

Fenomenologia i epidemiologia halucynacji słuchowych słownych oraz teorie wyjaśniające ich powstawanie

Phenomenology and epidemiology of verbal auditory hallucinations and theories explaining their formation

Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Katowice, Polska

Adres do korespondencji: Dr Igor Pietkiewicz, Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, ul. Techników 9, 40-326 Katowice, e-mail: ipietkiewicz@swps.edu.pl

Streszczenie Halucynacje słuchowe słowne mogą się przejawiać na rozmaite sposoby, jako pojedynczy głos lub wiele głosów, które komentują, przekazują instrukcje, obrażają albo pocieszają. Mogą to czynić w pierwszej osobie („Jestem beznadziejny. Wszyscy mnie nienawidzą”), drugiej („Uciekaj stąd”, „Zabij się”) bądź trzeciej („Ona się do niczego nie nadaje. Powinna skoczyć z mostu”). Halucynacje są bardzo zróżnicowane pod względem treści, formy i dynamiki. Niektórzy badacze uważają, że doświadczenie głosów u ludzi z różnych grup klinicznych jest bardzo podobne (albo nawet identyczne) i ma charakter transdiagnozy. Inni zaś zwracają uwagę na istotne różnice dotyczące charakterystyki głosów. Chociaż halucynacje słuchowe słowne są powszechnie kojarzone przede wszystkim z zaburzeniami z kręgu schizofrenii, nowsze badania wskazują na częste występowanie tego objawu również w innych zaburzeniach, a także u osób zdrowych. Sformułowano więc koncepcję kontinuum, która zakłada, że słyszenie głosów jest doświadczeniem o charakterze niezależnym od kontekstu. W niniejszym artykule przedstawiono teorie psychologiczne i mechanizmy neurobiologiczne, które mogą wyjaśniać powstawanie halucynacji słuchowych słownych. Omówiono też charakterystyczne cechy tego doświadczenia u osób reprezentujących poszczególne grupy zaburzeń psychiatrycznych. Zwrócono ponadto uwagę na potrzebę dalszych badań jakościowych eksplorujących doświadczenie halucynacji słuchowych u pacjentów z różnych grup, co pozwoli na dobranie bardziej adekwatnych metod terapeutycznych.

Słowa kluczowe: halucynacje słowne, omamy, głosy, psychoza, trauma

Abstract Auditory hallucinations can be manifested in a variety of ways, as a single voice or multiple voices that comment, communicate instructions, offend or comfort. They can do it in the first person (“I’m hopeless. Everyone hates me”), the second person (“Run away from here,” “Kill yourself”) or the third person (“She is good for nothing. She should jump off the bridge”). Hallucinations vary widely in content, form and dynamics. Some researchers believe that the experience of voices in people from various clinical groups is very similar (or even identical) and is transdiagnostic. Others draw attention to significant differences regarding the characteristics of voices. Verbal auditory hallucinations are commonly associated with schizophrenia. However, different studies show that this symptom was also reported by individuals with other disorders, and by healthy people as well. This led to developing a notion of a continuum, which suggests that the experience of hearing voices has similar qualities, no matter in which context it occurs. In this paper, we present psychological theories and neurobiological mechanisms offering explanations for verbal auditory hallucinations. We also elaborate on phenomenological aspects of voice hearing in patients from different diagnostic groups, and highlight their unique features. Finally, we stress the need for further, in-depth qualitative investigation of verbal auditory hallucinations in these groups, which could help clinicians choose more appropriate treatment solutions.

Keywords: auditory hallucinations, hearing voices, inner speech, psychosis, trauma

SŁYSZENIE GŁOSÓW JAKO POWSZECHNE LUDZKIE DOŚWIADCZENIE

Doświadczenie głosów, czyli halucynacji słuchowych słownych, jest zjawiskiem szeroko rozpowszechnionym w różnych grupach klinicznych i nieklinicznych (Waters *et al.*, 2018). Teoria kontinuum zakłada zasadnicze międzygrupowe podobieństwo głosów – różnice między populacjami klinicznymi a populacją niekliniczną mają jedynie charakter ilościowy. Jednym z argumentów potwierdzających powyższą koncepcję jest rozpowszechnienie słyszenia głosów w populacji ogólnej, szacowane na 4,1–5,8%; część badaczy podaje jeszcze większą częstotliwość (Johns *et al.*, 2014). W społeczności osób doświadczających głosów, istniejącej poza systemem opieki psychiatrycznej (mowa tu przykładowo o Hearing Voices Movement), często podkreśla się transdiagnostyczny charakter halucynacji słownych, proponuje demedycyzację tego doświadczenia i zrozumienie głosów w kontekście określonych wydarzeń życiowych, m.in. traumy (Corstens *et al.*, 2014). Pozytywnymi stronami omawianej koncepcji są normalizacja doświadczenia głosów (miewają je również zdrowi ludzie) i – w rezultacie – zmniejszenie stygmatyzacji.

Sama koncepcja kontinuum, dotycząca objawów psychopatologicznych związanych z psychozą, budzi pewne wątpliwości, które zostały szczegółowo opisane w literaturze (David, 2010; Lawrie *et al.*, 2010; Linscott i van Os, 2010). Tocząca się debata wskazuje, że o ile doświadczenia nazywane psychotycznymi występują w populacji na kontinuum (od zdrowia do choroby), o tyle w obrębie owego kontinuum można zidentyfikować jakościowe różnice między podgrupami. Przykładowo ryzyko rozwoju psychozy nie ma w populacji ogólnej cech kontinuum, lecz wiąże się z występowaniem określonych czynników – można wyraźnie odróżnić grupę wysokiego ryzyka od grupy niskiego ryzyka (Linscott i van Os, 2010). Koncepcja kontinuum od normy do patologii nie wyjaśnia również, na czym polega zasadnicze podobieństwo między różnymi grupami osób słyszących głosy, co pozwalałoby stwierdzić, że jest to „takie samo doświadczenie”. Z pewnością można tak powiedzieć o samym fakcie pojawiania się doznań zmysłowych bez zewnętrznych bodźców, ale już cechy doświadczenia mogą być odmienne, zarówno między grupami, jak i między osobami w obrębie jednej grupy klinicznej lub nieklinicznej. W analizie porównawczej doświadczenia głosów u pacjentów z rozpoznaniem psychozy i osób bez rozpoznania psychiatrycznego Daalman i wsp. (2011) zauważyli wiele podobnych cech (liczba i głośność głosów, lokalizacja na zewnątrz vs w głowie), ale istniały różnice dotyczące treści głosów (bardziej negatywne u pacjentów z psychozą), poczucia kontroli nad głosami, częstości objawów, a także wieku ludzi, u których pojawiły się głosy (wcześniejszy w grupie nieklinicznej). Wyniki powtarzały się w innych badaniach, w których stwierdzano też, że pacjenci różnią się od osób zdrowych (*healthy voice-hearers*, HVH) doznawaniem większego dystresu z powodu głosów i odmiennymi

przekonaniami na ich temat (Baumeister *et al.*, 2017; Daalman i Diederer, 2013). Jeśli więc można w badaniach uchwycić wyraźne różnice między grupami, podważa to założenie mówiące o podobnym charakterze doświadczenia głosów.

Istnieje jeszcze jeden powód, dla którego wpisanie doświadczenia głosów w dyskurs dotyczący schizofrenii może być problematyczne. Otóż w ostatnich latach pojawiają się koncepcje, które „wyjmują” halucynacje słuchowe z kontekstu psychozy i umieszczają je w paradygmacie odwołującym się do mechanizmu dysocjacji (Moskowitz i Corstens, 2008; Varese *et al.*, 2012). Wynika to choćby z dobrze udokumentowanego związku między halucynacjami słuchowymi a doświadczeniami urazowymi (Castro-Fernández *et al.*, 2015; Perona-Garcelán *et al.*, 2012; Read *et al.*, 2005). Rozwój koncepcji teoretycznych w tym kierunku zmuszałby do rewizji poglądów na temat istoty halucynacji słuchowych.

PSYCHOLOGICZNE TEORIE POWSTAWANIA HALUCYNACJI SŁUCHOWYCH SŁOWNYCH

Oprócz pewnych fenomenologicznych różnic w sposobie doświadczania głosów przez przedstawicieli różnych grup literatura przedstawia różne teorie psychologiczne wyjaśniające powstawanie halucynacji słuchowych. Zasadniczo można wyróżnić trzy teorie, które odnoszą się do następujących czynników: 1) mowy wewnętrznej, 2) doświadczenia urazu psychicznego, 3) wzmożonej czujności.

Mowa wewnętrzna (*inner speech*) to rodzaj wewnętrznego monologu, który każdy człowiek prowadzi ze sobą w ciągu dnia. Zwolennicy tej teorii zakładają, że mowa wewnętrzna rozwija się przez uwewnętrznianie dialogu prowadzonego z opiekunami. Najpierw dialog jest powtarzany przez człowieka na głos, a ostatecznie – wypowiedany „wewnętrznym głosem” (Wilkinson i Fernyhough, 2017). Cel mowy wewnętrznej stanowi kontrola zachowania. Współczesne teorie na ten temat są inspirowane pracami Lwa Wygotskiego z lat 30. XX wieku.

Pierwsza praca, która wskazuje na znaczenie mowy wewnętrznej u osób z doświadczeniem głosów, pochodzi sprzed ponad 70 lat (Gould, 1948). Opierając się na założeniu, że mowa wewnętrzna może się przejawiać w minimalnej aktywności motorycznej, Louis Gould za pomocą elektromiografii (EMG) zbadał aktywność mięśni związanych z wokalizacją (mięśnie dolnej wargi i brody) u pacjentów z halucynacjami słuchowymi, która okazała się większa niż u pacjentów bez halucynacji (83% vs 10%). Podobne wyniki uzyskali potem inni autorzy (Rapin *et al.*, 2013), choć w niektórych badaniach wyniki były niejednoznaczne (Stephane *et al.*, 2001).

Chociaż każdy prowadzi wewnętrzny monolog, nie wszyscy doświadczają halucynacji słuchowych. Badania wykazały, że osoby, które słyszą głosy, dokonują błędnej atrybucji źródła mowy (*source-monitoring*), wskutek czego zaczyna ona być odbierana jako pochodząca z zewnątrz (Brébion *et al.*, 2016; Brookwell *et al.*, 2013; Moseley *et al.*, 2013). Aby wyjaśnić

obecność głosów mówiących w osobach drugiej i trzeciej, koncepcję wewnętrznego monologu rozszerzono do idei dialogu prowadzonego w głowie z innymi osobami, znanymi z codziennego życia. Jest to spójne ze wspomnianą już teorią rozwojową Wygotskiego i tłumaczy, dlaczego wiele głosów odnosi się do bieżących działań danej osoby oraz ma charakter instrukcji i poleceń (Jones i Fernyhough, 2007; Perona-Garcelán *et al.*, 2015).

Druga teoria traktuje głosy jako **zjawisko związane ze wspomnieniami doświadczeń urazowych** lub (wypowiedzi) osób, które w owych doświadczeniach brały udział. Tłumaczy się to jako deficyt w zakresie intencjonalnego tłumienia wspomnień i niemożność umieszczania ich w adekwatnym kontekście - w rezultacie wspomnienia pojawiają się w postaci głosów (Waters *et al.*, 2006). Jeśli zatem głosy mają związek z urazowymi wspomnieniami, to należałoby się spodziewać, że będą powtarzać treść albo formę wypowiedzi stanowiących element traumy. Przykładowo głosy wypowiadające groźby czy nakazujące dokonanie samouszkodzenia miałyby charakterystykę sprawcy nadużycia. Dzieje się tak jednak tylko u niektórych osób. Głosy wydają się też pełnić różne inne funkcje (np. regulują codzienne funkcjonowanie) i wraz z upływem czasu stają się bardziej złożone. Trudno więc wyjaśnić to zjawisko jako jedynie odtwarzanie zdekontekstualizowanych wspomnień (Jones, 2010; Steel, 2015).

Należy zatem się spodziewać, że u różnych osób związek doświadczeń urazowych z występowaniem głosów może mieć charakter specyficzny. Jak piszą Hardy i wsp. (2005), istnieją trzy rodzaje owego związku:

1. bezpośredni związek traumy z halucynacjami - treść doświadczenia urazowego koresponduje z treściami głosów;
2. związek pośredni - powiązanie ma bardziej ogólny charakter, nie jest zbyt dosłowne, dotyczy tylko pewnych tematów;
3. związek oparty na stresie - trauma zwiększa podatność na doświadczenia halucynacyjne, ale głosy nie wiążą się z traumą tematycznie.

W badaniu Hardy i wsp. (2005) u niemal połowy badanych ($n = 40$) nie można było znaleźć powiązania między traumą a treścią głosów (42,5%), a u zaledwie 12,5% udało się znaleźć bezpośrednie nawiązanie do traumy. Ma to duże znaczenie praktyczne, gdyż pokazuje, że w przypadku sporej części osób próby przedstawiania halucynacji słuchowych jako skutku doświadczeń urazowych mogą prowadzić na manowce. Jednak identyfikowanie osób, u których widać wyraźny związek traumy z głosami, wydaje się istotne z perspektywy terapeutycznej, gdyż pozwala na zastosowanie odpowiednich technik pracy z urazowymi wspomnieniami, opartych na psychoterapii behawioralno-poznawczej (*cognitive-behavioural therapy*, CBT) lub *eye movement desensitisation and reprocessing* (EMDR). Skuteczność wymienionych metod stwierdzono zarówno w sytuacjach, gdy psychozie towarzyszą objawy zespołu stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) (co ma miejsce u około 15% pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii),

jak i wtedy, gdy słyszenie głosów i inne objawy są jedynie pośrednio związane z doświadczeniami urazowymi (van den Berg i van der Gaag, 2012). Według metaanalizy przeprowadzonej przez van der Gaaga i wsp. (2014) redukcja objawów stresu pourazowego niekoniecznie wiąże się z poprawą dotyczącą sposobu doświadczania głosów.

Teoria wewnętrznej mowy i koncepcje dotyczące wpływu doświadczeń urazowych są wzajemnie powiązane. Wykazano bowiem, że trauma powoduje zakłócenia różnicowania źródeł zewnętrznych i wewnętrznych (Varese *et al.*, 2012). Ponadto doświadczenia dysocjacyjne korelowały w badaniach z niektórymi aspektami mowy wewnętrznej - z obecnością głosów innych ludzi w wewnętrznym dialogu, a także z ocenianiem lub motywowaniem samego siebie (Alderson-Day *et al.*, 2014).

Koncepcja **halucynacji związanych ze wzmożoną czujnością** (*hypervigilance hallucinations*) odnosi się do zjawiska, które stanowi element PTSD i wiąże się ze zwiększoną gotowością do zauważania sygnałów zagrożenia (Dodgson i Gordon, 2009). Prowadzi to do doświadczania zagrażających głosów - odbieranych jako pochodzące z zewnątrz - kiedy uwaga jednostki jest skierowana na zewnątrz (Garwood *et al.*, 2015). Opisany model opiera się na błędnej interpretacji realnych bodźców, świadczących niejako o zagrożeniu, co przekłada się na powstawanie halucynacji, które zasadniczo nie występują, gdy dana osoba jest sama w cichym i spokojnym otoczeniu (takie bowiem okoliczności wiązałyby się raczej z halucynacjami opartymi na mowie wewnętrznej).

NEUROBIOLOGICZNE TEORIE WYJAŚNIAJĄCE SŁYSZENIE GŁOSÓW

Oprócz teorii psychologicznych dostępnych jest wiele danych dotyczących nieprawidłowości strukturalnych i czynnościowych związanych z halucynacjami słuchowymi (Allen *et al.*, 2008). Liczne badania wykazały zmniejszenie objętości górnego zakrętu skroniowego, szczególnie po stronie lewej (*superior temporal gyrus*, STG) - im mniejsza była jego objętość, tym większe nasilenie halucynacji słuchowych (Modinos *et al.*, 2013). Z kolei długość bruzdy okołoboczowej (*paracingulate sulcus*, PCS) okazała się odwrotnie proporcjonalna do nasilenia halucynacji - skrócenie o 1 cm zwiększało ryzyko halucynacji o 19,9% (Garrison *et al.*, 2015). PCS to region w korze przedczołowej wiązany z monitorowaniem (testowaniem) rzeczywistości. Również pewne nieprawidłowości istoty białej, dotyczące połączeń czołowo-skroniowych, mogą mieć związek z występowaniem halucynacji słuchowych (Ćurčić-Blake *et al.*, 2015; de Weijer *et al.*, 2013). Badania czynnościowe wskazują, że aktywność prawego ośrodka Broki, w zwykłych warunkach ulegająca tłumieniu, może być odpowiedzialna za generowanie treści głosów, które są proste, powtarzalne, naładowane negatywnymi emocjami i wulgaryzmami (Sommer *et al.*, 2008). Niektóre badania wydają się potwierdzać teorię mowy wewnętrznej i pozwalają przypuszczać, że ośrodek Broki po stronie lewej

generuje aktywność mowy, która nie jest odczytywana jako własna, tylko obca – albo też ośrodek Wernickiego mylnie odczytuje mowę wewnętrzną jako „wewnętrzne słuchanie” (Zmigrod *et al.*, 2016).

Lista możliwych mechanizmów neuronalnych stojących za powstawaniem halucynacji słuchowych jest o wiele dłuższa (Ćurčić-Blake *et al.*, 2017). Choć nie one są przedmiotem niniejszego artykułu, istotne wydaje się wskazanie, że halucynacje słuchowe mogą powstawać za pośrednictwem zróżnicowanych mechanizmów. Należy się spodziewać, iż znajduje to odzwierciedlenie w cechach jakościowych i niuansach samego doświadczenia głosów, co z kolei może pomóc w zaplanowaniu bardziej efektywnych działań terapeutycznych. Przykładowo w niektórych rodzajach halucynacji słuchowych stwierdzano pewną użyteczność neurostimulacji (Hoffman *et al.*, 2013; Moseley *et al.*, 2013). Uzasadnia to potrzebę lepszego zrozumienia specyficznych cech jakościowych doświadczenia głosów u różnych osób.

EPIDEMIOLOGIA I FENOMENOLOGIA GŁOSÓW W GRUPACH KLINICZNYCH

Zaburzenia z kręgu schizofrenii

Halucynacje słuchowe są najczęściej związane z rozpoznaniem schizofrenii, chociaż nie jest to ani patognomoniczny, ani nawet bardzo częsty objaw. Wczesniejsze badania Światowej Organizacji Zdrowia (Sartorius *et al.*, 1974) wskazywały na występowanie halucynacji słuchowych u 74% pacjentów, ale według innych analiz są one rzadsze i można je zaobserwować u około 60% (Baethge *et al.*, 2005; Slade i Bentall, 1988).

Fenomenologiczna prezentacja halucynacji słuchowych w schizofrenii jest dość zróżnicowana (Larøi *et al.*, 2012). Mogą one mieć charakter mowy lub dźwięków (gwizdów, szumów, pisków). Głośność bywa różna – od szeptu do krzyku – często jednak odpowiada normalnej rozmowie. Głosy są wyraźne albo bełkotliwe, a złożoność wypowiedzi – rozmaita, od pojedynczych słów, przez proste frazy, aż do płynnej konwersacji (dominują jednak proste wypowiedzi). Jeśli chodzi o częstość głosów, to u jednych pacjentów pojawiają się one mniej więcej raz w tygodniu, a u innych występują stale. U niektórych głosy są obecne wyłącznie w trakcie ostrego epizodu psychozy, a u pozostałych – również poza epizodem.

Czynnikiem, który odróżnia pacjentów od grupy niekliniknej, jest poczucie braku kontroli nad pojawianiem się i aktywnością głosów. Nie zauważono natomiast różnic dotyczących odbierania głosów jako pochodzących z zewnątrz albo występujących w głowie, co podaje w wątpliwość zasadność rozróżniania między „prawdziwymi” halucynacjami a pseudohalucynacjami (van der Zwaard i Polak, 2001). Wśród chorych z rozpoznaniem schizofrenii są też osoby, u których trudno precyzyjnie określić lokalizację głosów. Treść głosów może być negatywna, neutralna lub pozytywna, przy czym treści negatywne są częściej wypowiadane

przez głosy męskie, które zawstydzają. Pacjenci słyszą średnio trzy głosy, lecz można dostrzec ogromne zróżnicowanie pod względem ich liczby. Najczęściej występują głosy zwracające się w osobach drugiej („ty”) i trzeciej („on”, „ona”). Często posługują się akcentem nietypowym dla danego regionu lub danej kultury. Pochodzenie głosów bywa rozmaicie interpretowane: niektórzy chorzy odczuwają głosy jako własne, większość jednak – jako pochodzące z zewnątrz. W drugim przypadku część badaczy wyróżnia trzy główne kategorie: 1) siły dobra i zła, 2) głosy związane ze spiskiem oraz 3) głosy należące do duchów, obcych (Larøi *et al.*, 2012). Niewiele jest prac, w których autorzy analizują związki między halucynacjami słuchowymi a treścią urojeń – co pozwalałoby odróżnić zaburzenia z kręgu schizofrenii od innych grup zaburzeń.

Stephane i wsp. (2003) poddali analizie cechy głosów u pacjentów z zaburzeniami z kręgu schizofrenii i wyszczególnili 20 wymiarów tego doświadczenia. Zgodnie z założeniem, że doświadczenie głosów może wynikać z różnych mechanizmów neuronalnych, starali się zidentyfikować grupy (wiązki/klastery) powiązanych ze sobą wymiarów. Wyróżnili dwa klaster: pierwszy obejmował głosy o niewielkiej złożoności i powtarzalnej treści, przypisywane sobie i zlokalizowane na zewnątrz, natomiast drugi – halucynacje o znacznej złożoności, przejawiające się w formie wielu głosów, przypisywane innym i zlokalizowane w wewnętrznej przestrzeni. Z kolei Nayani i David (1996) zauważyli, że halucynacje słuchowe mogą się zmieniać w czasie, poprzez pojawianie się nowych głosów czy rozwój coraz dłuższych dialogów. Może też powstać bardziej intymna więź między głosami a słyszącą je osobą, co zwykle przekłada się na redukcję stresu powodowanego przez głosy i lepsze radzenie sobie z tym doświadczeniem.

Zaburzenia afektywne

Występowanie halucynacji słuchowych wśród pacjentów z zaburzeniami niepsychotycznymi jest dość częste. Kelleher i DeVlyder (2017) szacują częstotliwość doświadczenia głosów w różnych grupach klinicznych na 11–24%. W przeglądzie badań poświęconych częstości halucynacji słuchowych w chorobach afektywnych znaleźć można szeroki zakres wyników: 11,3–62,8% w chorobie afektywnej dwubiegunowej (ChAD) i 5,4–40,6% w zaburzeniach depresyjnych (Toh *et al.*, 2015). Mimo dużych rozbieżności można powiedzieć, iż zasadniczo nie jest to rzadkie zjawisko. Niewiele prac odnosi się bezpośrednio do kwestii występowania halucynacji poza epizodami afektywnymi, jednak należy rozumieć, że w większości przypadków halucynacje słuchowe ustępują w trakcie leczenia. Stało się tak przykładowo u wszystkich pacjentów z epizodem maniakalnym lub mieszanym uczestniczących w badaniu Baethge’a i wsp. (2005), w którym częstość halucynacji różnych modalności wynosiła 22,9% w epizodzie mieszanym, 11,2% w maniakalnym, 10,5% w depresyjnym w przebiegu ChAD i 5,9% w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej.

W innym badaniu porównywano objawy wytwórcze podczas kolejnych epizodów u 18 osób ze schizofrenią i 30 z zaburzeniami afektywnymi (Sinha i Chaturvedi, 1990). Niemniej wciąż brakuje danych na temat występowania halucynacji słuchowych w trakcie życia (*lifetime prevalence*) w zaburzeniach afektywnych lub między epizodami afektywnymi, co byłoby wysoce prawdopodobne, biorąc pod uwagę liczne raporty o częstoci doświadczenia głosów w grupach nieklinicznych.

Autorzy badań podkreślają, że halucynacje częściej współwystępują z urojeniami, które są widoczne u 66% pacjentów z ChAD ($n = 43$) i jedynie u 21% pacjentów z ChAD bez halucynacji ($n = 101$). U chorych z rozpoznaniem schizofrenii urojenia towarzyszyły halucynacjom częściej niż w przypadku ChAD (89% vs 66%) i miały też większe nasilenie (Baethge *et al.*, 2005). Sinha i Chaturvedi (1990) twierdzą, że obecność przekonań urojeniowych nie ma istotnego wpływu na utrzymywanie się halucynacji słuchowych, chociaż brakuje badań poświęconych temu zagadnieniu, a cytowana praca opiera się na niewielkiej grupie pacjentów.

Jeśli chodzi o specyfikę głosów w zaburzeniach afektywnych, to u uczestników badania Kumari i wsp. (2013) głosy przeważnie mówiły w drugiej osobie, podczas gdy u pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi – raczej w osobie trzeciej (18 z 30 badanych, a w przypadku 4 kolejnych – w drugiej i trzeciej). Ponadto głosy w ChAD występowały rzadziej niż w schizofrenii, trwały krócej, były mniej negatywne i rzadziej postrzegane jako dochodzące z zewnątrz. Jako cechę specyficzną dla objawów wytwórczych (a więc halucynacji i urojeń) u osób z zaburzeniami afektywnymi tradycyjnie przyjmowano także ich zgodność z nastrojem pacjenta. Przeprowadzono jednak relatywnie niewiele badań poświęconych tej kwestii. Dostępne analizy sugerują, że różnicowanie głosów w zaburzeniach afektywnych i psychotycznych na podstawie zgodności z nastrojem nie jest pewne (Azorin *et al.*, 2006; Toh *et al.*, 2015).

Zaburzenia osobowości

Mimo że literatury dotyczącej zaburzeń osobowości, w szczególności osobowości borderline (*borderline personality disorder*, BPD), od lat w szybkim tempie przybywa, zaskakująco niewiele prac dotyczy występowania objawów wytwórczych, a zwłaszcza halucynacji słuchowych. Z jednej strony uważa się, że u pacjentów z zaburzeniami osobowości często zdarzają się krótkotrwałe, przejściowe objawy wytwórcze o niewielkim nasileniu, ale mają one inną jakość niż w zaburzeniach psychotycznych (Merrett *et al.*, 2016). Z drugiej strony brakuje konkretnych wskazówek różnicujących te doświadczenia od psychozy.

Według Kellehera i DeVyldera (2017) występowanie halucynacji (wzrokowych i słuchowych) w niepsychotycznych grupach klinicznych utrzymuje się na średnim poziomie 13,7%. Kingdon i wsp. (2010) wskazują na znacznie większą częstość – w badanej grupie pacjentów z zaburzeniem osobowości borderline wynosiła ona aż 46%, w porównaniu

z 59% w grupie schizofrenii. Doświadczenie słyszenia głosów u osób z BPD i ze schizofrenią ma wiele wspólnych cech, chociaż pierwsza grupa zgłaszała bardziej negatywne treści głosów. Określenie pochodzenia głosów (zewnątrzne vs wewnętrzne) nie różnicowało grup, lecz współwystępujące urojenia paranoidalne były obecne tylko u 1/3 pacjentów z BPD i aż u 2/3 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii (Kingdon *et al.*, 2010).

Zdaniem Slotemy i wsp. (2012) halucynacje słuchowe w BPD mają taki sam charakter jak w schizofrenii i różnią się od głosów doświadczanych przez osoby zdrowe. Kryteriami włączenia do badania były rozpoznanie zaburzeń osobowości oraz słyszenie głosów co najmniej raz w miesiącu i od co najmniej roku. Okazało się, że zakwalifikowani uczestnicy słyszeli głosy przez kilka minut lub dłużej, średnio przynajmniej raz dziennie, przeciętnie od 18 lat. W badaniu używano skal oceny objawów psychotycznych (PSYRATS) i w żadnej nie odnotowano różnicy między grupami klinicznymi (BPD i zaburzenia psychotyczne). Grupa niekliniczna uzyskała natomiast niższe wyniki we wszystkich skalach. Co ciekawe, początek doświadczania głosów był najwcześniejszy w grupie nieklinicznej (średnio 13. rok życia), nieco późniejszy – w grupie BPD (16. rok życia), a najpóźniejszy – w zaburzeniach psychotycznych (20. rok życia). Wyniki badania Slotemy i wsp. wskazują na konieczność weryfikacji kryteriów rozpoznawania zaburzeń osobowości borderline i uwzględnienia objawów wytwórczych. Przypominają także, że sama obecność halucynacji słuchowych nie może być podstawą do rozpoznania schizofrenii.

W innym badaniu, przeprowadzonym przez ten sam zespół, zwrócono uwagę na kliniczne znaczenie halucynacji słuchowych u osób z zaburzeniem osobowości (Slotema *et al.*, 2017). Udokumentowano większe ryzyko samobójstwa u pacjentów doświadczających głosów w porównaniu z tymi, którzy głosów nie doświadczali, co wskazuje na pilną potrzebę weryfikacji skuteczności metod terapeutycznych zaprojektowanych z myślą o pacjentach z zaburzeniem osobowości i halucynacjami słuchowymi. Niedawno potwierdzono skuteczność leków przeciwpsychotycznych, zarówno klasycznych, jak i atypowych (Slotema *et al.*, 2018), jednak brakuje danych dotyczących innych technik, przykładowo CBT.

Powyższe wyniki znalazły potwierdzenie w innych badaniach (Merrett *et al.*, 2016). Pearse i wsp. (2014) stwierdzili objawy psychotyczne (niezwiązane z psychozą nieafektywną lub używaniem substancji psychoaktywnych) u 60% osób z BPD, a konkretnie halucynacje słuchowe – u 50% z nich (u 20% badanych występowały urojenia). Głosy miały tendencję do utrzymywania się przez długi czas i nasilania w okresach pogorszenia stanu psychicznego pacjentów. U wszystkich badanych ($n = 15$) mówiły w drugiej osobie, a u trzech – również w trzeciej. Połowa uczestników doświadczała więcej niż jednego głosu, niemal u wszystkich słyszana treść była negatywna i krytyczna. Autorzy badania sugerują uznanie halucynacji

słuchowych słownych za jeden z podstawowych objawów BPD (Pearse *et al.*, 2014).

Choć większość prac poświęconych zaburzeniom osobowości i halucynacjom słuchowym słownym koncentruje się na różnicowaniu między psychozą a BPD, niewątpliwie istotnym problemem diagnostycznym jest też odróżnianie pacjentów z BPD doświadczających głosów od pacjentów z dysocjacyjnym zaburzeniem tożsamości (*dissociative identity disorder*, DID) (Yee *et al.*, 2005).

Zaburzenia dysocjacyjne

Literatura podaje obecność głosów w dysocjacyjnym zaburzeniu tożsamości jako jeden z niemal stałych elementów obrazu klinicznego. Jak pisze Dell (2006), do rzadkości należy rozpoznanie DID bez doświadczenia głosów. Niemniej DID jest jednym z najczęściej nierozpoznawanych lub mylnie rozpoznawanych zaburzeń psychiatrycznych (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011; Middleton i Butler, 1998), co może ukazywać w nowym świetle dane z innych grup klinicznych. Wiadomo bowiem, że u sporej części pacjentów z DID (26,5–40,8%) wcześniej rozpoznano schizofrenię (Putnam *et al.*, 1986; Ross *et al.*, 1989). Należy to wiązać z dużą czułością kryteriów schneiderowskich na rozpoznanie DID. Wiadomo również, że brak odpowiedniego szkolenia profesjonalistów w zakresie diagnozowania DID może się przekładać na inne rozpoznania (schizofrenii, zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, zaburzeń osobowości, zaburzeń jedzenia), lepiej osadzone w kompetencjach diagnostycznych klinicystów i badaczy.

Opublikowano dwie prace, w których bardziej szczegółowo zajęto się porównaniem doświadczenia głosów w DID i w schizofrenii. W pierwszej z prac podkreślone zostało zasadnicze podobieństwo halucynacji w obu grupach; pod uwagę wzięto obecność negatywnych treści, lokalizację głosów (odbieranie z zewnątrz *vs* w głowie) i obawy ich dotyczące (Honig *et al.*, 1998). W drugiej pracy porównano doświadczenie głosów u osób z DID lub ze schizofrenią, które doświadczyły dziecięcej traumy, z doświadczeniem głosów u osób ze schizofrenią bez traumy dziecięcej (Dorahy *et al.*, 2009). Pacjenci z DID, w odróżnieniu od pacjentów ze schizofrenią, zgłaszali: pojawienie się głosów przed 18. rokiem życia, obecność głosów dziecięcych oprócz głosów dorosłych (97% *vs* 6%), występowanie wielu głosów (ponad dwóch), a także towarzyszące halucynacje wzrokowe, dotykowe lub – w nieco mniejszym stopniu – zapachowe. Typowy schneiderowski objaw głosów komentujących był częstszy w grupie DID niż w grupie schizofrenii. Co ciekawe, podgrupy osób z rozpoznaniem schizofrenii (z doświadczeniami urazowymi i bez nich) były do siebie relatywnie podobne pod względem jakości głosów. Może to oznaczać, że sama trauma w wywiadzie nie jest odpowiedzialna za charakterystykę halucynacji słuchowych. Dorahy i wsp. (2009) podkreślają też różnicę płci między grupami: na DID częściej chorują kobiety,

a na schizofrenię – mężczyźni. Należy tu przytoczyć uwagi Steinberg odnośnie do różnicowania między schizofrenią a DID: według badaczki znaczenie ma nie tyle obecność głosów, ile sposób ich rozumienia, kontekst i określone jakości kliniczne (Steinberg *et al.*, 1994).

Podobne stanowisko zajmują autorki jedynej pracy poświęconej różnicowaniu między DID a BPD (Boon i Draijer, 1993). Podkreślają one, że osoby z obu grup mogą zgłaszać objawy schneiderowskie – również głosy komentujące – lecz jakość wewnętrznego dialogu jest odmienna. Pacjenci z zaburzeniami osobowości opisywali głosy jako ugrośnienie własnych myśli, które miały charakter spolaryzowanych poglądów (np. „za” i „przeciw”), natomiast pacjenci z DID mówili o głosach wyrażających różne poglądy, które były przeżywane zdecydowanie egodystonicznie (Boon i Draijer, 1993). Ponadto, jak piszą Pearse i wsp. (2014), halucynacje słuchowe w BPD nie mają „cech dysocjacyjnych”, czyli nie istnieje możliwość płynnej konwersji z głosem.

Zaburzenie stresowe pourazowe

Halucynacje słuchowe nie są elementem diagnozy PTSD, ale pojawiły się raporty dokumentujące częste ich występowanie. Anketell i wsp. (2010) stwierdzili obecność halucynacji słuchowych u połowy badanych z przewlekłym PTSD ($N = 40$), a w badaniu z udziałem weteranów wojennych, przeprowadzonym przez Holmesa i Tinnina (1995), objaw ten zgłosiło 67% spośród 115 uczestników. Natomiast Clifford i wsp. (2018) odnotowali halucynacje słuchowe jedynie u 5% ofiar przemocy fizycznej lub nadużyć seksualnych, u których rozpoznano przewlekłe PTSD ($N = 40$). Nie jest jasne, z czego wynikają tak duże rozbieżności, jednak literatura wskazuje na istotne różnice między weteranami a byłymi więźniami wojennymi i osobami z traumą relacyjną (Crompton *et al.*, 2017). Jednym z powodów może być bardziej rygorystyczne w niektórych badaniach odróżnianie doświadczenia głosów od „strumienia myśli” (Clifford *et al.*, 2018).

W jednej z analiz jakościowych (Anketell *et al.*, 2011) badani wiązali obecność głosów bezpośrednio z doświadczeniami urazowymi, mieli poczucie, że głosy są poza ich kontrolą, i zgłaszali generalnie negatywne treści. Głosy były przeżywane egodystonicznie, ale część uczestników zauważała niekiedy zgodność treści głosów z własnymi myślami i wówczas przeżywała je egosyntonicznie. Ponadto badani wspominali o zjawiskach depersonalizacji i derealizacji, obecnych szczególnie w trakcie aktywności głosów, jak również o niektórych objawach schneiderowskich, związanych z poczuciem kontrolowania ciała przez głosy. Wykluczono jednak dysocjacyjne zaburzenie tożsamości. W swojej pracy Anketell i wsp. (2011) odwołują się do dysocjacyjnego modelu opisującego doświadczenia urazowe jako niezintegrowane części w obrębie „ja”, podobnie jak w zaburzeniach dysocjacyjnych. Na podstawie analizy objawów PTSD – intruzji, unikania i nadmiernego pobudzenia – Crompton i wsp. (2017)

stwierdzili, że jedynie intruzje korelują z nasileniem i częstotnością halucynacji słuchowych. Autorzy przedstawiają kilka możliwych mechanizmów stojących za tą zależnością: dystres powodowany przez intruzje, punktowe zakłócanie testowania rzeczywistości, potencjalny związek z użyciem substancji psychoaktywnych przez osoby z nasilonymi intruzjami. Same halucynacje również można postrzegać jako element objawów intruzywnych, ważne byłoby więc badanie zjawisk towarzyszących: halucynacji wzrokowych („wizji”) albo innych przejawów ponownego doświadczania. Kontrargumentem dla powyższej koncepcji jest to, że halucynacje słuchowe w PTSD nie ograniczają się do epizodów ponownego przeżywania traumy, a raczej występują w sposób ciągły. W rezultacie w literaturze pojawiła się propozycja rozpoznania PTSD z wtórnymi cechami psychozy, choć obecnie jej autorzy nie znajdują dla niej wystarczającego uzasadnienia (Braakman *et al.*, 2009).

Niewiele jest prac porównujących doświadczanie głosów w schizofrenii i w PTSD, a dostępne publikacje nie wskazują na istnienie ważnych różnic w zakresie jakości halucynacji słuchowych (McCarthy-Jones i Longden, 2015; Scott *et al.*, 2007). Niektóre z zauważonych różnic dotyczą częstszego słyszenia głosów w głowie w przypadku PTSD, podczas gdy pacjenci ze schizofrenią odbierali głosy jako pochodzące zarówno z wewnątrz, jak i z zewnątrz. Ponadto w PTSD oprócz głosów mówiących wyraźnie obecne były głosy zniekształcone, natomiast w schizofrenii – głosy przekazujące „bezsensowne” treści. W PTSD głosy najczęściej bywały rozpoznawane jako przynależące do kogoś znanego z realnego życia, w schizofrenii zaś – jako należące i do znajomych, i do nieznanymi. Wreszcie w PTSD głosy pojawiały się wielokrotnie w ciągu dnia, a w schizofrenii przeważnie towarzyszyły pacjentowi przez cały czas. W obu grupach głosy mówiły najczęściej w drugiej osobie. Należy zwrócić uwagę na to, że o ile literatura dotycząca halucynacji słownych w schizofrenii i PTSD jest dość skromna, o tyle jeśli chodzi o różnicowanie doświadczenia głosów w PTSD i zaburzeniach osobowości lub w dysocjacyjnym zaburzeniu tożsamości, nie publikowano dotąd prac empirycznych.

Zaburzenia jedzenia

Kolejna interesująca grupa kliniczna, w której zgłaszane bywają halucynacje słuchowe słowne, to zaburzenia jedzenia. Rozpoznanie to opiera się głównie na objawach behawioralnych. Zaburzenia jedzenia mogą występować wraz z psychozami, zaburzeniami osobowości lub PTSD. Mogą też stanowić element obrazu klinicznego dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości, które pozostaje nierozpoznane (Torem, 1990). Czy zatem istnieje jakaś specyfika doświadczenia głosów w zaburzeniach jedzenia?

Ponieważ obecność halucynacji słuchowych zwykle utożsamiana jest z psychozą, przeprowadzono niewiele badań analizujących to doświadczenie u osób z zaburzeniami jedzenia (Rojo-Moreno *et al.*, 2011). Niektórzy wskazują na

złożone związki przyczynowo-skutkowe między psychozą a zaburzeniami jedzenia i rozpatrują halucynacje słuchowe słowne jako izolowany objaw psychozy (Seeman, 2014). Zrozumienie charakteru głosów w zaburzeniach jedzenia jest jeszcze bardziej skomplikowane, jeśli weźmie się pod uwagę fakt występowania halucynacji słuchowych w populacji nieklinicznej (co może się przekładać na ich występowanie w każdej grupie klinicznej), a także możliwą współchorobowość zaburzeń jedzenia z każdą z wyżej wymienionych grup klinicznych. Istnieje bardzo mało danych na temat występowania halucynacji słuchowych w oderwaniu od rozpoznania zaburzeń psychiatrycznych.

W trwającej 10 lat obserwacji Wentz i wsp. (2001) u 17 z 51 pacjentek z anoreksją (33%) odnotowali obecność głosów – niejednoznacznie odróżnianych od myśli, przeżywanych egosyntonicznie, o treści dotyczącej jedzenia. W badanej grupie 5 osób słyszało dwa głosy (jeden zakazywał jedzenia, drugi do niego zachęcał), a pozostałe 12 osób – tylko jeden głos. Ponadto 6 uczestniczek zgłaszało krótkie okresy zwiewnych objawów psychiatrycznych, gdy pojawiały się halucynacje (lub iluzje) słuchowe innego rodzaju.

Odwołując się do teorii halucynacji słuchowych opartych na wewnętrznym dialogu, niektórzy autorzy używają pojęcia „głos anorektyczny”. W najnowszych publikacjach nazywa się to zjawisko „głosem w zaburzeniach jedzenia” (*eating disorder voice*, EDV) (Pugh i Waller, 2016). Często nie ma on wprawdzie cech doświadczenia akustycznego, ale jest przeżywany w podobny sposób jak głosy – pod względem dynamiki relacji z nim, poczucia braku kontroli i wywoływanego dystresu. Stwierdzono, że osoby, u których „głos” był silniejszy (w sensie przypisywanej mu władzy), miały generalnie bardziej nasilone objawy: negatywny stosunek do jedzenia, więcej zachowań kompensacyjnych, dłuższy czas chorowania, większe ryzyko objadania się i przeczyszczania (Pugh i Waller, 2017). Siła głosów wiązała się z emocjonalnym nadużyciem w dzieciństwie, ale nie z innymi rodzajami wczesnych doświadczeń urazowych. Czynnikiem pośredniczącym były doświadczenia dysocjacyjne (Pugh *et al.*, 2018).

Głosy w zaburzeniach jedzenia dotyczą przede wszystkim masy ciała i spożywania pokarmów; przeżywane są zwykle egosyntonicznie, lecz jako odrębne od „ja” (Pugh, 2016).

BADANIA NAD HALUCYNACJAMI SŁUCHOWYMI

Wielu autorów podkreśla, że samo stwierdzanie obecności halucynacji słuchowych jest niewystarczające i należy stosować wysublimowane narzędzia oceny klinicznej – wystandaryzowane skale (Gawęda, 2012; Toh *et al.*, 2015). Wydaje się jednak, iż warto wykroczyć poza standardowe skale i rozwijać badania jakościowe dotyczące doświadczenia głosów. Pozwoli to bowiem lepiej zrozumieć fenomenologię halucynacji słuchowych i zidentyfikować takie ich cechy, które miałyby większe znaczenie praktyczne aniżeli stosowany w psychiatrii podział na halucynacje

„prawdziwe” i „pseudohalucynacje”. Jednym z celów badawczych byłoby więc określenie istotnych wymiarów doświadczenia głosów i powiązanie ich z konkretnymi grupami klinicznymi (Larøi *et al.*, 2012). Mogłoby to pozwolić na zidentyfikowanie ważnych mechanizmów neuronalnych w różnych podtypach głosów (Stephane *et al.*, 2003).

W ostatnich latach mimo ogromnego rozwoju wiedzy na temat halucynacji słuchowych brakuje narzędzi badawczych ułatwiających analizę jakościową. W swoim przeglądzie metod oceny halucynacji słuchowych słownych Stephane (2013) wymienia jedynie trzy narzędzia. Pierwsze to Mental Health Research Institute Unusual Perceptions Schedule (MUPS) – niezwykle obszerny wywiad, zawierający aż 365 pytań i obejmujący 78 stron (Carter *et al.*, 1995), a przez to mało użyteczny w praktyce i słabo rozpowszechniony. Innym wywiadem jest Matsuzawa Assessment Schedule for Auditory Hallucination (MASAH) (Hayashi *et al.*, 2004) – znacznie krótszy, ale również mało popularny wśród badaczy. Kolejną propozycją stanowi narzędzie o nazwie: computerized binary Scale of Auditory Speech Hallucinations (cbSASH), zaprojektowane przez autora wspomnianego przeglądu (Stephane *et al.*, 2006). W żadnych innych badaniach, oprócz prowadzonych przez Stephane’a, protokół cbSASH nie był stosowany. Nie nadaje się też do badań jakościowych, ponieważ nie zawiera pytań otwartych.

Brakowało zatem ustrukturyzowanego wywiadu, który okazałby się przydatny zarówno do celów badawczych, jak i w praktyce klinicznej (terapeutycznej). Próbę wypełnienia luki stanowiło opracowanie narzędzia o nazwie „Ustrukturyzowany wywiad kliniczny dla osób słyszących głosy” (Structured Clinical Interview for Voice-hearers, SCIV) (Pietkiewicz *et al.*, 2018). Wywiad ten zawiera niespełna 90 pytań umożliwiających zgromadzenie danych na temat doświadczenia głosów. Większość pytań ma charakter ogólny (wymaga odpowiedzi „tak” lub „nie”), jednak badanego prosi się także o podanie przykładu sytuacji, aspektu doświadczania głosów czy opisu okoliczności. Ponadto SCIV pozwala na odniesienie uzyskanych odpowiedzi do teorii psychologicznych. Narzędzie to jest obecnie używane w pierwszych w Polsce badaniach pilotażowych poświęconych halucynacjom słuchowym słownym w różnych grupach klinicznych.

PODSUMOWANIE

Przytoczone wyniki badań wskazują na to, że halucynacje słuchowe słowne są doświadczeniem niejednorodnym, występującym zarówno w populacji klinicznej, jak i nieklinicznej. Specyfikę głosów u różnych ludzi mogą wyjaśniać dostępne koncepcje psychologiczne i dostrzeżone mechanizmy neurobiologiczne. W artykule zwrócono uwagę również na obszary wymagające dalszej eksploracji naukowej i narzędzia umożliwiające osiągnięcie celów badawczych. Ponieważ obecność, jakość i dynamika głosów oraz relacja pacjenta z głosami istotnie wpływają na przebieg choroby

i na wyniki terapii w różnych grupach klinicznych, lepsze poznanie analizowanego tu zjawiska ma duże znaczenie kliniczne. Odejście od stereotypowego przyporządkowywania halucynacji słuchowych do domeny schizofrenii i stosowania farmakoterapii z nadzieją na redukcję tych objawów daje klinicyście nowe możliwości konceptualne i terapeutyczne.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

- Alderson-Day B, McCarthy-Jones S, Bedford S *et al.*: Shot through with voices: Dissociation mediates the relationship between varieties of inner speech and auditory hallucination proneness. *Conscious Cogn* 2014; 27: 288–296.
- Allen P, Larøi F, McGuire PK *et al.*: The hallucinating brain: a review of structural and functional neuroimaging studies of hallucinations. *Neurosci Biobeh Rev* 2008; 32: 175–191.
- Anketell C, Dorahy MJ, Curran D: A preliminary qualitative investigation of voice hearing and its association with dissociation in chronic PTSD. *J Trauma Dissociation* 2011; 12: 88–101.
- Anketell C, Dorahy MJ, Shannon M *et al.*: An exploratory analysis of voice hearing in chronic PTSD: potential associated mechanisms. *J Trauma Dissociation* 2010; 11: 93–107.
- Azorin JM, Akiskal H, Hantouche E: The mood-instability hypothesis in the origin of mood-congruent versus mood-incongruent psychotic distinction in mania: validation in a French National Study of 1090 patients. *J Affect Disord* 2006; 96: 215–223.
- Baethge C, Baldessarini RJ, Freudenthal K *et al.*: Hallucinations in bipolar disorder: characteristics and comparison to unipolar depression and schizophrenia. *Bipolar Disord* 2005; 7: 136–145.
- Baumeister D, Sedgwick O, Howes O *et al.*: Auditory verbal hallucinations and continuum models of psychosis: a systematic review of the healthy voice-hearer literature. *Clin Psychol Rev* 2017; 51: 125–141.
- van den Berg DP, van der Gaag M: Treating trauma in psychosis with EMDR: a pilot study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2012; 43: 664–671.
- Boon S, Draijer N: The differentiation of patients with MPD or DDNOS from patients with a cluster B personality disorder. *Dissociation* 1993; 6: 126–135.
- Braakman M, Kortmann FA, van den Brink W: Validity of ‘post-traumatic stress disorder with secondary psychotic features’: a review of the evidence. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119: 15–24.
- Brébion G, Stephan-Otto C, Ochoa S *et al.*: Impaired self-monitoring of inner speech in schizophrenia patients with verbal hallucinations and in non-clinical individuals prone to hallucinations. *Front Psychol* 2016; 7: 1381.
- Brookwell M, Bentall R, Varese F: Externalizing biases and hallucinations in source-monitoring, self-monitoring and signal detection studies: a meta-analytic review. *Psychol Med* 2013; 43: 2465–2475.
- Carter DM, Mackinnon A, Howard S *et al.*: The development and reliability of the Mental Health Research Institute Unusual Perceptions Schedule (MUPS): an instrument to record auditory hallucinatory experience. *Schizophr Res* 1995; 16: 157–165.
- Castro-Fernández MP, Perona-Garcelán S, Senín-Calderón C *et al.*: Relación entre trauma, disociación y síntomas psicóticos positivos. *Acción Psicológica* 2015; 12: 95–108.
- Clifford G, Dalglish T, Hitchcock C: Prevalence of auditory pseudo-hallucinations in adult survivors of physical and sexual trauma with chronic post-traumatic stress disorder (PTSD). *Behav Res Ther* 2018; 111: 113–118.

- Corstens D, Longden E, McCarthy-Jones S et al.: Emerging perspectives from the Hearing Voices Movement: implications for research and practice. *Schizophr Bull* 2014; 40 Suppl 4: S285–S294.
- Crompton L, Lahav Y, Solomon Z: Auditory hallucinations and PTSD in ex-POWS. *J Trauma Dissociation* 2017; 18: 663–678.
- Ćurčić-Blake B, Ford JM, Hubl D et al.: Interaction of language, auditory and memory brain networks in auditory verbal hallucinations. *Prog Neurobiol* 2017; 148: 1–20.
- Ćurčić-Blake B, Nanetti L, van der Meer L et al.: Not on speaking terms: hallucinations and structural network disconnectivity in schizophrenia. *Brain Struct Funct* 2015; 220: 407–418.
- Daalman K, Diederer KM: A final common pathway to hearing voices: examining differences and similarities in clinical and non-clinical individuals. *Psychosis* 2013; 5: 236–246.
- Daalman K, Boks MP, Diederer KM et al.: The same or different? A phenomenological comparison of auditory verbal hallucinations in healthy and psychotic individuals. *J Clin Psychiatry* 2011; 72: 320–325.
- David AS: Why we need more debate on whether psychotic symptoms lie on a continuum with normality. *Psychol Med* 2010; 40: 1935–1942.
- Dell PF: A new model of dissociative identity disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2006; 29: 1–26.
- Dodgson G, Gordon S: Avoiding false negatives: are some auditory hallucinations an evolved design flaw? *Behav Cogn Psychother* 2009; 37: 325–334.
- Dorahy MJ, Shannon C, Seagar L et al.: Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: Similarities and differences. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197: 892–898.
- van der Gaag M, Valmaggia LR, Smit F: The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2014; 156: 30–37.
- Garrison JR, Fernyhough C, McCarthy-Jones S et al.: Australian Schizophrenia Research Bank: Paracingulate sulcus morphology is associated with hallucinations in the human brain. *Nat Commun* 2015; 6: 8956.
- Garwood L, Dodgson G, Bruce V et al.: A preliminary investigation into the existence of a hypervigilance subtype of auditory hallucination in people with psychosis. *Behav Cogn Psychother* 2015; 43: 52–62.
- Gawęda Ł: Polska wersja Skali Oceny Objawów Psychotycznych (PSYRATS). *Psychiatria* 2012; 9: 100–107.
- Gould LN: Verbal hallucinations and activity of vocal musculature; an electromyographic study. *Am J Psychiatry* 1948; 105: 367–372.
- Hardy A, Fowler D, Freeman D et al.: Trauma and hallucinatory experience in psychosis. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 501–507.
- Hayashi N, Igarashi Y, Suda K et al.: Phenomenological features of auditory hallucinations and their symptomatological relevance. *Psychiatry Clin Neurosci* 2004; 58: 651–659.
- Hoffman RE, Wu K, Pittman B et al.: Transcranial magnetic stimulation of Wernicke's and right homologous sites to curtail "voices": a randomized trial. *Biol Psychiatry* 2013; 73: 1008–1014.
- Holmes DS, Tinnin LW: The problem of auditory hallucinations in combat PTSD. *Traumatology* 1995; 1: 1–7.
- Honig A, Romme MA, Ensink BJ et al.: Auditory hallucinations: a comparison between patients and nonpatients. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 646–651.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation: Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *J Trauma Dissociation* 2011; 12: 115–187.
- Johns LC, Kompus K, Connell M et al.: Auditory verbal hallucinations in persons with and without a need for care. *Schizophr Bull* 2014; 40 Suppl 4: S255–S264.
- Jones SR: Do we need multiple models of auditory verbal hallucinations? Examining the phenomenological fit of cognitive and neurological models. *Schizophr Bull* 2010; 36: 566–575.
- Jones SR, Fernyhough C: Neural correlates of inner speech and auditory verbal hallucinations: a critical review and theoretical integration. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 140–154.
- Kelleher I, DeVlyder JE: Hallucinations in borderline personality disorder and common mental disorders. *Br J Psychiatry* 2017; 210: 230–231.
- Kingdon DG, Ashcroft K, Bhandari B et al.: Schizophrenia and borderline personality disorder: similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198: 399–403.
- Kumari R, Chaudhury S, Kumar S: Dimensions of hallucinations and delusions in affective and nonaffective illnesses. *ISRN Psychiatry* 2013; 2013: 616304.
- Larøi F, Sommer IE, Blom JD et al.: The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and nonclinical groups: state-of-the-art overview and future directions. *Schizophr Bull* 2012; 38: 724–733.
- Lawrie SM, Hall J, McIntosh AM et al.: The 'continuum of psychosis': scientifically unproven and clinically impractical. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 423–425.
- Linscott RJ, van Os J: Systematic reviews of categorical versus continuum models in psychosis: evidence for discontinuous subpopulations underlying a psychometric continuum. Implications for DSM-V, DSM-VI, and DSM-VII. *Annu Rev Clin Psychol* 2010; 6: 391–419.
- McCarthy-Jones S, Longden E: Auditory verbal hallucinations in schizophrenia and post-traumatic stress disorder: common phenomenology, common cause, common interventions? *Front Psychol* 2015; 6: 1071.
- Merrett Z, Rossell SL, Castle DJ: Comparing the experience of voices in borderline personality disorder with the experience of voices in a psychotic disorder: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2016; 50: 640–648.
- Middleton W, Butler J: Dissociative identity disorder: an Australian series. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32: 794–804.
- Modinos G, Costafreda SG, van Tol MJ et al.: Neuroanatomy of auditory verbal hallucinations in schizophrenia: a quantitative meta-analysis of voxel-based morphometry studies. *Cortex* 2013; 49: 1046–1055.
- Moseley P, Fernyhough C, Ellison A: Auditory verbal hallucinations as atypical inner speech monitoring, and the potential of neurostimulation as a treatment option. *Neurosci Biobehav Rev* 2013; 37: 2794–2805.
- Moskowitz A, Corstens D: Auditory hallucinations: psychotic symptom or dissociative experience? *J Psychol Trauma* 2008; 6: 35–63.
- Nayani TH, David AS: The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychol Med* 1996; 26: 177–189.
- Pearse LJ, Dibben C, Ziauddeen H et al.: A study of psychotic symptoms in borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis* 2014; 202: 368–371.
- Perona-Garcelán S, Carrascoso-López F, García-Montes JM et al.: Dissociative experiences as mediators between childhood trauma and auditory hallucinations. *J Trauma Stress* 2012; 25: 323–329.
- Perona-Garcelán S, Pérez-Álvarez M, García-Montes JM et al.: Auditory verbal hallucinations as dialogical experiences. *J Constr Psychol* 2015; 28: 264–280.
- Pietkiewicz IJ, Tomalski R, Eyles T: Structured Clinical Interview for Voice-hearers (SCIV). [Niepublikowany protokół wywiadu klinicznego]. 2018.
- Pugh M: The internal 'anorexic voice': a feature or fallacy of eating disorders? *Adv Eat Disord* 2016; 4: 75–83.
- Pugh M, Waller G: The anorexic voice and severity of eating pathology in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2016; 49: 622–625.
- Pugh M, Waller G: Understanding the 'anorexic voice' in anorexia nervosa. *Clin Psychol Psychother* 2017; 24: 670–676.
- Pugh M, Waller G, Esposito M: Childhood trauma, dissociation, and the internal eating disorder 'voice'. *Child Abuse Negl* 2018; 86: 197–205.
- Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK et al.: The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases. *J Clin Psychiatry* 1986; 47: 285–293.
- Rapin L, Dohen M, Polosan M et al.: An EMG study of the lip muscles during covert auditory verbal hallucinations in schizophrenia. *J Speech Lang Hear Res* 2013; 56: S1882–1893.

- Read J, van Os J, Morrison AP et al.: Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112: 330–350.
- Rojo-Moreno L, Plumed JJ, Fons MB et al.: Auditory hallucinations in anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2011; 19: 494–500.
- Ross CA, Norton GR, Wozney K: Multiple personality disorder: an analysis of 236 cases. *Can J Psychiatry* 1989; 34: 413–418.
- Sartorius N, Shapiro R, Jablensky A: The international pilot study of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1974; 1: 21–34.
- Scott JG, Nurcombe B, Sheridan J et al.: Hallucinations in adolescents with post-traumatic stress disorder and psychotic disorder. *Australas Psychiatry* 2007; 15: 44–48.
- Seeman MV: Eating disorders and psychosis: seven hypotheses. *World J Psychiatry* 2014; 4: 112–119.
- Sinha VK, Chaturvedi SK: Consistency of delusions in schizophrenia and affective disorder. *Schizophr Res* 1990; 3: 347–350.
- Slade PD, Bentall RP: *Sensory Deception: A Scientific Analysis of Hallucination*. Johns Hopkins University Press, Baltimore 1988.
- Slotema CW, Blom JD, Niemantsverdriet MBA et al.: Auditory verbal hallucinations in borderline personality disorder and the efficacy of antipsychotics: a systematic review. *Front Psychiatry* 2018; 9: 347.
- Slotema CW, Daalman K, Blom JD et al.: Auditory verbal hallucinations in patients with borderline personality disorder are similar to those in schizophrenia. *Psychol Med* 2012; 42: 1873–1878.
- Slotema CW, Niemantsverdriet MB, Blom JD et al.: Suicidality and hospitalisation in patients with borderline personality disorder who experience auditory verbal hallucinations. *Eur Psychiatry* 2017; 41: 47–52.
- Sommer IE, Dierden KM, Blom JD et al.: Auditory verbal hallucinations predominantly activate the right inferior frontal area. *Brain* 2008; 131: 3169–3177.
- Steel C: Hallucinations as a trauma-based memory: implications for psychological interventions. *Front Psychol* 2015; 6: 1262.
- Steinberg M, Cicchetti D, Buchanan J et al.: Distinguishing between multiple personality disorder (dissociative identity disorder) and schizophrenia using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182: 495–502.
- Stephane M: Standardized assessment of hallucinations. In: Jardri R, Cachia A, Thomas P et al. (eds.): *The Neuroscience of Hallucinations*. Springer, New York 2013: 85–104.
- Stephane M, Barton S, Boutros NN: Auditory verbal hallucinations and dysfunction of the neural substrates of speech. *Schizophr Res* 2001; 50: 61–78.
- Stephane M, Pellizzer G, Roberts S et al.: Computerized binary scale of auditory speech hallucinations (cbSASH). *Schizophr Res* 2006; 88: 73–81.
- Stephane M, Thuras P, Nasrallah H et al.: The internal structure of the phenomenology of auditory verbal hallucinations. *Schizophr Res* 2003; 61: 185–193.
- Toh WL, Thomas N, Rossell SL: Auditory verbal hallucinations in bipolar disorder (BD) and major depressive disorder (MDD): a systematic review. *J Affect Disord* 2015; 184: 18–28.
- Torem MS: Covert multiple personality underlying eating disorders. *Am J Psychother* 1990; 44: 357–368.
- Varese F, Barkus E, Bentall RP: Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination-proneness. *Psychol Med* 2012; 42: 1025–1036.
- Waters FA, Badcock JC, Michie PT et al.: Auditory hallucinations in schizophrenia: intrusive thoughts and forgotten memories. *Cogn Neuropsychiatry* 2006; 11: 65–83.
- Waters F, Blom JD, Jardri R et al.: Auditory hallucinations, not necessarily a hallmark of psychotic disorder. *Psychol Med* 2018; 48: 529–536.
- de Weijer AD, Neggers SF, Dierden KM et al.: Aberrations in the arcuate fasciculus are associated with auditory verbal hallucinations in psychotic and in non-psychotic individuals. *Hum Brain Mapp* 2013; 34: 626–634.
- Wentz E, Gillberg C, Gillberg IC et al.: Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: psychiatric disorders and overall functioning scales. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42: 613–622.
- Wilkinson S, Fernyhough C: Auditory verbal hallucinations and inner speech: a predictive processing perspective. In: Radman Z (ed.): *Before Consciousness: In Search of the Fundamentals of Mind*. Imprint Academic, Exeter, UK 2017: 285–304.
- Yee L, Korner AJ, McSwiggan S et al.: Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2005; 46: 147–154.
- Zmigrod L, Garrison JR, Carr J et al.: The neural mechanisms of hallucinations: a quantitative meta-analysis of neuroimaging studies. *Neurosci Biobehav Rev* 2016; 69: 113–123.
- van der Zwaard R, Polak MA: Pseudohallucinations: a pseudoconcept? A review of the validity of the concept, related to associate symptomatology. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 42–50.