

综 述

言语性幻听的现象学特征

欧 娜, 及若菲, 黄国平*

(四川省精神卫生中心, 四川 绵阳 621000)

*通信作者: 黄国平, E-mail: xyhuanggp@126.com)

【摘要】 言语性幻听是一种复杂的精神病性症状, 广泛存在于神经精神疾病患者和健康人群中, 多见于精神分裂症。本文从感知觉特征、幻听的频率、声音的身份、幻听的内容及患者的情绪反应、对幻听的评估和控制五个方面描述言语性幻听的现象学特点, 并阐述不同人群症状连续谱的现象, 以期增进对言语性幻听的认识, 为进一步研究其产生机制提供参考。

【关键词】 幻听; 现象学特征; 精神分裂症; 连续谱

中图分类号: R749.3

文献标识码: B

doi: 10.11886/j.issn.1007-3256.2017.06.022

Phenomenological characteristics of verbal auditory hallucinations

Ou Na, Ji Ruofei, Huang Guoping*

(The Mental Health Center of Sichuan, Mianyang 621000, China)

*Corresponding author: Huang Guoping, E-mail: xyhuanggp@126.com)

【Abstract】 Verbal auditory hallucination is a kind of complicated psychotic symptoms, which is prevalent in neuropsychiatric disease patients and healthy people, and is more common in schizophrenia. This article described five aspects of verbal auditory hallucinations phenomenology, including the perceptual characteristics, the frequency of auditory hallucinations, the identity of the voice, content and emotional responses of patients, evaluation and control of auditory hallucinations, and elaborated the continuous spectrum phenomenon of this symptom, in order to enhance the understanding of it, and to provide references for the further study of its production mechanism.

【Keywords】 Auditory hallucinations; Phenomenological characteristics; Schizophrenia; Continuous spectrum

言语性幻听 (auditory verbal hallucinations, AVHs) 是指在缺乏外部相应刺激的情况下, 个体在清醒状态听到“别人说话”的知觉体验^[1]。AVHs 普遍存在于神经精神疾病患者和健康人群中。60% ~ 83% 的精神分裂症患者伴有 AVHs 症状^[2]; 约 23% 的双相障碍患者、46% 的边缘型人格障碍患者及 10% ~ 15% 的健康人群也有言语性幻听体验^[3-5]。AVHs 是一种常见的精神病性症状, 往往给患者带来精神痛苦, 甚至影响其社会功能, 特别是精神分裂症患者, 可能在幻听的支配下出现行为失控, 伤人毁物, 对家庭和社会造成危害。本文从横向描述精神分裂症言语性幻听的特点, 纵向讨论跨越不同人群 AVHs 症状连续谱的现象, 以期增进对 AVHs 现象学的认识, 为揭示 AVHs 的产生机制提供参考。

1 精神分裂症言语性幻听的现象学特点

1.1 感知觉特征

AVHs 的感知觉特征包括幻听的语言特性、声

音的空间位置、响度和清晰度。精神分裂症患者的幻听往往是言语性的, 就像是听到其他人说话的声音, 极少数人感觉到“无声的语音”, 他们可以得到一些讯息和语义, 但事实上他们并没有听到任何声音^[6]。幻听声音的位置是指患者感觉声音是来自颅内还是颅外, 研究显示, 颅内和颅外感知定位在患者中几乎是均等分布的, 部分患者表示难以界定声音的位置, 也有患者报告声音两种位置皆有^[7-8]。感觉为颅外的声音为真性幻听, 颅内的声音则为假性幻听, 以往的观点认为真性幻听预示更严重的精神疾病^[9]。但研究显示健康人群也可以体验到颅内和颅外的幻听, 且 AVHs 的感知定位与幻听的真实性、患者的痛苦和功能损害并没有显著联系^[10], 提示声音的空间定位对临床诊断没有特殊意义^[11]。在声音的响度方面, 大多数声音是正常对话的音量, 少数是窃窃私语和高声大叫^[7, 12-13]。AVHs 绝大多数声音是清晰的, 也有少数声音模糊不清^[13]。

1.2 幻听的频率

精神分裂症患者 AVHs 的频率具有相当大的可

项目基金: 国家重点研发计划项目 (2016YFC1307000)

变性,可以从每周一两次到持续性存在。Nayani 等^[7]研究显示,12%的 AVHs 患者每天出现幻听 1~2 次,36%的患者在一天的小部分时间可以体验到幻听,37%的患者一天的大部分时间可以听到声音,15%的患者感觉一整天都有幻听;33%的患者报告每次幻听持续几秒或者几分钟,25%的患者幻听持续时间不到 1 小时,42%的患者持续时间超过 1 小时,且声音出现得越频繁,每次持续的时间越长。有些患者在整个病程中从未体验过 AVHs,有些患者仅仅是在急性发作期才出现,还有部分患者 AVHs 在病程中长期存在,成为难治性幻听^[14]。

1.3 声音的身份

声音的身份包括了 AVHs 的数量、使用的人称、是否熟悉、声音的口音等。多数患者听到的是别人的声音^[15],且可以听到一个以上不同的声音^[7,12]。大多数声音可以辨别出性别,男性声音比女性更常见^[7,15]。近期的一个大样本研究显示,AVHs 大多数是成年人的声音(71%),小孩的声音很少(2%),少数人可以听到两个年龄段的声音(26%)^[7]。熟悉的声音、不熟悉的声音和两者都有各占三分之一^[13],有的患者知道幻听声音的身份,甚至能够说出他/她的名字^[7]。幻听的声音有时还带有不同的口音,Nayani 等^[7]研究显示,79%的患者觉得言语性幻听的口音与自己的口音不同,但 Hoffman 等^[8]的研究显示幻听的声音很少带有地方口音。

1.4 幻听的内容及患者的情绪反应

精神分裂症患者 AVHs 的内容多是夸张离奇的,常常是一些他们不知道的事情^[16],并且还可以经常重复^[8]。AVHs 据其内容可以分为正性、中性和负性的声音。研究显示,精神分裂症患者的 AVHs 以负性内容居多,常表现为批评、嘲笑、威胁、辱骂和命令,可引起患者愤怒、抑郁、焦虑、惊恐和逃避等情绪反应,给患者带来精神痛苦、社会功能损害,而命令性幻听可能导致患者伤人毁物和自残自杀。

1.5 对 AVHs 的评估和控制

患者对他们的幻觉体验作出不同的解释,他们可能归因为自己(我听到了我自己的声音),也可能归因为他人(我听到其他人和我说话)。Daalman 等^[11]研究显示,部分患者认为听到的声音是自己的思维(41%),而有的患者认为是外部真实存在的声

音(42%),少部分患者则不能确定(17%)声音的真假。Nayani 等^[7]研究显示,精神分裂症患者更倾向于归因为外部因素(72%)。“侵入性”是 AVHs 的突出特点,幻听者几乎不能控制 AVHs 的出现和停止,这也是 AVHs 导致患者精神痛苦的原因之一,而 AVHs 的不可控性可能与侵入性思维和早期自动感觉加工异常有关^[14]。

AVHs 现象学特点是动态变化的,幻听者在不同的时间对 AVHs 可能有着不同的主观体验。Nayani 等^[7]研究显示,精神分裂症患者 AVHs 的复杂性随着时间的推移而增强,表现为声音数量增加,对话增多和声音与患者的关联性增强。Larøi^[17]的研究显示,精神分裂症患者 AVHs 的空间定位会随着患者的情绪状态变化而变化,AVHs 的内容在疾病急性期具有威胁性和反社会性,在缓解期其内容可能会变得更有亲社会性。在临床治疗干预下,多数患者的 AVHs 会减少或消失^[2]。

2 AVHs 体验的连续谱

近几十年来,精神病的概念构架已经发生改变,如精神分裂症、分裂样情感性障碍、双相障碍的诊断类型因缺乏鉴别要点而受到质疑。有学者更倾向于跨越精神疾病诊断分类,将精神病症状看作是正常人群到精神病患者之间的一个连续谱^[9,18]。AVHs 作为一个典型的精神病性症状,不仅见于分裂样情感性障碍、精神分裂症等精神疾病,也广泛存在于健康人群、边缘型人格障碍、创伤后应激障碍、分离转换性障碍、心境障碍患者等人群中。所以,从 AVHs 这个维度来看,健康人群到精神病患者的 AVHs 体验存在着连续谱的现象^[9]。

2.1 现象学的连续谱

有学者将不同人群的 AVHs 现象学特点进行了对比研究,结果显示不同疾病类型的人群 AVHs 的现象学特征相似之处更多、不同之处更少^[2]。近期一项系统回顾显示:健康幻听者(有幻听症状,但没有明显的幻听相关的痛苦且不需要临床干预的人群)和临床幻听者(需要临床干预的患者)对 AVHs 的主观体验(如声音的响度、空间定位)是相似的;临床幻听者 AVHs 发生频率更高、负性内容更多、对幻听的感知觉控制能力更差;健康幻听者和临床幻听者对声音的信念和声音引起的痛苦和情感反应是有差别的;相对于健康对照组,健康幻听者表现出更高水平的认知偏差、精神病性症状(如妄想)和功能

损害,当然,这些特征明显低于临床幻听者;健康幻听者和临床幻听者暴露的风险因素(如家族遗传和童年创伤)也是相似的^[19]。

Daalman 等^[11]比较了有幻听症状的健康人群和精神分裂症患者,结果显示 AVHs 的多数现象学特征,如声音的空间定位、响度、数量和人格化特征(归因为现实中的人)在两组之间没有明显差异。只是不同个体对幻觉起源的信念稍有不同,健康人群常常把他们的声音归因为精神资源,如死者的灵魂、守护天使和幽灵;而患者常常归因为现实的人们,如秘密警察、心有灵犀的人、毒品团伙或者是恶毒的邻居。Larøi 等^[14]的研究显示,抑郁症患者也有 AVHs 体验,但往往是短暂的,语言结构也比较简单,如单个的词或短语,且一般与患者的情绪相符。双相障碍患者 AVHs 与精神分裂症患者相比较,两组人群一般都有议论性的言语、持续性的评论和指责性的声音,并且声音的性别在两组之间也没有显著差异。双相障碍患者 AVHs 频率随疾病阶段的不同而不同,且每次发作也可能不尽相同;持续的时间通常短暂,且是间歇性发作。一般而言,双相障碍患者 AVHs 与妄想和高水平的焦虑有关。创伤后应激障碍(Post-traumatic stress disorder, PTSD)患者 AVHs 的现象学特征与精神病患者相似^[2]。Anketell 等^[20]对 45 名 PTSD 患者的研究显示,50% 的被试伴有 AVHs,其中有一半的幻听者表示他们的幻听内容直接与创伤有关,是命令性的,其响度和清晰度和正常的声音一样,且大多数声音位于颅内。

2.2 连续谱的影像学证据

近年来在神经生物学方面主要采用神经影像学技术(SMRI、fMRI、DTI)对有幻听症状的不同人群的脑功能进行了研究。van Lutterveld 等^[21]比较了临床幻听者、健康幻听者和不伴有幻听的健康对照组的脑结构影像,结果显示相对于健康对照组,临床幻听者的左侧旁中央小叶、左侧眶部、右侧梭状回和右侧颞下回皮层厚度明显减少,健康幻听者的皮层厚度居前两者之间。Diederer 等^[22]对人口统计学资料相匹配的健康幻听组和精神障碍幻听组进行了“症状捕捉”的功能磁共振研究,结果显示两组被试在发生 AVHs 期间有着相似的脑活动模式。de Weijer 等^[23]采用弥散张量成像和磁化传递成像对健康幻听者、精神障碍幻听者和健康对照组的脑白质纤维进行对比研究,结果显示健康幻听者、精神障碍患者相对于健康对照组,左侧弓形束的磁化传递

率显著增强,幻听人群存在白质连接异常;而临床患者在弓形束、右侧皮质脊髓束与双侧勾状束的各向异性分数(FA 值)明显低于健康对照和健康幻听者,提示精神病幻听者的脑白质纤维的完整性受损。这些结果说明 AVHs 的产生可能跨越了诊断分类,而临床患者可能存在更广泛或更严重的脑功能损害。

3 小 结

临床与非临床人群的 AVHs 有着相似的现象学特征,但在不同的组别中有所差异。不同人群的 AVHs 严重程度不一,在这个症状维度上形成了一个连续谱,并且这个现象学连续谱的假设得到了神经影像学研究的支撑。做 AVHs 的现象学研究不仅仅是为了描述临床症状,更是为了从现象窥探其本质,以便进一步研究 AVHs 的产生机制。然而,迄今 AVHs 的产生机制尚无定论,这可能与 AVHs 的核心特征不明有关。目前绝大多数关于 AVHs 的研究,其现象学询问往往是基于前人设计的量表,且少有研究描述 AVHs 在疾病发展过程中的变化特点,这样可能忽略了经验之外的现象学特点。若在以后的研究中改善和优化 AVHs 的现象学询问,注重 AVHs 的发展变化,捕捉其核心特征,可能更有利于揭示其产生机制。

参考文献

- [1] Northoff G, Qin P. How can the brain's resting state activity generate hallucinations? A resting state hypothesis of auditory verbal hallucinations[J]. Schizophr Res, 2011, 127(1-3): 202-214.
- [2] McCarthy-Jones S. Hearing voices: the histories, causes and meanings of auditory verbal hallucinations [M]. Cambridge: Cambridge University Press, 2012: 97-189.
- [3] Uptegrove R, Chard C, Jones L, et al. Adverse childhood events and psychosis in bipolar affective disorder[J]. Br J Psychiatry 2015, 206(3): 191-197.
- [4] 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]. J Nerv Ment Dis, 2010, 198(6): 399-403.
- [5] Sommer IE, Daalman K, Rietkerk T, et al. Healthy individuals with auditory verbal hallucinations; who are they? Psychiatric assessments of a selected sample of 103 subjects[J]. Schizophr Bull, 2010, 36(3): 633-641.
- [6] Jones SR. Do we need multiple models of auditory verbal hallucinations? Examining the phenomenological fit of cognitive and neurological models[J]. Schizophr Bull, 2010, 36(3): 566-

- 575.
- [7] Nayani TH, David AS. The auditory hallucination; a phenomenological survey[J]. *Psychol Med*, 1996, 26(1): 177-189.
- [8] Hoffman RE, Varanko M, Gilmore J, et al. Experiential features used by patients with schizophrenia to differentiate 'voices' from ordinary verbal thought[J]. *Psychol Med*, 2008, 38(8): 1167-1176.
- [9] Upthegrove R, Broome MR, Caldwell K, et al. Understanding auditory verbal hallucinations; a systematic review of current evidence[J]. *Acta Psychiatr Scand*, 2016, 133(5): 352-367.
- [10] Nemeroff CB, Weinberger D, Rutter M, et al. DSM-5: a collection of psychiatrist views on the changes, controversies, and future directions[J]. *BMC Med*, 2013, 11: 202.
- [11] 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]. *J Clin Psychiatry*, 2011, 72(3): 320-325.
- [12] Moritz S, Larøi F. Differences and similarities in the sensory and cognitive signatures of voice-hearing, intrusions and thoughts[J]. *Schizophr Res*, 2008, 102(1-3): 96-107.
- [13] Upthegrove R, Ives J, Broome MR, et al. Auditory verbal hallucinations in first-episode psychosis: a phenomenological investigation[J]. *BJPsych Open*, 2016, 2(1): 88-95.
- [14] 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[J]. *Schizophr Bull*, 2012, 38(4): 724-733.
- [15] Garrett M, Silva R. Auditory hallucinations, source monitoring, and the belief that "voices" are real[J]. *Schizophr Bull*, 2003, 29(3): 445-457.
- [16] Leudar I, Thomas P, McNally D, et al. What voices can do with words: pragmatics of verbal hallucinations[J]. *Psychol Med*, 1997, 27(4): 885-898.
- [17] Larøi F. The phenomenological diversity of hallucinations: some theoretical and clinical implications[J]. *Psychologica Belgica*, 2006, 46(1-2): 163-183.
- [18] Stip E, Letourneau G. Psychotic symptoms as a continuum between normality and pathology[J]. *Can J Psychiatry*, 2009, 54(3): 140-151.
- [19] 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[J]. *Clin Psychol Rev*, 2017, 51: 125-141.
- [20] Anketell C, Dorahy MJ, Shannon M, et al. An exploratory analysis of voice hearing in chronic PTSD: potential associated mechanisms[J]. *J Trauma Dissociation*, 2010, 11(1): 93-107.
- [21] van Lutterveld R, van den Heuvel MP, Diederer KM, et al. Cortical thickness in individuals with non-clinical and clinical psychotic symptoms[J]. *Brain*, 2014, 137(Pt 10): 2664-2669.
- [22] Diederer KM, Daalman K, de Weijer AD, et al. Auditory hallucinations elicit similar brain activation in psychotic and nonpsychotic individuals[J]. *Schizophr Bull*, 2012, 38(5): 1074-1082.
- [23] de Weijer AD, Neggers SF, Diederer KM, et al. Aberrations in the arcuate fasciculus are associated with auditory verbal hallucinations in psychotic and in non-psychotic individuals[J]. *Hum Brain Mapp*, 2013, 34(3): 626-634.

(收稿日期:2017-12-05)

(本文编辑:陈霞)