

توهم شنوایی

محمد رضا رجبی *

توهم

از نظر پدیده شناسی، توهمات بارزترین نوع دریافت غلط هستند. در اینجا به چهار تعریف از توهم می‌پردازیم:

۱) دریافت کردن بدون آنکه موضوعی در کار باشد. (اسکوئیروول، ۱۸۳۸)

۲) توهمات شایان (hallucination proper) دریافت‌های غلطی هستند که به هیچ‌وجه تحریف دریافت‌های واقعی نبوده، ولی خود را به صورت موضوع کاملاً جدیدی نشان می‌دهند و همزمان با دریافت‌های واقعی و در کنار آن اتفاق می‌افتند. (یاسپرس، ۱۹۶۲)

۳) توهم یک دریافت برون‌تنی بوده که مطابق با یک موضوع واقعی نیست. (اسماتیز، ۱۹۵۶)

۴) از نظر اسلید (۱۹۷۶) سه ملاک برای تعریف عملیاتی توهم لازم است:

الف) تجربه‌ای شبیه دریافت در غیاب یک محرک خارجی.

ب) تجربه‌ای شبیه دریافت که کاملاً بدون میل فرد و خودبه‌خود اتفاق افتاده و براحتی توسط دریافت کننده قابل کنترل نیست.

ساده‌ترین حقیقت موجود درباره توهم آن است که اغلب فهم آن بسیار دشوار می‌باشد، یعنی چیزی را که پزشک یک توهم می‌خواند، بیمار یک تجربه حسی بهنجار می‌داند. بنابراین از نظر ذهنی، توهم از یک دریافت بهنجار، غیر قابل تشخیص است. تنها نکته راهنمایی کننده برای بیمار آن است که در سایر حواس هیچ‌گونه شواهد تایید کننده‌ای برای دریافت وجود ندارد. خانمی صدائی را می‌شنید که در مورد کارهایش اظهار نظر می‌کرد: "او به آشپزخانه می‌رود و یک فنجان قهوه می‌نوشد." او نمی‌دانست چطور این صداها را

می‌شنود، ولی بقدری نسبت به واقعی بودن آنها اطمینان داشت که پرده‌ها را می‌کشید و آئینه‌های دیوارها را برمی‌داشت. در ذهن او تعارض‌هایی وجود دارد: او صداهایی را می‌شنود، ولی کسی را نمی‌بیند که صداها مربوط به او باشد. با این وجود، چون دریافت خود را باور دارد، این تعارض‌ها را به صورت معقولی حل می‌کند: کسی باید دستگاهی کار گذاشته باشد یا حس شنوایی مرا تغییر داده باشد." او در مورد این دریافت هیچ مشکلی ندارد.

هرویتس (۱۹۷۵) توهمات را با استفاده از یک رویکرد شناختی بررسی نمود. از نظر وی توهمات، تصاویر ذهنی هستند که دارای خصوصیات زیر می‌باشند:

۱) بصورت تصورات اتفاق می‌افتند.

۲) از منابع درونی اطلاعات سرچشمه می‌گیرند.

۳) بطور غیرمستقیم ارزیابی می‌شوند، بطوریکه به نظر می‌رسد از منابع درونی اطلاعات هستند.

این نظریه یک چهارچوب مفهومی را برای بررسی پدیده توهم فراهم می‌آورد.

تلاشهایی که برای تبیین توهمات بر اساس نوروشیمی و نورویاتولوژی زمینه‌ای صورت گرفته، تا کنون پیشرفت زیادی نداشته است. سعی شده تا مفاهیم آسیب‌پذیری زیستی و عوامل روانشناختی در سبب‌شناسی و جلوه‌های بالینی توهمات با یکدیگر جمع شوند، ولی تحقیقات به عمل آمده مکانیسم واحدی را برای تبیین آنها ارائه نکرده است.

ممکن است توهمات در همان لحظه‌ای که محرک‌های حسی بهنجار دریافت می‌شوند، بوجود آیند. از این نظر، توهمات برعکس رؤیاها هستند که بیشتر مشخصه‌های فریفتارها را دارا می‌باشند. توهمات مانند دریافت‌های بهنجار می‌توانند همزمان یا پشت سرهم دریافت شوند. بنابراین

* کارشناس شنوایی شناسی

* B.Sc. in Audiology

ممکن است بیمار در همان زمانی که مصاحبه کننده را می بیند و به حرفهای او گوش می دهد، صداها را مربوط به توهم را نیز بشنود. توهم شبیه تجربه پس تصویر (after image) یا مشاهده یک موضوع حسی بهنجار است، چون توجه موجب برطرف شدن آن نخواهد شد.

توهمات شنوایی

توهمات می توانند در هر یک از حواس پنجگانه و یا حس یافت جسمی (somatic sensation) دیده شود. توهمات شنوایی از توهمات هستند که بیشترین اهمیت تشخیص را دارا می باشند. در حالات عضوی حاد، توهمات شنوایی معمولاً بصورت اصوات بدون ساختار می باشند (توهمات ابتدائی و بسیط (Elementary Hallucination)).

البته توهمات شنوایی از مشخصات اسکیزوفرنیا بوده، ولی گاهی در سایر بیماریها مانند توهم زدگی مزمن الکلیک (Chronic Alcoholic Hallucinosi) یا روانپرسی های عاطفی نیز دیده می شوند.

گاهی اوقات این صداها واج (phonemes) نامیده می شوند. معمولاً واجها در حالات عضوی، بصورت کلمات ساده یا جملات کوتاه بوده که بصورت دوم شخص با بیمار صحبت می کنند و ممکن است آمرانه و یا توهین آمیز باشند. اینگونه واجهای آمرانه یا توهین آمیز در اسکیزوفرنیا نیز دیده می شوند، اگرچه در این اختلال صحبت های پیچیده تری هم بگوش می رسند، صداها ممکن است واحد یا پنجگانه بوده، صدای مرد یا زن یا هر دو باشد. بیمار منبع این صداها را غریبه یا آشنا تشخیص می دهد. بیمار می داند که صداها از خارج از سر و یا از خود وی می آیند. صداها بصورت واضح، عینی و مشخص بوده و از نظر بیمار یک دریافت بهنجار است که در عین حال ممکن است که نحوه ورود آنها، گجج کننده و غیرقابل درک باشد. مشخصه ویژه اسکیزوفرنیا صداهایی هستند که افکار بیمار را از خارج با صداهای بلند می گویند، در مورد اعمال وی نظر می دهند و یا با یکدیگر شدیداً بحث و مشاجره می کنند. این صداها بیمار را بعنوان سوم شخص مورد خطاب قرار می دهند. توصیف بیماران از واجهایشان بسیار متفاوت است. گاهی بیماران خیلی روشن و واضح در مورد "صداها" صحبت

می کنند. البته گاهی نیز صداهایی را که می شنوند، انکار کرده ولی ادعا می کنند که پیامها و یا اصوات دیگری را که گفته شده می شنوند. لذا تصمیم گیری در مورد اینکه آیا این اصوات یک دریافت بهنجار هستند یا یک توهم شنوایی، بسیار مشکل خواهد بود.

واجها ممکن است بقدری مستمر و پر جاذبه باشند که مصاحبه معمولی با پزشک، برای بیمار خسته کننده و غیر واقعی بنظر برسد. صداها ممکن است پس زمینه مداومی را برای زندگی تشکیل داده و لذا بخش عمده ای از تکلم و رفتار بیمار در پاسخ به صداها و اطاعت از آنها باشد.

پرستاران بخش روانپزشکی اغلب مشاهده می کنند که توهمات شنوایی بیماران، برای آنها بقدری واقعی است که مثل سایر مکالمات بخاطر سپرده می شوند و در نتیجه دریافت های واقعی شنوایی و توهمی، حافظه های را می سازند که مبنای زندگی و رفتار فعلی بیماران را تشکیل می دهند.

توهمات شنوایی وقتی اتفاق می افتد که ترکیبی از تصویرسازی ذهنی روشن و واقعیت سنجی ضعیف در حس شنوایی وجود داشته باشد (اسیلد، ۱۹۷۶). این مسئله با استفاده از آزمون "اثر تغییر شکل کلامی" (verbal transformation effect) مورد بررسی قرار گرفته است. کلمه "TRESS" به صورت ده دقیقه روی یک نوار ضبط صوت برای بیماران تکرار شد. پس از مدتی کلمات و هجاهای دیگر پخش شد. افراد بهنجار و بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا که توهم شنوایی نداشتند، معمولاً کلماتی را می شنیدند که از لحاظ آوایی با کلمه اصلی ارتباط داشت، ولی بیماران روانپرسی که توهم شنوایی داشتند، کلماتی را که از لحاظ آوایی کاملاً با کلمات فوق تفاوت داشتند، به همان میزان کلمات هم آوا می شنیدند. تفاوت بین این گروه و دو گروه دیگر معنی دار بود. بنظر می رسد که توهمات شنوایی به معنی دار بودن درون داد حسی بستگی داشته باشد.

وقتی انواع مختلف درون دادهای شنوایی را برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا که توهم دارند، ارائه کنیم، متوجه می شویم که میزان تحریک خارجی در کاهش توهمات نقش چندانی نداشته، بلکه آنچه که اهمیت دارد، ماهیت محرک و میزان مورد توجه قرار گرفتن آن می باشد. وقتی مطالب را بطور فعال پی گیری کرده و از بیمار می خواهیم تا یک

عبارت نثر را با صدای بلند بخواند و محتوای پس از آن را حدس بزند، نسبت به وقتی که صداها را از طریق گوشی پخش می‌کنیم، کاهش بیشتری در تجربه توهم بوجود می‌آید. (مارگو و همکاران، ۱۹۸۱)

مورلی (۱۹۸۷) روان‌درمانی مرد سی ساله‌ای را گزارش کرد که توهم شنوایی داشت. وی با منحرف کردن حواس بیمار بوسیله موزیکی که از یک ضبط صوت پرتابل پخش می‌شد موفق شد کاهش زودگذری را در فراوانی و وضوح توهمات بوجود آورد. بعداً با قرار دادن موم در یک گوش بیمار، این توهمات کاملاً از بین رفتند. بنابراین "توجه" مؤثرتر از منحرف کردن حواس است. بیمار معتقد بود توهم در حدود یک فوتی گوش راست او بوده و گذاشتن موم فقط در گوش راست مؤثر واقع می‌شود. توهمات شنوایی در اسکیزوفرنیا معمولاً در موارد حوادث خصوصی بوده، ولی برخی از نویسندگان قدیمی متوجه این نکته شدند که توهمات با محتوای صداهایی که در همان زمان شنیده می‌شوند، ارتباط دارند. گاهی افراد بهنجار افکار خود را بصورت خیلی آهسته به زبان می‌آورند که معادل روانپیشی این حالت آن است که گاهی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا توهمات خود را در همان زمانی که آنها را می‌شنوند، به زبان می‌آورند.

گرین و پریستون (۱۹۸۱) با استفاده از بازخورد شنوایی، قابلیت شنیدن نجوای این بیماران را به سطح قابل فهمی افزایش داد و متوجه شدند که باید ارتباط بیشتری بین نجوای بهنجار و توهمات وجود داشته باشد. بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا که توهمات شنوایی دارند، در فراگشت شناختی جنبه‌های ابهام و در دسترس بودن معانی دیگر اشکال دارند. برای بررسی تحمل ابهام از بیمار می‌خواهند تا کلمه‌ای را که با سروصدای پنهان افرادی که در حال خواندن چیزی هستند، مبهم شده است تشخیص دهند. معانی دیگری، دانش بیماری را در مورد آن دسته از معنای کلمات که آشنایی کمتری نسبت به آنها وجود دارد، بررسی می‌کند. این دو فراگرد کیفیت دریافت را کاهش داده و موجب توهم می‌شوند و این کار را با وارد کردن خطاهای ناشی از قضاوت عجولانه بدون حفاظت از گزینه‌های دیگری که بعداً در نظر گرفته می‌شود، انجام می‌دهند.

در روانپیشی انگلستان، تشخیص بالینی اسکیزوفرنیا بیشتر بر اساس فهرست تجربه علائم درجه اول صورت می‌گیرد. ثابت شده است که این علائم در فرهنگهای دیگر نیز مفید هستند. علامتی که درجه اول محسوب می‌شود باید دارای مشخصه‌های زیر باشد:

- ۱- با فراوانی قابل قبولی در اسکیزوفرنیا دیده شود.
- ۲- عموماً در شرایط دیگری غیر از اسکیزوفرنیا دیده نشود.
- ۳- تصمیم‌گیری درباره وجود یا عدم وجود علامت خیلی سخت نباشد.

بعضی از توهمات شنوایی "علائم درجه اول اسکیزوفرنیا" محسوب می‌شوند (اشنایدر، ۱۹۵۹).

این موارد عبارتند از:

الف) افکار قابل شنیدن.

ب) شنیدن صداهایی که با هم بحث و مشاجره می‌کنند.

ج) صداهایی که در مورد رفتار بیمار نظر می‌دهند.

هر کدام از این سه آشفتگی تداخل عظیم و گسترده‌ای را در مرزهای تصویر خود و تمیز آنچه که "من" هستم و آنچه که "من" نیستم نشان می‌دهد. (سیمز، ۱۹۹۱)

مکانیسم‌هایی که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن برای مقابله با توهمات شنوایی مستمر خود مورد استفاده قرار می‌دهند، توسط فالون و تالبوت (۱۹۸۱) شرح داده شد. راههای مقابله با این صداهای مزاحم می‌تواند بصورت تغییر در رفتار، تغییر در حالات حسی/عاطفی و تغییر در شناخت، طبقه‌بندی شود. تغییرات رفتاری شامل تغییر در وضعیت بدن مثل دراز کشیدن و یا گفتگو با دیگران است.

برانگیزش فیزیولوژیک برای مقابله با توهمات دچار تغییراتی شده که شامل آرام سازی (relaxation) یا تمرینات جسمانی مثل آهسته دویدن است. روشهای شناختی مانند کنترل توجه یا بازداری فعال توهمات می‌باشند. این محققین معتقدند که استفاده از استراتژی‌هایی که بیماران بکار می‌برند، می‌تواند در کنترل این علائم ناراحت کننده مفید واقع شود.

در افکار قابل شنیدن بیمار افکار خود را با صدای بلند می‌شنود. بیمار ممکن است بشنود که مردم افکارش را درست قبل از اینکه به آنها فکر کند، از خارج با صدای بلند

تکرار کرده و به افکارش پاسخ می‌دهند، در مورد آنها با صدایی که قابل شنیدن است، صحبت می‌کنند و یا افکار وی را با صدای بلند می‌گویند، بطوریکه در حقیقت این افکار، تکرار آن صداها می‌باشند.

بیمار اغلب از ورود نابهنگام این صداها به خلوت خویش آشفته شده و از اینکه نمی‌تواند کنترل خود را بر هیچ قسمتی از وجود خویش، حتی افکارش حفظ نماید، نگران می‌شود:

“نقاش ۳۵ ساله‌ای، صدای آرامی را شنید که لهجه آن متعلق به آکسفورد بود، او این صداها را به بی‌بی‌سی نسبت می‌داد، تن صدا کمی پایین‌تر از مکالمه طبیعی بود و با هر دو گوش به خوبی شنیده می‌شد. وی توانست منبع آنرا در زانده ماستوئید راست تعیین کند. صدا می‌گفت: من نمی‌توانم آن مرد را به مقامی برسانم، آنطوری که او دستش را نگه می‌دارد، شبیه یک آدم بد به نظر می‌رسد...”. وی بلافاصله هر چه را که صدا می‌گفت به عنوان افکار خود تجربه می‌کرد. وقتی روزنامه می‌خواند، هر چیزی را که چشمش به آن می‌افتاد، آن صدا به صورت بلند بیان می‌کرد. او فرصت نداشت تا در مورد مطالبی که می‌خواند قبل از اینکه با صدای بلند گفته شود فکر کند.” (ملور، ۱۹۷۰)

شنیدن صداهایی که با هم بحث می‌کنند، شامل دو یا چند صدای توهمی بوده که با یکدیگر نزاع و یا مشاجره می‌نمایند. بیمار معمولاً در محتوای این صداها، سوم شخص مفرد است. احتمالاً این علامت خود بخود به این شکل ظاهر نمی‌شود، زیرا بیمار بطور مستقیم نمی‌گوید، من صداها را می‌شنوم که با هم بحث و مشاجره می‌کنند. “مرد ۲۴ ساله‌ای می‌گفت صداهایی را می‌شنود که از دفتر پرستاری می‌آید. صدایی که تن بالایی داشت و بصورت ناهنجاری حرف می‌زد، مکرراً می‌گفت: جی‌تی، یک پارادوکس خونخوار است و صدای دیگری که تن بالایی داشت، می‌گفت: همینطور است او باید زندانی شود. گهگاه صدای زنی این صحبتها را قطع کرده، به گوش می‌رسید که می‌گفت: اینطور نیست او یک مرد دوست داشتنی است.” (ملور، ۱۹۷۰)

صداها توهمی که پی در پی در مورد اعمال بیمار نظر می‌دهند، از علائم درجه اول بشمار می‌روند و ترتیب زمانی این صداها ممکن است درست قبل، در طی و یا پس از

فعالتهای بیمار باشد. این علامت نیز خودبخود ظاهر نمی‌شود، ولی می‌توان آنرا از شکایت بیمار استنباط کرد. مساله غیر طبیعی در مورد این صداها آنست که بیمار آنها را بعنوان دریافت، تجربه کرده و منشاء آنها را در خارج از خود می‌داند. بسیاری از افراد بهنجار افکاری دارند که در مورد اعمالشان نظر می‌دهند، ولی آنها را از خود می‌دانند.

توهمات موسیقایی

یکی از انواع توهمات شنوایی توهمات موسیقایی هستند. اصطلاح “توهمات موسیقایی” بیان کننده عارضه کلینیکی شنیدن آوازا و آهنگهایی است که بطور مناسب با محرک خارجی رابطه ندارد. این نوع توهمات شنوایی اغلب کمتر از انواع دیگر توهمات شنوایی و وزوز گزارش می‌شوند. آنها در حالتهای مختلف و متنوعی از قبیل بیماریهای گوش، بیماریهای عصبی، پاتولوژیهای روانشناسی و در موارد و حالتهای سمی (مسمومیتها) مشاهده می‌شوند و وابسته به اتیولوژی آن ممکن است حاد یا تدریجی باشد.

توهمات موسیقایی بندرت و معمولاً در خانمها دیده می‌شود و شروع آن اغلب با پاتولوژیهای گوش و بطور ویژه با کم شنوایی در ارتباط است. دانشمندان دریافته‌اند که بیماریهای روانی و فاکتورهای شخصیتی در توهمات موسیقایی اهمیت ندارند و اختلالات روانی و اثرات شخصیتی کمترین نقش را در پیشرفت و توسعه آنها ایفا می‌کنند. بیشتر یافته‌ها بیان می‌کند که توهمات موسیقایی بیشتر از معمول در خانمهای مسن که تبلا به کاهش شنوایی، و بیماریهای مغزی هستند بروز می‌نماید، بدون اینکه تاریخچه‌ای از بیماریهای روانی در فرد وجود داشته باشد.

در واقع یک عملکرد تشخیصی بر این مبنا استوار است که می‌توان بطور صحیح وجود یک ضایعه مغزی (۸۹٪) را پیشگویی کرد. هر چند که بنظر می‌رسد سن فاکتور مهمی باشد نمونه‌های خانمهای جوان نیز در گزارشهایی که بوسیله prefield و pelot ارائه شده یافت می‌شود.

در خصوص متغیرهای غیر مستقیم دلیل و مدرکی دال بر اینکه صرع، کاهش شنوایی، وزوز و تومورهای مغزی در

زنان شایع‌تر باشند وجود ندارد و توهّمات شنوایی در زنان مبتلا به اسکیزوفرنیا در هر سنی تفاوت نمی‌کند.

از سوی دیگر غلبه فراوانی زنان در یک گروه پیرتر و مسن‌تر با توهم بینایی گزارش شده است، بنابراین زنان توهّمات مرتبط باحالات عضوی را بیشتر از مردان تجربه می‌کنند. (توهّمات مرتبط باحالات عضوی در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است). برخی یافته‌ها وجود نمایی از کاهش شنوایی، بیماریهای گوش، سن و بیماریهای مغزی را به عنوان فاکتورهای مهم در اتیولوژی تایید می‌کنند.

در سال ۱۹۹۱ دکتر Fisman دو مورد توهم شنوایی موسیقایی که غیر معمول بود گزارش نمود که در مورد اول توهّمات شنوایی بوسیله تجویز بنزودیازپین (Benzodiazepin) برطرف گردیده است و در مورد دوم علائمی شبیه توهّمات بینایی (Charles Bonnet Syndrome) بیان شده است. در اینجا به شرح مختصری از این دو مورد می‌پردازیم:

بیمار اول خانم ۶۵ ساله‌ای است که توهّمات شنوایی او از حدود ۸ ماه قبل شروع شده است. صداهایی که او می‌شنود شامل صدای تلفن، صدای سیرن، صوت کشیدن و زمزمه کردن می‌باشد. توهّمات مربوط به گوش چپ بوده و دربرگیرنده فرمهای مختلف آوازهای متداول و سرودها می‌باشد. در سؤالات جزئی‌تر دلیل و مدرکی مبنی بر وجود توهّمات دیگر یافت نشد. در مصاحبه بالینی بسیار هوشیار بود و از محیط اطراف آگاهی کامل داشت و مدارک بالینی مبنی بر دیوانگی و جنون در وی وجود نداشت. توهّمات شنوایی با هایپراکویزیس مرتبط بود و باعث می‌شد که فرد از قرارگیری در معرض صداهای بلند اجتناب کند. در هنگام مصاحبه بالینی بیمار هیجان زده بنظر می‌رسید و علائم افسردگی مثل بی‌اشتهایی، کاهش وزن و بی‌خوابی وجود داشت. مدرکی منوط به اینکه در این فرد بیماری روانی یا اختلال شخصیتی وجود دارد بدست نیامد.

آزمایشات گوش و حلق و بینی یک کاهش شنوایی حسی عصبی متوسط (moderate SNHL) در گوش چپ و یک کاهش شنوایی حسی عصبی ملایم (mild SNHL) در گوش راست را نشان می‌داد. بیمار در زمان مراجعه مصرف Temazepam را قطع کرده بود و دوز Lorazepam را

کاهش داده بود او فهمید که این کار از شدت توهّمات شنوایی‌اش کاسته می‌شود. او تشویق به قطع Lorazepam شد و داروی خواب آور جایگزین آن گردید. سپس توهّمات شنوایی قطع شد اما یک نویز غرشی در گوش چپ برای او ایجاد مزاحمت می‌کرد که بوسیله دوز پایین Perphenazine کنترل شد. وزوز و هایپراکویزیس در گوش چپ ادامه داشت اما حالا شدت صداهای کمتر و ملایم تر و قابل تحمل تر از قبل شده بود.

بیمار دوم خانم ۸۷ ساله‌ای است که بنظر می‌رسد بر حسب تقاضای پزشک خانوادگی خود به کلینیک مراجعه کرده است زیرا در مشاوره پزشکی از صدای موسیقی که شبها می‌شنید ابراز ناراحتی کرده است. در مصاحبه بالینی بیمار بسیار بشاش، پر حرف و امیدوار بنظر می‌رسید.

بیمار ابراز می‌کند که شنوایی‌اش را در گوش راست بعد از ضربه به سر در دوران کودکی از دست داده است و از حدود ۳ ماه پیش آوازهایی را در همان گوش مبتلا به کم شنوایی احساس می‌کند، بخصوص اینکه از سال گذشته در هنگام غروب آوازاها و سرودها را بیشتر می‌شنود. آوازاها معمولاً از نوعی بودند که در دوران کودکی بسیار به آنها علاقمند بوده است. توهّمات دیگری در وی وجود نداشت و دلیل و مدرکی دال بر افسردگی نیز بدست نیامد. در ارزیابی حالات روانی، فرد بسیار هوشمند بنظر می‌رسید و نسبت به محیط افراد آگاهی خوبی داشت و درمان خاصی برای او اعمال نمی‌شد.

نتایج

یافته‌های این دو بیمار شباهت زیادی با موارد گزارش شده قبلی توهّمات موسیقایی دارد. در واقع حالت غیر معمول و غیرعادی در مورد اول است که شروع و توقف توهّمات موسیقایی با شروع و توقف بنزودیازپین ارتباط دارد.

توهّمات موسیقایی معمولاً با قطع بنزودیازپین بیشتر ارتباط دارد تا با مصرف آن و بیشتر در ارتباط با اثر سمی داروهای سالیسیلات و توهم‌های الکی توصیف می‌شوند.

در واقع این اولین باری است که در مقالات بنزودیازپین به عنوان یک متوقف کننده توهّمات شنوایی (موسیقایی)

توصیف می شود. سایر علائم مرتبط با سیستم شنوایی در این بیماران وزوز و هایپراکیوزیس بود. این علائم در حین توقف بنزودیازپین بطور معمول مشاهده شدند. در بیمار مورد اول وزوز پیش از مصرف بنزودیازپین وجود داشته و هایپراکیوزیس با توقف توهم شنوایی بوسیله لورازپام و تمازیپام مرتبط بود.

در بیمار دوم توهمات شنوایی به سمت گوش کم شنوا جهت یابی می شود. کم شنوایی در این گوش ۸۰ سال پیش بوجود آمده و پیشرفت نموده بود. علائم بیمار نشان می دهد که وی از سندرم چارلزبونت (Charles Bonnet Syndrome)، توهم شنوایی و پاتولوژی شنوایی بجای توهم بینایی و پاتولوژی بینایی رنج می برد. در سندرم چارلزبونت توهمات بینایی در بیماران پیرتری که از ترکیبی از بیماریهای چشمی و mild cognitive impairment رنج می برند اتفاق می افتد، در این بیماران عارضه توهم با انزوا و محرومیت اجتماعی مرتبط است.

محققین با علل آناتومیکی که بوجود آورنده توهمات موسیقایی باشد مخالفند. برخی بر روی بیماریهای که انتهای عضو حسی را درگیر می کنند تأکید دارند و برخی هم عدم

منابع :

عملکرد مرکزی یا ترکیبی از عدم عملکرد مرکزی و محیطی را ثابت کرده اند. در دو بیمار فوق اتولوژی وجود دارد بعلاوه اینکه سی تی اسکن یک بیمار و یافته های کلینیکی بیمار دیگر نشان دهنده یک درگیری سیستم عصبی مرکزی می باشد.

ظهور توهمات موسیقایی بعنوان یکی از فاکتورهایی تعیین می شود که بعضی اوقات با حالتهای روانی دیگر ارتباط دارد اما بیشتر با تغییرات ارگانی در سیستم عصبی مرکزی و محیطی ارتباط دارد.

استفاده صحیح و عاقلانه از فنوتیازین می تواند در درمان موثر باشد و در این موارد مفید است. بین این بیماران و بیماران اسکیزوفرنیا تشخیص افتراقی وجود دارد و خطر عدم تشخیص این بیماران بسیار بالا است و درمانهای نامناسب برای این موارد انجام می شود، بنابراین تمیز و تشخیص این موارد مهم است؛ زیرا تستهای مناسب و درمان آنها متفاوت است.

۱- سیمز، آ. ۱۳۷۸. علائم در ذهن. ترجمه الف. شاهسوند، ف. فتحعلی لوسانی. چاپ اول. نشر چاهمه. ۱۲۱-۱۱۵.

۲- سیمز، آ. ۱۳۷۸. علائم در ذهن. ترجمه الف. شاهسوند، ف. فتحعلی لوسانی. چاپ اول. نشر چاهمه. ۲۰۰-۱۶۹.

3- Berrios, G.E. 1990. Musical Hallucination: A Historical and clinical study. Brit J Psychiat; 156:188-194.

4- Berrios, G.E. 1991. Musical Hallucination: A Statistical analysis of 46 cases. Psychopathology; 24:356-360.

5- Eastwood, M.R. et al., 1985. Acquired hearing loss and psychiatric illness. Brit J Psychiat; 147:552-556.

6- Fenton, G.W. McRae D.A. 1989. Musical hallucination in deaf elderly women. Brit J Psychiat. 155 :401-403.

7- Fisman, M.B. 1991. Musical Hallucination: Report of two unusual cases. Can J Psychiat; 36: 608-611.

8- Khan, A.M. Clark, T. Oyeboode, F. 1988. Unilateral auditory hallucination. Brit Pschiat; 152:297-298.