده اسناد (اسناد دادن دوباره) برای نشانه های پسیکوز نیز استفاده می شود

خانواده درمانی

خانواده درمانی انواع مختلف دارد ویژگی اصلی اکثر خانواده درمانی ها این است که به خانواده ها درباره ماهیت و نشانه های اسکیزوفرنی آموزش می دهند. برای مثال:

۱) خانواده ها درباره تشخیص، شیوع، و علت های نشانه های پسیکوز آموزش می بینند.

۲) درباره دارو های آنتی پسیکوتیک اطلاعات لازم را به دست می آورند و نحوه کمک به بیمار برای مصرف دارو یاد می گیرند.

۳) با استفاده از آموزش مهارت های اجتماعی یاد می گیرند که چگونه مشکلات را بشناسند و به اهداف خانوادگی دست یابند