

# با تمام خند را

طابت همراه است،

همراه سستی قلب و اندیشه



سرشناسه عنوان و نام پدیدآور	رضوانی، کژال، ۱۳۷۱- اسکیزوفرنی: خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۴ ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵ Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry 2024
مشخصات نشر	ترجمه و تلخیص: کژال رضوانی؛ پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر صبا رضانیا
مشخصات ظاهری	تهران: کاردیا، ۱۴۰۵.
شابک	۲۴۴ ص: مصور(رنگی)، جدول(رنگی)، نمودار(رنگی).
مدیر تولید و برنامه ریزی	ریال ۲-۳۷۰-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸ ج ۱
وضعیت فهرست نویسی	الهه شهدادی
یادداشت	فیبا
موضوع	کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 11th. ed, 2024" تألیف بنجامین جیمز سادوک، ویرجینیا. ا سادوک، پدرو روئیز است.
شناسه افزوده	اسکیزوفرنی Schizophrenia - روان پزشکی Psychiatry
شناسه افزوده	اسکیزوفرنی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها - Schizophrenia -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	روان پزشکی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها - Psychiatry -- Examinations, questions, etc.
شناسه افزوده	بولند، رابرت جوزف - Boland, Robert Joseph
شناسه افزوده	وردوئن، مارشا ال. - Verduin, Marcia L.
شناسه افزوده	روئیز، پدرو، ۱۹۳۶ - م. Ruiz, Pedro
شناسه افزوده	سادوک، بنجامین جیمز، ۱۹۳۳ - م. Sadock, Benjamin James
شناسه افزوده	سادوک، ویرجینیا ا. ۱۹۳۸ - م. Sadock, Virginia A.
شناسه افزوده	کاپلان، هرولد آی.، ۱۹۲۷-۱۹۹۸ م. Kaplan, Harold I., 1927-1998
شناسه افزوده	RC۵۱۴
رده بندی کنگره	۸۹/۶۱۶
رده بندی دیویی	۹۱۸۱۴۳۱
شماره کتابشناسی ملی	فیبا
اطلاعات رکورد کتابشناسی	

اسکیزوفرنی - خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی تا سال ۱۴۰۴ ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵	چاپ و لیتوگرافی: <b>رزیدنت یار</b>
ترجمه و تلخیص: دکتر کژال رضوانی؛ پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴: دکتر صبا رضانیا	نوبت چاپ: اول ۱۴۰۵
ناشر: انتشارات کاردیا	تیراژ: ۱۰۰ جلد
صفحه آرای: <b>رزیدنت یار - صبا درخشان فرد</b>	شابک: ۲-۳۷۰-۴۰۴-۶۲۲-۹۷۸
طراح و گرافیک: <b>رزیدنت یار - مهرداد فیضی</b>	بهاء: ریال

**آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸**  
**شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶، شماره تماس ویژه: ۰۲۱-۹۱۰۹۵۹۶۷**

[www.residenttyar.com](http://www.residenttyar.com)

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

# اسکیزوفرنی

خلاصه درس به همراه مجموعه سوالات آزمون ارتقاء و بورد با پاسخ تشریحی  
ویژه آزمون ارتقاء و بورد تخصصی ۱۴۰۵  
Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 11th ed, 2024

## ترجمه و تلخیص



### دکتر کژال رضوانی

رتبه ۵ درصد آزمون بورد تخصصی سال ۱۴۰۰

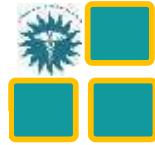
### پاسخدهی به سوالات ۱۴۰۴

### دکتر صبا رضانیا

رتبه ۱۰ درصد بورد تخصصی ۱۴۰۴

هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان





سپاس و ستایش شایستهٔ پروردگاری که کرامتش نامحدود و رمتش بی‌پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان فرصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم فود و رسم فطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

خدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت‌جویان راهت قرارم ده و یاری‌ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت‌یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آفرین پیشرفت‌های آموزشی در میطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۸ سال گذشته از منظر متفحصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین فود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به ممتوی بسیار غنی در مبحث روانپزشکی گردآوری شده و با استفاده از مفهومی نمودن مباحث و روان‌سازی توسط مؤلف محترم از منابع و رفرنس بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت‌یار با جمعی از اساتید رتبه A را به فود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

مرجان پور ندیم





کتاب پیش رو حاصل ترجمه و تألیف کامپرهنسیو ۲۰۲۴ و سیناپس ۲۰۲۲ است که تلاش کردیم با قلمی ساده و روان آن را به رشته‌ی تمریر در بیاوریم.

در این کتاب بر آن شدیم تا با کمک تصاویر، نمودارها و جداول مربوطه در فهم بهتر مطالب گامی به جلو برداریم؛ و همچنین تلاش کردیم با اضافه کردن سؤالات امتحانات جامع پره‌ارتقا، ارتقا و بورد تخصصی اهمیت نوشته‌های کتاب را در جای خود به فواندگان عزیز گوشزد نماییم. سؤالات در این کتاب، پاسخ تشریمی ندارد بلکه در ممدوده متن مربوط به پاسخ قرار داده شده است و متن بعد از پاسخ گزینه‌ای، الزاماً پاسخ سؤال نیست، بلکه ادامه متن تألیفی قبل از سؤال می‌باشد.

در پایان مطمئناً هیچ کتابی فالی از ایراد نخواهد بود و باعث افتخار ماست که ما را با پیشنهادات و انتقادات سازنده خود در ادامه این راه یاری نمایید. در انتها، سفنمان را با شعری از استاد ممددرضا شفیعی کدکنی به پایان می‌رسانیم:

« پیش از من تو بسیار بودند و نش بستند  
دیوار زندگی را ز کنگره یادگارن  
این نغمه محبت بعد از من و تو ماند  
تا در زمانه باقیست آواز باد و باران... »



## فهرست مطالب



فصل ۱-۱۲- مقدمه .....	۱۱
فصل ۲-۱۲- پدیدارشناسی اسکیزوفرنی .....	۱۳
فصل ۳-۱۲- بار جهانی اسکیزوفرنی .....	۴۱
فصل ۴-۱۲- ژنتیک scz .....	۴۷
فصل ۵-۱۲- اپیدمیولوژی بالینی .....	۵۱
فصل ۶-۱۲- نوروپاتولوژی سلولی مولکولی اسکیزوفرنی .....	۵۹
فصل ۷-۱۲- تصویربرداری ساختاری از مغز بیماران اسکیزوفرنی .....	۶۹
فصل ۸-۱۲- تصویر برداری فانکشنال و اسکیزوفرنی .....	۷۵
فصل ۹-۱۲- تصویربرداری مولکولی .....	۸۱
فصل ۱۰-۱۲- اختلال عصبی شناختی در اسکیزوفرنی .....	۸۷
فصل ۱۱-۱۲- تظاهرات فنوتیپی اسکیزوفرنی .....	۱۰۷
فصل ۱۲-۱۲- pharmacological treatment .....	۱۱۳
فصل ۱۳-۱۲- رویکرد سایکو سوشیال در بیماران مبتلا به scz .....	۱۲۹
فصل ۱۴-۱۲- سلامت مدیکال در بیماران اسکیزوفرنی .....	۱۳۷
فصل ۱۵-۱۲- ریکاوری در بیماران اسکیزوفرنی .....	۱۴۵
فصل ۱۶-۱۲- بازتعریف سایکوز به عنوان یک بعد بیماری اسکیزوفرنی .....	۱۵۵
فصل ۱۷-۱۲- سایر اختلالات سایکوتیک .....	۱۶۵
سوالات و پاسخنامه ارتقا و مورد .....	۱۸۷



## مقدمه

- اسکیزوفرنی یکی از بیماری‌های مزمن همراه با علائم سایکوتیک شدید در کنار اختلال شناختی است که در اکثر اوقات سبب اختلال کارکرد در زمینه‌های اجتماعی و شغلی و روابط بین فردی می‌شود.
- علائم در کودکی معمولاً قابل تشخیص نیست و در اصل شروع علائم معمولاً در اواخر جوانی و اوایل بزرگسالی است با افزایش سن این علائم تا حدودی بهبود می‌یابد.
- از اواسط قرن بیستم به بعد با ظهور داروهای آنتی‌سایکوتیک و به دنبال آن کشف ژن‌های دخیل در اسکیزوفرنی را برای فهم بهتر این بیماری همواره شده است.
- در زمینه بیولوژی، اولین دارویی که برای درمان SCZ کشف گردید؛ کلرپرومازین بود، کشف کلرپرومازین که به صورت اتفاقی و با چاشنی خوش‌شانسی انجام شد فرضیه بلوک گیرنده‌های دوپامین در SCZ را تقویت کرد.



## Schizophrenia

- در حال حاضر فرضیه دوپامین پاتوفیزیولوژی اصلی در SCZ است.
- در زمینه فیزیوپاتولوژی SCZ، دیده شده است که تغییر در کلسیم post synaptic سبب تغییر در فرایند تبدیلی سلول‌ها و تغییرات ایپی‌ژنتیک در هیپوکامپ و نئوکورتکس می‌شود که این مراکز در اصل مربوط به حافظه خصوصاً حافظه اعلانی (Declarative memory)
- در حال حاضر درمان SCZ، از درمان دارویی فراتر رفته است و درمان‌های شناختی مثل cognitive remediation درمان‌های psychosocial، Behavioral therapy، family training و community involvement است.



- مطالعه RAISE نشان می‌دهد که انجام درمان‌های بالا، سبب نتایج بهتر درمان در بیماری جوان مبتلا به SCZ می‌شوند.



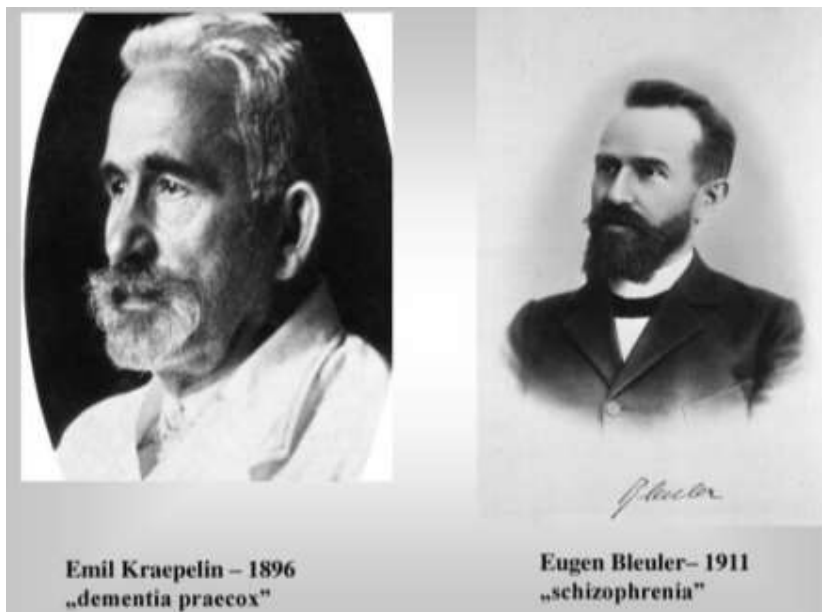
## پدیدار شناسی اسکیزوفرنی

- امیل کرپلین اولین کسی بود که اختلالات روان‌پویشی را در ابتدا از اختلالات روان‌پریشی با منشا جسمی جدا کرد.  
- وی اختلال سایکوتیک اولیه را به دو گروه تقسیم کرد:

۱. سایکوز مانیک دپرسیو

۲. دمانس پره‌کاکس (dementia praecox)

- کرپلین به این نتیجه رسیده بود که سایکوزهای خلقی نسبت به دمانس‌های پره‌کاکس خوش‌خیم‌تر و سیر بهتری دارد.
- کرپلین دمانس پره‌کاکس را به گروه‌های جداگانه‌ای همچون پارانویا، کاتاتونیا و hebe phrenia دسته‌بندی کرد.
- دمانس‌های پره‌کاکس به عقیده کرپلین سبب آسیب‌های وسیع و ازهم‌گسیختگی در احساسات و اراده و هوش فردی می‌شود.
- بلولر اولین بار کلمه اسکیزوفرنی را به کار برد. علایم اسکیزوفرنی را به دو گروه اولیه و ثانویه تقسیم کرد.
- بلولر برخلاف کرپلین کمتر نگران سیر بیماری بود و بیشتر در زمینه جنبه‌های سایکولوژیک SCZ اقدام کرد.



- بلولر علائم اولیه SCZ را شامل A4 نامید:

- Abnormal affect
- Autistic behavior and thinking
- Abnormal association
- Ambivalence



- بلولر عدم هماهنگی بین تفکرات، احساسات و رفتار بیماران SCZ را هال‌مارک این بیماری نامید. (۱۰۰٪ امتحانی)
- هذیان، توهم و انزوای اجتماعی و عدم وجود میل و انگیزه از جمله علائم ثانویه از دیدگاه بلولر هستند.
- معیارهای اسکیزوفرنی در DSM2 تحت تاثیر کرایتریاهای بلوئر بود

ابراز کدام هیجان زیر در خانواده بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا در فاز مقدماتی (prodromal) بیماری معمولاً بیشتر دیده می‌شود؟ (بورد ۹۶)

Over involvement (ب)

Criticism (الف)

Fear (د)

Hostility (ج)

پاسخ: ب

- کورت اشنايدر تمرکز خود را در پیدا کردن علائم بارز در بیماران SCZ گذاشت، علائم از نظر وی شامل انواع مختلفی از هالوسیناسیون، Thought withdrawal، Thought Insertion، Thought Broadcasting، تجربه‌های احساسی متفاوت است. (جدول ۱۲-۱، ۱۲)



**Table 12.2-1.**  
**First-Rank Symptoms of Kurt Schneider**

Audible thoughts	Auditory hallucinations of a person's voice being spoken aloud
Voices arguing or discussing	Auditory hallucinations of two or more voices arguing or discussing, usually about the person experiencing the hallucination
Voices commenting on patient's actions	Auditory hallucinations commenting on a person's behaviors
Somatic passivity	Tactile or visceral hallucinations that are imposed by some external agent; can be combinations of different somatic hallucinations
Thought withdrawal	Sensation of thoughts being actively removed from a person's mind
Thought insertion	Thoughts inserted into a person's mind by some external agent
Thought broadcasting	The sense that a person's thoughts are experienced as real phenomena by others —the thoughts are made audible or may be experienced by others through telepathy
Made feelings	Feelings that are not a person's own are imposed on that person by an external agent
Made impulses or drives	An impulse for action is imposed on a person by some external agent
Made volitional acts	A person's actions are from and are controlled by an external agent; the person is a passive participant in the action
Delusional perception	A perception that has a unique and idiosyncratic meaning for a person, which leads to an immediate delusional interpretation



در شرح حال زیر چند علامت شناختاری وجود دارد؟ (مشهد ۹۶)

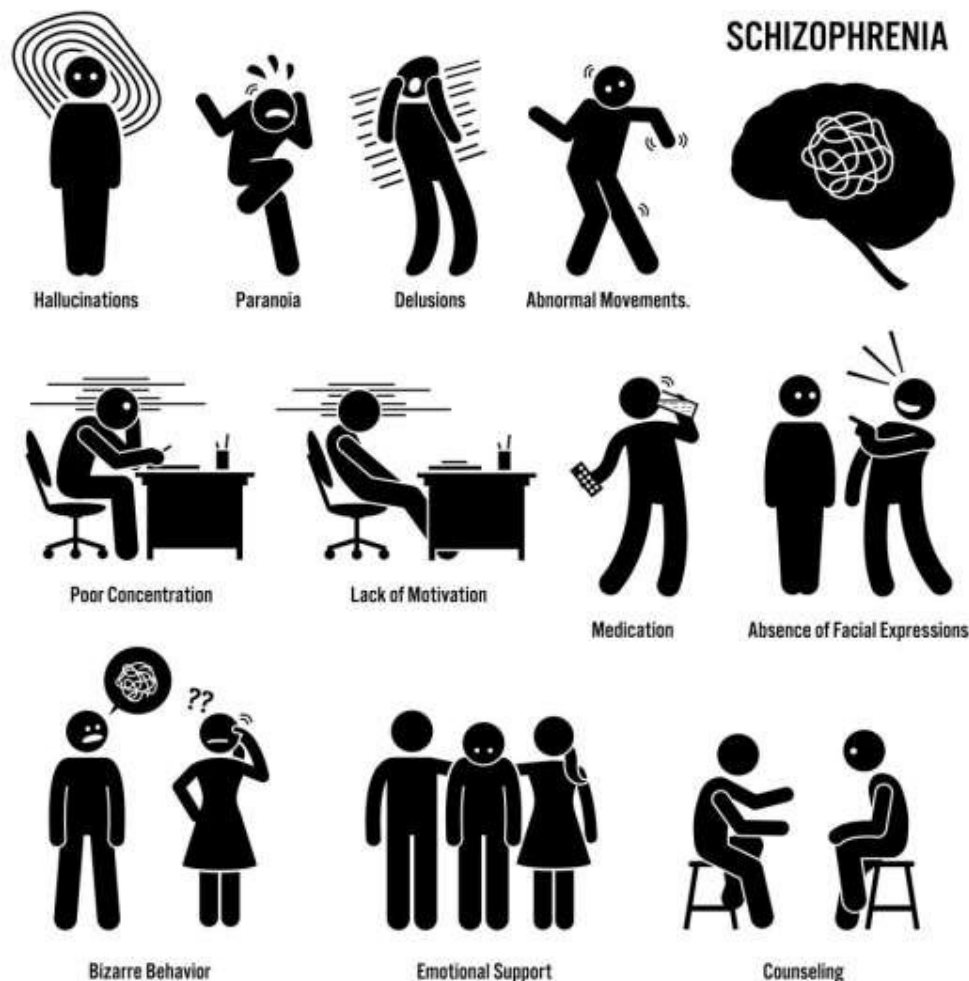
«بیمار در حین معاینه از مصاحبه‌کننده می‌پرسد که چرا مدام از وی سوال می‌کند، مگر افکارش را نمی‌خواند؟ از صدایی که مدام به وی می‌گوید به سمت در برود شاکی است و خواستار این است که مصاحبه تمام شود، از مصاحبه‌کننده می‌خواهد که دیگر انتهای خودکارش را فشار ندهد چرا که منجر به احساس ترس عمیقی در وی می‌گردد. با به صدا در آمدن موبایل مصاحبه‌کننده، متوجه شده که مسئولیت بزرگی برای نجات بشریت به عهده وی گذاشته شده است»

- الف) ۱ علامت  
ب) ۲ علامت  
ج) ۳ علامت  
د) ۴ علامت

پاسخ: ج

### تفاوت‌های معیارهای تشخیصی DSM و ICD

۱. طول مدت علایم
  ۲. فانکشن
  ۳. معیارهای ردکننده (exclusion)
- \* طبق DSM 5 علایم اسکیزوفرنی باید منجر به اختلال جدی در یکی از حوزه‌های فانکشن بیمار شده باشد در حالیکه در ICD11 چنین معیاری وجود ندارد .
  - \* طبق DSM5 طول مدت لازم برای تشخیص بیماری، شش ماه علایم است که حداقل یکماه آن علایم فاز فعال وجود داشته باشد. البته در صورت وجود درمان ممکن است طول مدت علایم کمتر باشد. اما طبق ICD10 وجود یکماه علایم برای تشخیص اسکیزوفرنی کافی است. البته حتی در صورت درمان، باید یکماه علایم موجود باشند .
  - \* طبق DSM5 برای تشخیص اسکیزوفرنی، باید اختلال خلقی یا اسکیزوافکتیو رد شود اما در ICD10 یک بیمار همراه دوره مانیا و یا افسردگی همچنان می‌تواند علائم SCZ را داشته باشد در صورتی که علائم مربوط به SCZ قبل از شروع دوره خلقی آغاز شده باشد.
  - \* طبق DSM5 اگر علایم طبق معیارها وجود داشته باشد اما شش ماه پر نشده باشد: **اختلال اسکیزوفرنی فرم است.**
  - \* طبق ICD10 اگر علایم طبق معیارها وجود داشته باشد اما یکماه پر نشده باشد: **اختلال حاد شبه اسکیزوفرنی یا -acute schizophrenia like disorder**
  - \* هم در DSM-5 و هم در ICD-11 زیرمجموعه‌های تشخیصی حذف شدند.
  - \* در DSM-5، برخلاف DSM-4، برای گذاشتن تشخیص قطعی SCZ، نیاز به دو علامت اصلی است. (در حالیکه در DSM-4، یک علامت اصلی برای تشخیص SCZ کافی بود).
  - \* علائم اصلی شامل: هذیان، توهم، Disorganize Speech، Disorganize Behavior و اینرمال سایکوموتور و علائم منفی است.



### علائم اسکیزوفرنی:

- دانشمندان از زمان امیل کرپلین تاکنون سعی کرده‌اند برای فهم بهتر بیماری SCZ، علائم آن را از جنبه‌های سایکوپاتولوژی مختلف مورد بررسی قرار دهند.
- اولین مقیاسی که به صورت وسیع مورد استفاده قرار گرفت Brief Psychiatric Ratingscale (BPRS) بود که در اندازه‌گیری میزان پاسخ به درمان در بیماران SCZ بکار می‌رفت به دنبال آن مقیاس کامل‌تری به نام PSE نیز وارد بازار شد.
- هدف هر دو معیار BPRS و PSE درک بهتر درمان و سیر بیماری SCZ بود. اما یک ایراد مهم داشتند و آن هم اینکه کم‌کم سوالات این پرسش‌نامه‌ها فقط مورد توجه قرار گرفت و پزشکان و روان‌پزشکان توجه و تمرکز کمتری روی شرح حال و گفته‌های بیمار می‌کردند.
- از این روی معیار دیگری به نام IPSS توسط سازمان بهداشت جهانی ابداع شد که در طیف وسیعی از جوامع پیشرفته و در حال پیشرفت نتایج یکسانی به همراه داشت، این پرسش‌نامه به ابعاد بیشتری از بیماری SCZ در جوامع گوناگون می‌پرداخت.

در دهه ۱۹۸۰ علایم اسکیزوفرنی در سه بعد تقسیم می‌شد:

۱. علایم سایکوتیک (توهم و هذیان)
  ۲. علایم منفی (انزوای اجتماعی، affect و علایق کند و محدود، بی‌انگیزگی، عاطفه سطحی)
  ۳. علایم آشفتگی یا disorganization (افکار و رفتار آشفته)
- مطالعات بعدی نشان داد که علایم منفی و به میزان کمتر علایم آشفتگی در طول زمان پایدار و بدون تغییر خواهند ماند.

در دهه اخیر پنج بعد برای علایم اسکیزوفرنی در نظر گرفته شده:

۱. سایکوتیک
  ۲. منفی
  ۳. آشفتگی
  ۴. افسردگی و اضطراب
  ۵. آژیتاسیون
- محتوای علایم در بیماران SCZ در فرهنگ‌های مختلف می‌تواند متفاوت باشد، اما ساختار علایم درون بیماری (موارد فوق) در همه بیماران از هر فرهنگی مشابه است.



علایم سایکوتیک:

- از دید مردم عادی وقتی پزشکان وجود علایم سایکوتیک مترادف با بیماری SCZ است. این باور غلط سبب تمرکز بیشتر بر درمان علایم مثبت شده است. که این امر سبب توجه کمتر بر روی سایر عوامل بیماری‌زای دیگر شده است.



- علائم سایکوتیک شامل توهمات و هذیان‌ها هستند.

- در حال حاضر هیچ نشانه و علامت Specific و خاص برای تشخیص قطعی SCZ وجود ندارد.



### توهم (Hallucination)

- بسیاری از علائم first rank شناییدری شامل انواعی از توهمات است مثل شنیدن صدای فردی که با صدای بلند حرف می‌زند یا شنیدن صداهایی که مرجعش خود فرد است یا دریافت احساساتی که فرد فکر می‌کند منشأ آن خارجی است.
- در مطالعات دیده شده که در جمعیت‌های معمولی، وجود توهم، حضور و شیوع هذیان را محتمل می‌کند و این میزان مشابه با سایر مطالعات در بیماران SCZ است. همچنین وجود استرس مازور و حاد احتمال توهم را افزایش می‌دهد.
- وجود توهم به خودی خود نه تأییدکننده و نه ردکننده بیماری‌های سایکوتیک است.
- محتوای توهم‌ها، فرکانس توهم‌ها، مقدار احساس توهم در طول روز، اهمیت تشخیصی برای اختلالات سایکوتیک ندارند.
- ادراک توهم در داخل بدن (مثلاً صداها توی سر من هستند) و داشتن بینش نسبت به توهم، ردکننده ی واقعی بودن توهم نیستند.

### \* توهمات به ترتیب شیوع:

- شنوایی
- بینایی
- لمسی
- بوایی
- چشایی



دو سوم بیماران تجربه ی توهم را در بیش از یک دستگاه حسی، و ۲۵ درصد تجربه در سه دستگاه حسی یا بیشتر را داشتند.

کدام یک از توهمات زیر در اسکیزوفرنی کم ترین شیوع را دارد؟ (مشهد ۹۶)

Gustatory (ب)

Tactile (الف)

Visual (د)

Olfactory (ج)

پاسخ: ب

- Cenesthetic Hallucination Visceral Hallucination (مثل سوختن مغز یا حرکت اعضای داخل قفسه سینه) نسبت به موارد فوق از شیوع کمتری برخوردار است.

براساس مطالعه‌ای موارد زیر با توهم در ارتباطند:

- (۱) سن پایین تر
- (۲) بیکاری
- (۳) جنس مونث
- (۴) مجرد بودن
- (۵) زندگی در محیط شهری
- (۶) درآمد پایین
- (۷) تحصیلات کمتر



### توهم شنوایی:

- توهمات شنوایی نه تنها شایع ترین نوع توهم بلکه شایع ترین علامت سایکوز است. از طرفی توهمات شنوایی، کاراکتریستیک ترین علائم سایکوتیک نیز هست. ۷۰٪ بیماران مبتلا به SCZ، توهمات شنوایی را تجربه می کنند. این رقم در جوامع صنعتی تا حدود ۹۸٪ نیز هست.

### ویژگی های توهمات شنوایی (۱۰۰٪ امتحانی):

- بیماران اعتقاد راسخ دارند که توهمات شنوایی وجود دارد و فردی در جایی با آنها صحبت می کند و یا صداهایی را منتقل می کند، از این رو مدام در تلاش برای اثبات واقعی بودن آنها به دیگران هستند.



- اگر حتی زمانی که بیمار برای اثبات توهمات شنوایی به شکست می‌خورد، برای توجیه آن دلیل هذیانی می‌آورد. مثلاً برای اینکه صداها نتوانستند زمان دقیق سرو شدن ناهار را به وی بیان کند، بیمار یک دلیل دل‌وژنان برای آن می‌آورد که در اصل برای خود توجیه می‌کند که علت آن یک واقعیت خارجی بوده است و نه اینکه صداها اشتباه تخمین زده‌اند.
- بیماران SCZ دل‌وژن‌ها و عقاید انتساب را در جهت تقویت و اثبات توهمات خود استفاده می‌کنند.
- محتوای توهمات شنوایی، معمولاً تهدیدآمیز و همراه با کلمات توهین‌آمیز است، که معمولاً این صداها، صداهای مردانه هستند.
- معمولاً این بیماران در تقابل با این صداها، حس خشم، پرخاشگری، احساس گناه و افسردگی پیدا خواهند کرد.
- معمولاً بیماران نسبت به توهمات منفی (صداهایی که وی را تهدید یا تحقیر می‌کنند) حس کنترل کمتری دارند و قادر به کنار آمدن با آنها نخواهند بود.
- بیماران قبل از عود توهمات شنوایی، معمولاً علائم اضطراب مثل ترس و یا عصبانیت را احساس می‌کنند.
- استرس‌های اجتماعی، دردهای بدنی و دردهای مزمن می‌تواند به تشدید توهمات شنوایی تأثیر بگذارد.
- توهم‌ها می‌تواند در طول روز شنیده شود و گاه می‌تواند بدون قاعده خاصی در هر زمان از طول روز شنیده شود حتی می‌تواند در حد چند دقیقه در طول ماه شنیده شود.
- معمولاً حین غروب و شب‌ها، توهمات شنوایی شایع‌تر هستند.
- معمولاً در هر فرد مبتلا به SCZ، دوره‌هایی از روز وجود دارد که در آن زمان خاص توهمات شنوایی بیشتر شنیده می‌شود.
- Voice (صدا) شایع‌ترین نوع توهمات هستند. بیماران معمولاً صداهایی مثل صدای پا، صدای تلفن، برخورد شن به شیشه، وزوز کردن، صدای پره‌های هلیکوپتر- صداهای نت‌های تک موسیقی تا حتی موزیک ارکستر را می‌شنوند. این صداها معمولاً واضح و قابل درک توسط بیمار هستند ولی می‌تواند گاهی به صورت نجوا و پیچ‌های گنگ و نامفهوم نیز باشد. جنسیت گوینده اغلب توسط بیمار قابل تشخیص است.
- معمولاً بیمار، صدای فردی را می‌شنوند که از مقام و مرتبه بالاتری نسبت به او برخوردار است.
- بیماران جوان، صداهای افراد جوان را می‌شنوند و افراد مسن صدای افراد مسن را بیشتر می‌شنوند.



- با گذشت زمان، از میزان شدت و فرکانسی صداها کاسته می‌شود و یا نوع تجربه توهمات تغییر می‌کند.
- مثلاً در ابتدای بیماری، توهمات بسیار آزاردهنده است منجر به هراس و عصبانیت بیمار می‌شود، با فروکش کردن بیماری بیمار طی سال‌ها با روش‌هایی که آزمایش می‌کند سعی در کم‌کردن آثار منفی توهم می‌کند مثلاً با دادن زدن، آواز خواندن، زمزمه کردن و یا موسیقی گوش دادن شدت صداها را کاهش می‌دهد.