

Glasovi, ki jih drugi ne slišijo

Simon McCarthy-Jones in Eleanor Longden raziščeta, kaj pomenijo in kaj se lahko stori za ljudi, ki potrebujejo podporo/pomoč.

Biološko pojmovanje boleznih vzrokov za avditorne verbalne halucinacije vidi le v biologiji in skladno s tem naj bi bilo tudi zdravljenje. Pogovor o njih naj bi bil škodljiv, njihova vsebina pa poljubna/slučajna. Alternativni pogled pa slišanje glasov dojema kot razširjeno in smiselno človeško izkušnjo ter spodbuja dialog z glasovi z namenom, da bi odkrili njihov pomen in spremenili odnos slišalca do glasov. Je mogoče uskladiti ti dve stališči?

"Ti kuzla!", vpije nate glas. "Prereži si vrat! Takoj si ga prereži!" Toda nikogar ni tam; doživljaš avditorne verbalne halucinacije (AVH). So simptom boleznih možganov, ki je sinonimna shizofreniji. Te simptome bi morali odpraviti z uporabo antipsihotičnih zdravil ali drugih biomedicinskih posegov, ki popravijo nevrokemično/nevrofiziološko neravnovesje. Ker ti manjka vpogled, misliš, da so halucinacije resnične. Razprave o vsebini AVH ne priporočajo: njihova vsebina je nesmiselna, pogovor o tem pa bo le spodbudil blodnjave misli.

Ta biološki koncept AVH, ki predpostavlja, da so vzroki in zdravljenje le biološki, ki pogovor o glasovih vidi kot škodljiv in njihovo vsebino kot slučajno, bo nedvomno skladen s strokovno usposobljenostjo nekaterih bralcev in s psihiatrično izkušnjo mnogih slišalcev. Zdravniki iz antične Grčije so argumentirali, da je vzrok AVH v kemičnem neravnovesju (v presežku črnega žolča). Dejavniki kot so napredek anatomije v renesansi, odločitev anglikanske cerkve 17. stoletja, da označijo uporne ljudi, ki trdijo, da slišijo glas boga, kot bolne, in odkritje, da antipsihotiki lahko pomagajo nekaterim ljudem z AVH (in so finančno donosni), so podprli prevlado koncepta biološke bolezni (McCarthy-Jones, 2012a).

V nasprotju s tem pa je vedno obstajalo "semantično smiselno" razumevanje slišanja glasov (prim. Berrios, 2002), po katerem izjave glasov dojemajo kot osebno smiselne. V zgodnjih civilizacijah se je to videlo v verjetju, da nekateri glasovi vsebujejo pomembna osebna sporočila nadnaravnih entitet. Ta ideja je bila izrazita tudi v misticizmu 16. stoletja in spiritualizmu 19. stoletja. V psihologiji/psihiatriji 20. stoletja so se semantično smiselne interpretacije osredotočile na bolj zemeljske vzroke glasov in jih povezale s preteklimi in sedanjimi dogodki v življenju posameznika. Psihiatri kot so Kraepelin, Bleuler in Jaspers so spoznali, da je vsebina glasov povezana z izkušnjami in psiho slišalca - pristop, ki ga je poudaril R. D. Laing in ga je sedaj oživilo in razširilo gibanje Slišanje glasov (Hearing Voices Movement) (McCarthy-Jones, 2012a; glej okvirček spodaj).

To je vodilo k alternativnemu konceptu slišanja glasov, ki ga lahko opredelimo takole:

"Ti kuzla!", vpije nate glas. "Prereži si vrat! Takoj si ga prereži!" Toda nikogar ni tam; slišiš glasove. To je razširjena človeška izkušnja, najpogosteje povezana s čustvenimi travmami. Glasovi vsebujejo sporočila za slišalca, ki imajo lahko obliko metafor. Njihovo vsebino moramo dekodirati (npr. glasovi, ki spodbujajo osebo, naj konča svoje življenje, lahko odsevajo potrebo po spremembi, obnovi ali željo po pobegu pred vznemirjenjem, ki jo preplavlja) in nato je treba obravnavati vsi čustvene probleme, na katere opominjajo glasovi. Posameznike je treba spodbuditi k dialogu z glasovi, da bi odkrili, kaj pomenijo, in k spreminjanju njihovega odnosa z mučnimi glasovi. Slišalci glasov ne potrebujejo zdravila, ampak emancipacijo – da jim bo dovoljeno, da imajo in razumejo svoje izkušnje, ne da bi jih patologizirali ali pa da bi njihove glasove prisilno potlačevali/utišali.

Obstoj teh dveh pogledov vodi k vprašanju o njihovi resničnosti in možni spravi. Nekatere vidike modela biološke bolezni zlahka ovržemo. Prvič, AVH niso sinonim za shizofrenijo, ker ima približno dve tretjini ljudi z AVH druge psihiatrične diagnoze, kot so mejna motnja osebnosti ali posttravmatska stresna motnja, ali pa so "zdravi slišalci glasov" (t.j. slišijo glasove, vendar brez znakov socialne ali poklicne disfunkcionalnosti) (McCarthy-Jones, 2012a). Drugič, četudi so AVH razumeli kot "simptom bolezni možganov, ravno tako kot slepota" (Stephane in sod., 2003, str. 186), obstoj zdravih slišalcev glasov kaže, da ta izkušnja ni nujno povezana s patologijo. Obe opažanji sta dobro znani psihologom, ki delajo na tem področju (Morrison & Barratt, 2010).

Gibanje Slišanje glasov

Mnenje, da so slišalci glasov "ljudje s težavami, ne pacienti z boleznimi" (Johnstone, 2011, str. 27) dolguje svojo usmerjenost raziskavi, ki sta jo izvedla Marius Romme in Sandra Escher. Njuno delo, ki je bilo zasnovano na sodelovanju slišalcev, ki so bili pacienti in tudi tistih, ki niso imeli diagnoze, je prispevalo k spoznanju, da je "slišanje glasov" (izraz, ki se ga dojema kot manj »kolonialističen« izraz kot AVH) pogosta človeška izkušnja. Ta izkušnja pa ima pomen, ki ga je mogoče interpretirati v odnosu z osebno življenjsko zgodovino in jo pogosto povzročijo in vzdržujejo preplavljajoči, izčrpavajoči življenjski dogodki. (Romme & Escher, 2000) V skladu s tem sta zagovarjala proces normalizacije slišanja glasov, sprejemanja in osmišljanja prisotnosti glasov ter spoštovanja subjektivne realnosti slišalca. (Longden & Dillon, 2013)

Takšne iniciative so v zadnjih 20 letih pridobile vedno večjo veljavo in skupaj ustanovile Gibanje Slišanje glasov - družbeno, klinično in politično skupnost, v kateri skupine slišalcev in strokovnih zaveznikov (znane kot Mreže slišanja glasov) delajo skupaj, da bi promovirale osebne zgodbe o krepitvi moči slišalcev in da bi podpirale posameznike v stiski na spoštljive, učinkovite načine, ki spodbujajo okrevanje (Longden in drugi, 2013) Trenutno obstajajo uradne mreže v 21 državah, koordinira in podpira pa jih Intervoice: Mednarodna mreža za usposabljanje, izobraževanje in raziskave o slišanju glasov. Intervoice poskuša zbrisati ločnice med strokovnimi delavci in psihiatričnimi "preživelci" s tem, da poudarjajo povezovanje in združevanje vednosti, ki temelji na izkušnji (slišalcev) in znanja strokovnjakov (akademike in strokovnjake iz področja duševnega zdravja). Vendar pa ima prednost "politika upoštevanja uporabnikov", ki privilegira izbiro, nadzor in avtonomijo slišalcev.

Vrednotenje oblik obravnavanja AVH

Da bi naslovili še druga vprašanja, ki jih odpirata ta dva nasprotujoča pristopa, moramo najprej ovrednotiti obstoječe oblike obravnavanja tega pojava.

Biomedicinska zdravljenja

Antipsihotična zdravila ostajajo prva izbira pri zdravljenju. Mnenje, da AVH nastanejo zaradi kemičnega neravnovesja, izhaja iz domnevne zmožnosti zdravil, ki blokirajo dopaminske receptorje (antipsihotiki), da pomagajo slišalcem. To odpira dve vprašanji: 1. Ali antipsihotiki pomagajo slišalcem glasov? 2. Če je temu tako, ali to pomeni, da je dopamin vzročno vpleten?

Klinične izkušnje nakazujejo, da antipsihotiki pomagajo nekaterim slišalcem glasov. Kljub temu pa ne obstaja nobena dostopna raziskava, ki bi evalvirala vpliv antipsihotikov na AVH na znanstveno veljaven način. (Corstens in sod., 2012b) Randomizirane študije uporabe antipsihotikov, ki poročajo o učinku na AVH, dajejo mešane rezultate in so zelo omejeno veljavne zaradi osupljivo visokih stopenj osipa oseb iz raziskovalnega spremljanja, ter so potencialno pristranske zaradi financiranja iz strani farmacevtskih družb. Starejše študije pa so velikokrat precej statistično in metodološko

omejene. (glej McCarthy-Jones, 2012a). Četudi Sommer in drugi (2012) poročajo, da se je delež psihotičnih pacientov s prvo epizodo in z vsaj milimi simptomi slišanja glasov zmanjšal iz 100 % v izhodišču na le 8 % po enem letu zdravljenja z antipsihotiki, ta študija ni imela ne-psihotične kontrolne skupine (glej Corstens in drugi, 2012b, za celovito kritiko te raziskave). Vsekakor obstaja veliko dvomov v obstoj jasnih dokazov za učinkovitost antipsihotikov pri zdravljenju psihoze. Kar se tiče klorpromazina, so Adams in drugi (2007) nedavno zaključili, da je kljub 45 letom raziskav "mogoče le malo kaj trditi na osnovi raziskovanja njegovih učinkov na splošno duševno stanje ali na specifične simptome shizofrenije". Dodali so še, da je "uporaba klorpromazina pri milijonih ljudi utemeljena na kliničnih izkušnjah, ne pa na nepopolno prikazanih študijah, ki so v celoti vključevale le nekaj tisoč udeležencev." (str. 13) Glede Risperidona so Rattehal in drugi (2010) zaključili, da "lahko pomaga ljudem s shizofrenijo", ampak da so bile ugotovitve randomiziranih študij "neprepričljive". Ravno zato bi morali "ljudje s shizofrenijo ali njihovi zagovorniki lobirati pri nadzornih organih, da bi vztrajali pri izvedbi boljših študij, preden se neka spojina/zdravilo lansira na tržišče z uporabo zavajajočega oglaševanja." (str. 18) Podobno so Lepping in drugi (2011) nedavno ugotovili, da je klinični pomen izboljšanj, o katerih so poročali na podlagi študij antipsihotikov za ljudi s shizofrenijo in drugimi psihotičnimi motnjami, "razočaranja vreden" (str. 344). Torej, četudi se zdi, da antipsihotiki pomagajo nekaterim ljudem z AVH, pa ta zaključek temelji bolj na kliničnih izkušnjah, kot na slepih randomiziranih študijah (ali sploh na kakšni meta-analizi).

Če antipsihotiki res pomagajo nekaterim slišalcem, bi torej lahko, glede na način njihovega delovanja rekli, da dopamin igra glavno vlogo pri AVH? Ne nujno. Prvič, je nedavna (četudi majhna) študija odkrila, da se kapacitete za sintezo dopamina pri zdravih slišalcih ne razlikuje od tiste pri zdravih neslišalcih (Howes in drugi, v tisku), kar postavlja vprašanje, ali je dopamin nujno udeležen pri vseh AVH. Drugič, zdi se, da antipsihotiki delujejo tako (kadar sploh delujejo), da napravijo glasove preprosto manj izstopajoče (Kapur, 2003); to pomeni, da glasovi ostanejo, toda se slišalca manj dotaknejo. Toda če bi nasilnež udarjal v vašo roko, vi pa bi roko anestezirali, da bi bil nasilnež manj moteč, ne bi zaradi tega sklepali, da je anestetik zdravilo ali da je odsotnost anestetika vzrok za udarce. Johnstone (2011) je predlagal, da bi lahko delovanje antipsihotikov prej razumeli le kot potlačevanje izkušenj (takih kot so npr. glasovi), kot pa nekaj, kar nam omogoči razumevanje izkušenj. Tudi če je verjetno, da dopamin igra neko vlogo pri marsikaterem primeru AVH, pa bi zaključek debate na podlagi te razlage AVH pustil neodgovorjenih veliko zanimivih in pomembnih vprašanj. Vprašanj kot na primer: Od kod prihaja vsebina glasu?

Dokazi za učinkovanje drugih biomedicinskih obravnav za AVH so ali nezadostni ali pa so, kot v primeru elektrokonvulzivne terapije, neobstoječi. (Sommer in drugi, 2012) Zgodnje meta-analize so ugotovljale velike učinke transkraniialne magnetne stimulacije (TMS) na AVH. Toda ugotovitve obširnejših poznejših študij, ki so zbrane v zadnji meta-analizi, pa navajajo le majhen učinek TMS na slišanje glasov, torej ta pomaga le nekaterim slišalcem. (Slotema, 2012) Nedavna študija tudi odkriva, da bi bil za AVH mogoče učinkovita tudi neposredna transkraniialna stimulacija z električnim tokom. (Brunelin, 2012) Predlagali pa so tudi druge biomedicinske posege kot so neurofeedback (McCarthy-Jones, 2012b) in zdravila za remielinizacijo (Whitford, 2012), toda ti pristopi še čakajo na empirično preverjanje.

Tradicionalne psihološke obravnave

Bi morali govoriti o glasovih? Kognitivni model AVH temelji na prepričanju, da stopnja stiske, ki jo povzročajo glasovi napoveduje potrebo po obravnavanju. In da raven stiske napovedujejo specifična prepričanja o glasovih, tako kot na primer mnenje o njihovi vsemogočnosti. Govorjenje o glasovih, da bi zmanjšali stopnjo stiske, ki temelji na posameznikovih nerealističnih/nepripravih presojah, ki so temelj kognitivno vedenjske terapije, se torej zdi smiselno.

Kakšni so dokazi, da to deluje? Večino slepih randomiziranih študij, ki se nanašajo na učinkovitost kognitivno vedenjske terapije pri psihozah, poroča o negativnih ugotovitvah, kar se tiče spremembe AVH. (Garety, 2008). Mogoče je vzrok v pomanjkanju specifičnega fokusa na AVH. Prva od dveh slepih randomiziranih študij vpliva kognitivno vedenjske terapije (KVT) na AVH (obe sta se osredotočili na ukazujoče halucinacije), je odkrila veliko zmanjšanje v neprijetnem vznemirjenju in v pogostosti glasov ter izboljšan nadzor nad glasovi, v primerjavi z običajnim zdravljenjem (Trower, 2004). Toda druga kasnejša študija ugovarja, da ta izboljšanja niso specifična za kognitivno vedenjsko terapijo, saj KVT (vključno z elementi terapije sprejemanja in vpletenosti /acceptance and commitment/) ne daje boljših rezultatov kot so jih našli v kontrolni skupini, ki so ji nudili le »prijateljsko družabništvo« (Shawyer, 2012). Slepa randomizirana študija skupinske kognitivno vedenjske terapije za AVH je prišla do enakih ugotovitev (McLeod, 2007): kognitivno vedenjska terapija je učinkovitejša od običajnega zdravljenja, toda Penn in drugi (2009) pa so ugotovili, da ni bilo razlike med rezultati kognitivno vedenjske terapije in rezultati skupine, ki je prejela "izboljšano podporno terapijo".

Ena interpretacija teh ugotovitev je, da terapevtska aliansa (odnos; in tudi obravnavanje s prijateljsko podporo ali s preprostim poslušanjem/sočustvovanjem) bolje razlaga učinke kognitivno vedenjske terapije na AVH, kot pa njene specifične tehnike. (Bentall, 2009) Še vedno pa čakamo dokončne, metodološko močne slepe randomizirane študije učinka kognitivno vedenjske terapije na AVH, ki bi lahko ugotavljala potencialne majhne in srednje velike učinke v primerjavi z drugimi nespecifičnimi terapijami. Druga razlaga pomanjkanja dokazov za velike učinke, ki bi bili specifični le za kognitivno vedenjsko teorijo, pa je njeno osredotočanje le na posameznikova prepričanja o glasovih. Kognitivno vedenjska terapija, podobno kot zdravljenje z antipsihotiki, večinoma ne naslavlja glavnih vzrokov za glasove. Psihologija presenetljivo ni ravno gonilna sila vprašanja "zakaj".

Gibanje za slišanje glasov (GSG)

Gibanje za slišanje glasov poudarja povezavo med vsebino glasov in travmatičnimi/emocionalnimi življenjskimi dogodki, ki je sistematično raziskuje z uporabo Matriškega intervjuja (Romme & Escher, 2000). Intervju odkriva potencialne povezave med osebno zgodovino in glasovi s pomočjo raziskovanja lastnosti glasov, njihove vsebine, sprožilcev in njihovega razvoja, kot tudi pomembne življenjske dogodke, ki bi bili lahko povezani z glasovi. Glasove pojmujejo kot nosilce sporočil za slišalca, ki se mora aktivno ukvarjati z glasovi in jih poslušati, da bi lahko razumel emocionalne težave, ki jih prisotnost glasov predstavlja/simbolizira. Tehnika imenovana "dialog z glasovi" pomeni terapevtov pogovor direktno z glasovi tako, da nanje naslavlja vprašanja in nato pozove slišalca naj prenaša njihove odgovore. Pri komunikaciji z glasovi uporabljajo eksplorativne dialoške tehnike z namenom integracije in pomiritve. (npr. Corstens, 2012a). Glas tako lahko sprašujejo o tem, kaj "hoče" in zakaj je tam; pristop, ki ga pogosto uporabljajo terapevti, ki se ukvarjajo z disociativnimi motnjami in je združljiv s prekrivajočimi se koncepti disociacije in psihoze (Moskowitz, 2008).

Do danes še ni bilo resne znanstvene študije, ki bi preučevala pristop GSG. Dokazi za uspeh tega pristopa obstajajo le v osebnih pričevanjih. (npr. Coleman 2011; Dillon 2011), kvazi eksperimentalnih študijah primerov in v kliničnih/osebnih izkušnjah tistih, ki delajo na ta način (npr. Hornstein, 2009).

Resnica, sprava in koristi partnerstva

Kako nam zgoraj zapisano lahko pomaga pri ocenjevanju biološkega modela bolezni in modela semantično smiselne razumevanja? Prvič, zdi se, da zdravila, ki delujejo na dopamin, učinkujejo s pomočjo zmanjševanja čustvenega vpliva glasov (in ne povejo nič o vzročnosti vsebine glasov). To pa vzbudi dvom v interpretacije AVH, ki se fokusirajo na bolezenska nevrološka neravnovesja v možganih, ki naj bi pojavila neodvisno od socialnega konteksta. Drugič, in potencialno delno v

povezavi z osredotočanjem na molekule (biologijo) in ne na pomen (semantiko), obstaja možnost, da antipsihotiki lahko ovirajo okrevanje ali pa so za nekatere ljudi celo škodljivi (Whitaker, 2010). Tretjič, če duševne predstave ali čustva, iz katerih izvirajo kritični, zlonamerni glasovi, ostanejo tudi po tem, ko glasovi postanejo manj izstopajoči in moteči, imajo lahko te predstave vseeno pogubne učinke na delovanje osebe, kar se kaže npr. v nizki samopodobi, disociacijah ali samo-poškodovanju. V tem smislu bi zdravljenje glasov z zdravili ali obravnavanje s kognitivno vedenjsko terapijo, ki glasovom samo vzame njihov vpliv, lahko razumeli le kot utišanje sla/prinašalca sporočil.

Trenutno je glavna prepreka za napredek ravno odsotnost konkretnih, znanstvenih podatkov, s katerimi bi lahko vrednotili trditve GSG o pomenskosti vsebine glasov. Prvo ključno vprašanje za prihodnje raziskave je "Kolikšen del posameznikov sliši glasove s tako vsebino, ki je smiselna v kontekstu njihovih življenj?" Skrbno raziskovanje, ki uporablja orodja kot je Matriški intervju, že poteka, da bi to dognala. (Longden, Corstens, 2012) Za tiste glasove, ki jih bo mogoče razumeti kot semantično smiselne, je ključno naslednje vprašanje, ali lahko posameznikovo raziskovanje vsebine glasu zmanjša družbene in poklicne oviranosti, na ta način, da se izboljša slišalčev odnos z glasovi (ali se le-ti celo razrešijo/odpravijo, odvisno od ciljev slišalcev), ter da se pomaga pri razreševanju potlačenih čustvenih težav; ali pa tako, da se z glasovi povezana čustva neposredno naslovijo.

Previdni moramo biti pri prepričanju, da je pravilen bodisi koncept biološke bolezni bodisi koncept semantične smiselnosti. Oba lahko vsebujeta pomembno resnico, toda vsak v odnosu s specifično podmožico AVH. Glasove, katerih vsebina se kaže kot naključna in biografsko neoprijemljiva, bi bilo mogoče najbolje pojmovati in zdraviti znotraj okvira biološke bolezni. Glasove, ki se zdijo povezani z življenjskimi dogodki in ki prenašajo smiselna sporočila, pa bi bilo bolje interpretirati in obravnavati na psihološki ravni v okviru, ki ga predlaga GSG, ter ga po potrebi dopolnjevati z antipsihotiki. Pravilna opredelitev pomena določenega glasu je torej odločilna. Kot je napisal Sveti Pavel: "Če torej ne vem, kaj glas pomeni, bom za tistega, ki govori, tujec, in tisti, ki govori, bo zame tujec." (1 Korinčanom 14:11)

Namesto tega, da vidimo te modele kot da se vsak nanaša na določeno področje, se raje vprašajmo, kako lahko dosežemo spravo med obema pristopoma. Semantično smiselni pristopi lahko dopolnijo biološko razumevanje s preučevanjem tega, kako emocionalni/travmatični življenjski dogodki lahko povzročijo nevrološke spremembe, ki so povezane s slišanjem glasov. Povezave med slišanjem glasov in življenjskimi stiskami so dobro znane (npr. Longden, Madill in drugi, 2012). Prepoznali po so tudi podobnosti med razvojnimi učinki travme/stresa in nevrološkimi spremembami, ki so očitne pri osebah z diagnozo shizofrenije. (Read, 2012) Nasprotno pa lahko biologija dopolni model semantične smiselnosti z proučevanjem vprašanja, ali genetske razlike pojasnijo, zakaj nekateri ljudje izkusijo travmo in ne razvijejo glasov, medtem ko drugi jih.

Biološki pristopi lahko tudi dopolnijo ali izpodbijajo prvoosebne izpovedi na podlagi raziskovanja nevronske aktivacije pred in med slišanjem glasov in na osnovi tega s sklepanjem o kognitivnih procesih, ki se dogajajo med AVH. Na primer, aktivnost parahipokampusu tik pred AVH (Diederer in drugi, 2010), podpira trditev, da so vpleteni tudi spominski procesi. Ta trditev so podkrepili tudi z največjo študijo fenomenologije AVH (McCarthy-Jones in drugi, 2012). Konec koncev, če bi vključili tako prvoosebno fenomenološko perspektivo kot tudi nevrološki pristop, bi lahko bolje določili vlogo in pomen različnih izkušenj slišanja glasov.

Napredek raziskav in oblik obravnave

Predlogi GSG in pomanjkanje dokazov za specifičnost kognitivno vedenjske terapije za AVH nakazujejo, da bi morali pristopi KVT vključevati več kot le klientovo spreminjanje prepričanj o glasovih. Med strokovnjaki kognitivno vedenjske terapije za psihoze že obstaja strinjanje o tem, da

"bi morali terapevti delati neposredno z vsebino glasov, da bi lahko odkrili njihov odnos z življenjskimi izkušnjami in prepričanji posameznikov o sebi." (Morrison&Barratt, 2010, str. 139) Mogoče kognitivno vedenjska terapija potrebuje prej kvantitativno spremembo kot kvalitativno, v tem smislu, da se bolj osredotoči na element terapije. Poskusi s kognitivno vedenjske terapije, ki bi poudarili ta terapevtski element v nasprotju s preprostim spreminjanjem prepričanj, bi bili lahko v pomoč njeni specifičnosti. Ta sprememba bi pomenila nadaljevanje vpliva GSG na kognitivno vedenjsko terapijo, ne pa začetka tega vpliva, saj je precej psihologov, ki so bili pionirji na področju uporabe KVT za slišanja glasov že razvilo konstruktivna partnerstva z nosilci angleškega GSG v devetdesetih letih. Učinek njihovega vpliva je viden tudi pri razvoju drugih terapevtskih tehnik kot je npr. »terapija vzpostavljanja odnosov« (ang. relating therapy), ki vključuje izboljšanje vzajemnosti in dinamike moči v odnosu med slišalcem in glasom (Chin in drugi, 2009).

Poudarek, ki ga GSG daje povezavi med bolečimi življenjskimi dogodki in slišanjem glasov, že pomaga pri odpravi odporov, ki se pojavljajo pri nudenju terapije travme za slišalce z diagnozami psihoze. Obstaja namreč vedno več dokazov, ki nakazujejo, da take metode lahko pomagajo ljudem pri razumevanju, interpretaciji in premagovanju njihove stiske. (Longden, Madill in drugi, 2012) Čustvi povezani s travmo, kot sta krivda in sram, sta v središču pri mnogih primerih slišanja glasov (McCarthy-Jones, 2012), in ju lahko obravnavamo s "treninjom sočutnega uma" (compassionate mind training; CMT) za slišalce glasov (Mayhew & Gilbert, 2008). Obe metodi, CMT in učinkovitost pristopa prijateljskega druženja (Shawyer in drugi, 2012), poudarjata, da sta ljubezen in navezanost osrednjega pomena. (McCarthy-Jones & Davidson, 2012)

Vključevanje slišalcev kot aktivnih partnerjev v načrtovanje raziskav bi lahko izboljšalo prihodnja raiskovalna prizadevanja. Idealno bi to zajemalo oblikovanje hipotez in vprašanj, ki bi jih slišalci prepoznali kot relevantna za njihovo vsakdanje življenje ter jačanje prizadevanj za vrednotenje intervenc glede na kriterije, ki bi jih določili uporabniki. Kazalniki zdravja, razviti na podlagi partnerstva z uporabniki storitev, bi bili dobrodošla pridobitev na tem področju.

Razširjanje psihologije

Naposled je vredno razmisliti, kaj slišanje glasov ponuja psihologiji. Slišanje glasov zajema proces "Drugega", ki se dinamično povezuje z "Sebstvom." (Moskowitz & Corstens, 2007) Zaradi tega spodbuja nastanek bogate palete domnev, vključno s konceptom glasov kot disociiranih reprezentacij sebe, ali odnosov sebe in drugih, ki so bili, verjetno zaradi izpostavljenosti stresu, odcepljeni in potlačeni. (Longden, Madill in drugi, 2012) Nagnjenje glasov, da zavzamejo drugačne perspektive od slišalca (npr. govorijo o njem v tretji osebi) zastavlja vprašanja o tem, kako so predstave o sebi nastale in kako so shranjene. To podpira tudi koncept sebstva (Hermans, 2001) in koncept notranjega govora (FERNYHOUGH, 2004) kot tudi dialoška pojmovanja. Samo po sebi, slišanje glasov – dobesedno - govori v prid filozofske ideje o so-zavesti in človeški osebnosti kot fluidni ne-enotni entiteti. Obenem pa je lahko tudi plodna podlaga za izboljšanje psiholoških razumevanj narave sebstva.

Politično se GSG samo-opredeljuje kot gibanje za človekove pravice, ki se zavzema za spoštovanje, dostojanstvo, državljanstvo in vključenost svojih članov ter uporablja kolektivne proteste in razpravo, da bi izzval uveljavljeni sistem. Kot pri drugih gibanjih reformativnega aktivizma cilja na spreminjanje izkušnje preganjane manjšine v izkušnjo solidarnosti in kolektivne krepitev moči; v resnično obliko družbene in psihiatrične revolucije. (Longden in drugi, 2013) To se sklada z drugimi pristopi, ki ne popuščajo poskusom, ki bolečino in trpljenje opredelili kot bolezenske simptome. S tem namreč odvrtačo pozornost od škodljivih družbenih sistemov in jo preusmerjajo na patologijo posameznika. (Npr. Herman, 1992) To je izziv za psihologe, da upoštevajo tudi širši pomen slišanja glasov (McCarthy-Jones, 2012a).

Psihologija lahko slišalcem glasov veliko ponudi in slišanje glasov lahko posledično veliko ponudi psihologiji. Sedaj je čas za skupna delovanje za uresničitev tega obeta.

Viri

- Adams, C.E., Awad, G., Rathbone, J. & Thornley, B. (2007). Chlorpromazine versus placebo for schizophrenia. (2007). Cochrane Database of Systematic Reviews, 2, CD000284.
- Bentall, R.P. (2009). *Doctoring the mind*. New York: New York University Press.
- Berrios, G.E. (2002). *The history of mental symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brunelin, J., Mondino, M., Gassab, L. et al. (2012). Examining transcranial direct-current stimulation (tDCS) as a treatment for hallucinations in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 169, 719–724.
- Chin, J.T., Hayward, M. & Drinnan, A. (2009). 'Relating' to voices. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 1–17.
- Coleman, R. (2011). *Recovery: An alien concept?* Fife: P&P Press.
- Corstens, D., Longden, E. & May, R. (2012a). Talking with voices. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 4(2), 95–104.
- Corstens, D., Longden, E., Rydinger, B. et al. (2012b). Treatment of hallucinations: A comment. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 51(1), 98–102. doi:10.1080/17522439.2012.740069
- Diederer, K.M.J., Neggers, S.F.W., Daalman, K. et al. (2010). Deactivation of the parahippocampal gyrus preceding auditory hallucinations in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 167, 427–435.
- Dillon, J. (2011). The personal is the political. In M. Rapley, J. Moncrieff & J. Dillon (Eds.) *De-medicalizing misery* (pp.141–157). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Fernyhough, C. (2004). Alien voices and inner dialogue: Towards a developmental account of auditory verbal hallucinations. *New Ideas in Psychology*, 22(1), 49–68.
- Garety, P.A., Fowler, D.G., Freeman, D. et al. (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 192, 412–423.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hornstein, G. (2009). *Agnes's jacket: A psychologist's search for the meanings of madness*. New York: Rodale Books.
- Hermans, H.J.M. (2001). The dialogical self: Toward a theory of personal and cultural positioning. *Culture & Psychology*, 7, 243–281.
- Howes, O.D., Shotbolt, P., Bloomfield, M. et al. (in press). Dopaminergic function in the psychosis spectrum: An [18F]-DOPA imaging study in healthy individuals with auditory hallucinations. *Schizophrenia Bulletin*.
- Johnstone, L. (2011). Voice hearers are people with problems, not patients with illnesses. In M. Romme & S. Escher (Eds.) *Psychosis as a personal crisis* (pp.27–36). London: Routledge.
- Kapur, S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 13–23.
- Lepping, P., Sambhi, R.S., Whittington, R. et al. (2011). Clinical relevance of findings in trials of antipsychotics: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 198(5), 341–345.
- Longden, E., Corstens, D. & Dillon, J. (2013). Recovery, discovery and revolution: The work of Intervoice and the hearing voices movement. In S. Coles, S. Keenan & B. Diamond (Eds.) *Madness contested: Power and practice* (pp.161–180). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Longden, E., Corstens, D., Escher, S. & Romme, M. (2012). Voice hearing in biographical context. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*. 4(3), 224–234.
- Longden, E. & Dillon, J. (2013). The hearing voices movement. In J. Cromby, D. Harper & P. Reavey (Eds.) *Psychology, mental health and distress* (pp.151–156). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Longden, E., Madill, A. & Waterman, M. G. (2012). Dissociation, trauma, and the role of lived experience. *Psychological Bulletin*, 138(1) 28–76.
- Mayhew, S.L. & Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 113–138.
- McCarthy-Jones, S. (2012a). *Hearing voices: The histories, causes and meanings of auditory verbal hallucinations*. Cambridge: Cambridge University Press.

- McCarthy-Jones, S. (2012b). Taking back the brain: Could neurofeedback training be effective for relieving distressing auditory verbal hallucinations? *Schizophrenia Bulletin*, 38, 678–682.
- McCarthy-Jones, S. & Davidson, L. (2012). When soft voices die: Auditory verbal hallucinations and a four letter word (love). *Mental Health, Religion and Culture*. Advance online publication. doi:10.1080/13674676.2012.674498
- McCarthy-Jones, S., Trauer, T., Mackinnon, A. et al. (2012). A new phenomenological survey of auditory hallucinations. *Schizophrenia Bulletin*. Advance online publication. doi:10.1093/schbul/sbs156
- McLeod, T., Morris, M., Birchwood, M. & Dovey, A. (2007). Cognitive behavioural therapy group work with voice hearers. Part 2. *British Journal of Nursing*, 16, 292–295.
- Morrison, A.P. & Barratt, S. (2010). What are the components of CBT for psychosis? A Delphi study. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 136–142.
- Moskowitz, A. & Corstens, D. (2007). Auditory hallucinations. *Journal of Psychological Trauma*, 6(2/3), 35–63.
- Moskowitz, A., Schäfer, I. & Dorahy, M.J. (Eds.) (2008). *Psychosis, trauma and dissociation*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Penn, D.L., Meyer, P.S., Evans, E. et al. (2009). A randomized controlled trial of group cognitive-behavioral therapy vs. enhanced supportive therapy for auditory hallucinations. *Schizophrenia Research*, 109(1–3), 52–59.
- Peters, E.R., Williams, S.L., Cooke, M.A. & Kuipers, E. (2012). It's not what you hear, it's the way you think about it. *Psychological Medicine*, 42, 1507–1514.
- Rattehalli, R.D., Jayaram, M.B. & Smith, M. (2010). Risperidone versus placebo for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 20, CD006918.
- Read, J., Perry, B.D., Moskowitz, A. & Connolly, J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients. *Psychiatry*, 64(4), 319–345.
- Romme, M. & Escher, S. (2000). *Making sense of voices*. London: Mind.
- Romme, M., Escher, S., Dillon, J. et al. (2009). *Living with voices: 50 stories of recovery*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Shawyer, F., Farhall, J., Mackinnon, A. et al. (2012). A randomised controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behavior Research & Therapy*, 50, 110–121.
- Slotema, C.W., Aleman, A., Daskalakis, Z.J. & Sommer, I.E. (2012). Meta-analysis of repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of auditory verbal hallucinations. *Schizophrenia Research*, 142, 40–45.
- Sommer, I.E.C., Slotema, C.W., Daskalakis, Z.J. et al. (2012). The treatment of hallucinations in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 704–714.
- Stephane, M., Thuras, P., Nasrallah, H. & Georgopoulos, A.P. (2003). The internal structure of the phenomenology of auditory verbal hallucinations. *Schizophrenia Research*, 61(2–3), 185–193.
- Trower, P., Birchwood, M., Meaden, A. et al. (2004). Cognitive therapy for command hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 184(4), 312–320.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. New York: Crown.
- Whitford, T.J., Ford, J.M., Mathalon, D.H. et al. (2012). Schizophrenia, myelination, and delayed corollary discharges. *Schizophrenia Bulletin*, 38(3), 486–494.

Prevedla Vanina Urh

Izvorno objavljeno v The Psychologist, vol. 26, no. 8, s. 570-574, avg. 2013.