

Verbaaliset kuulohallusinaatiot: psykoosi vai dissosiaatio?

Psykiatrian oppiaine ja Tyks Psykiatria
Syventävien opintojen kirjallinen työ

Laatija:
Tuomas Rytinki

Ohjaajat
Työelämäprofessori Hannu Lauerma
Professori Jarmo Hietala

4.1.2023
Turku

Lisensiaatintutkielma

Oppiaine: Psykiatria

Tekijä: Tuomas Rytinki

Otsikko: Verbaaliset kuulohallusinaatiot: psykoosi vai dissosiaatio?

Ohjaajat: Työelämäprofessori Hannu Lauerma ja professori Jarmo Hietala

Sivumäärä: 29 sivua

Päivämäärä: 4.1.2023

Verbaalisia kuulohallusinaatioita esiintyy oireena psykoosisairauksissa ja dissosiativissa häiriöissä sekä monissa neurologisissa ja elimellisissä tiloissa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella verbaalisten kuulohallusinaatioiden ominaisuuksia, niiden esiintymistä psykoosisairauksissa ja dissosiativisissa häiriöissä sekä tarkastella verbaalisten kuulohallusinaatioiden erotusdiagnostiikkaa näissä tiloissa.

Tämä opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, jonka tietokantalähteinä on käytetty pääasiassa PubMed-, PsycINFO- ja Medic-tietokantoja. Lisäksi lähteenä on käytetty Suomen Lääkärilehdessä ja Duodecim-lehdessä julkaistuja suomenkielisiä artikkeleja sekä suomalaista Käypä Hoito -suositusta. Tarkasteltu kirjallisuus sisältää tutkimusartikkeleja, katsausartikkeleja, systemaattisia katsauksia sekä meta-analyysyjä. Katsauksessa tarkastellaan aluksi verbaalisten kuulohallusinaatioiden määritelmää, luokittelua ja selitysmalleja. Tämän jälkeen käsitellään verbaalisten kuulohallusinaatioiden ominaisuuksia sekä eroavaisuuksia skitsofreniassa ja dissosiativisessa identiteettihäiriössä. Lopuksi käsitellään verbaalisten kuulohallusinaatioiden hoidollisia näkökulmia.

Tarkastelun tuloksena verbaalisten kuulohallusinaatioiden ominaisuudet eivät pääosin eroa toisistaan skitsofreniapotilaiden ja dissosiativista identiteettihäiriötä (DID) sairastavien potilaiden välillä tehdyissä tutkimuksissa. Ainoina eroina todettiin äänen myöhäisempi alkamisikä skitsofreniapotilailla sekä lapsiänten suurempi esiintyvyys DID-potilailla. Verbaalisten kuulohallusinaatioiden ominaisuuksien tarkastelun hyöty ei ole ensisijaisesti erotusdiagnostinen, mutta ominaisuuksilla voi olla hoidollista merkitystä.

Avainsanat: psykoosi, dissosiaatio, verbaalinen kuulohallusinaatio

Sisällysluettelo

1	Johdanto	4
2	Verbaaliset kuulohallusinaatiot, psykoosi ja dissosiaatio ilmiöinä	6
2.1	Verbaaliset kuulohallusinaatiot	6
2.1.1	Hallusinaation määritelmä	6
2.1.2	Kuulohallusinaatioiden luokittelu	7
2.1.3	Kuulohallusinaatioiden patofysiologia	8
2.1.4	Neurobiologisia selitysmalleja	9
2.2	Psykoosi ja psykoosisairaudet	11
2.2.1	Määritelmä	11
2.2.2	Skitsofrenia ja muut psykoosisairaudet	11
2.3	Dissosiaatio ja dissosiaatiohäiriöt	13
2.3.1	Määritelmä	13
2.3.2	Dissosiaatiohäiriöt	13
2.3.3	Dissosiaatio välittävänä tekijänä lapsuuden trauman ja psykoosin välillä	14
3	Kliininen ilmentyminen	16
3.1	Verbaaliset kuulohallusinaatiot psykoottisena oireena	16
3.2	Verbaalisten kuulohallusinaatioiden luonne skitsofrenia- ja DID-potilailla	17
3.3	Erotusdiagnostiikan merkitys kliinisessä työssä	19
4	Pohdinta	22
	Lähteet	25

1 Johdanto

Hallusinaatioilla eli aistiharhoilla tarkoitetaan todellisena koettuja aistimuksia, jotka eivät ole peräisin vastaavasta ulkoisesta aistiärsytyksestä (Lääketieteen termit). Hallusinaatioita esiintyy oireena monissa etiologialtaan ja taudinkulultaan erilaisissa sairauksissa, mutta myös terveillä ihmisillä ilman selittävää elimellistä tai psykopatologista syytä (Waters ja Fernyhough 2017). Hallusinaatiot ovat tunnettu oire monissa psykiatrisissa sairauksissa, kuten psykoosisairauksissa, kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä, epävakaassa persoonallisuushäiriössä, postraumaattisissa häiriöissä, dissosiativissa häiriöissä ja uni-valvetrytmin häiriöissä. Psykiatristen sairauksien lisäksi myös elimellisissä, etenkin neurologisissa, sairauksissa esiintyy eri aistimodaliteettien hallusinaatiota. Esimerkkeinä todettakoon neurodegeneratiiviset sairaudet (esimerkiksi Parkinsonin tauti, Alzheimerin tauti), neurologiset sairaudet (migreeni, epilepsia), endokrinologiset häiriöt (hyperkalsemia), ravitsemuspuutokset (B12-vitamiinin puutos) ja infektiot- tai inflammaatioperäiset sairaudet (keskushermostoinfektiot, autoimmuunienkefaliitti). (Waters ja Fernyhough 2017.) Hallusinaatioita voi esiintyä kaikkien aistimodaliteettien alueella: tunnetaan kuulo-, näkö-, kosketus- ja hajuhallusinaatiota. Tietyissä sairauksissa voi esiintyä muita useammin jonkin tietyn aistimodaliteetin hallusinaatioita: esimerkiksi Parkinsonin taudissa hallusinaatiot ovat tyypillisesti visuaalisia (Kurita ym. 2020).

Hallusinaatiota, etenkin kuulohallusinaatiota, on pidetty usein merkinä psykoosisairaudesta, kuten skitsofreniasta. Varsinkin tietyn sisältöisiä verbaalisia kuulohallusinaatioita on pidetty jopa patognomisina psykoottisina oireina skitsofrenialle (Longden, Madill ja Waterman 2012). Suomessakin tällä hetkellä käytössä olevassa ICD-10-tautiluokituksessa korostuu kuulohallusinaatioiden diagnostinen merkitys yleisimmän psykoosisairauden, skitsofrenian, diagnoosissa.

Kuulohallusinaatioita esiintyy kuitenkin myös dissosiativisissa häiriöissä sekä monissa muissa tiloissa, joiden synnyssä dissosiativisilla prosesseilla ajatellaan olevan suuri merkitys (Shinn ym. 2020). Nykyisessä psykiatrisessa tutkimuksessa myös haastetaan näkemys verbaalisten kuulohallusinaatioiden luonteesta psykoottisena oireena ja esitetään verbaalisten kuulohallusinaatioiden olevan luonteeltaan enemmän dissosiativinen prosessi (Moskowitz ja Corstens 2018).

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tarkastella verbaalisten kuulohallusinaatioiden esiintymistä psykoosisairauksissa ja dissosiatiivisena oireena. Katsauksen tietokantalähteinä on käytetty pääasiassa PubMed-, PsycINFO- ja Medic-tietokantoja. Katsauksessa tarkastellaan ja vertaillaan kuulohallusinaatioiden ominaisuuksia näissä tiloissa kirjallisuuden pohjalta. Tämän pohjalta tarkastellaan kuulohallusinaatioiden luonnetta psykoottisena ja dissosiatiivisena oireena sekä merkitystä käytännön kliinisessä työssä erotusdiagnostiikan kannalta.

2 Verbaaliset kuulohallusinaatiot, psykoosi ja dissosiaatio ilmiöinä

2.1 Verbaaliset kuulohallusinaatiot

2.1.1 Hallusinaation määritelmä

Hallusinaatio (lat. *alucinatus*; mielessä harhaileminen) eli aistiharha tarkoittaa aistimusta, joka koetaan todellisena, mutta joka ei ole peräisin todellisesta ulkoisesta aistiärsykkeestä (Lääketieteen termit). Hallusinaatiossa kokemus ei siis synny perifeerisen aistielimen reagoimisesta ulkoiseen ärsykkeeseen, vaan prosessi on sisäsyntyinen. Kokemus on niin todentuntuinen, että henkilö pitää sitä todellisena aistimuksena (Larøi ym. 2012).

Kirjallisuudessa voidaan erottaa toisistaan termit todellinen hallusinaatio ja pseudohallusinaatio eli vale-aistiharha (Jaspers 1913). Pseudohallusinaatiolla tarkoitetaan tässä yhteydessä aistiharhaa, jossa henkilön realiteetintestaus toimii eli hän kykenee ymmärtämään aistimuksen epätodelliseksi. Tämä jako ei kuitenkaan ole yksiselitteinen, ja sen käyttökelpoisuus on myös kyseenalaistettu myöhemmässä kirjallisuudessa (Longden, Madill ja Waterman 2012).

Yleensä hallusinaatiot määritellään valveilla ja tietoisessa tilassa ollessa tapahtuviksi kokemuksiksi, mikä erottaa ne nukkumisen aikaisista kokemuksista, kuten unien näkemisestä (Blom 2015). Poikkeuksina tästä voidaan pitää uni- ja valvetilan välisissä siirtymähetkissä koettuja aistikokemuksia, joita kutsutaan yhteistermillä hypnagogia. Hypnagoginen hallusinaatio tarkoittaa nukahtaessa koettua ja hypnapompinen herätessä koettua aistiharhaa. Hypnagogiaa ei aina lasketa todelliseksi hallusinaatioksi, sillä ilmiö tapahtuu unen ja valveen rajapinnassa. Ilmiö on yleinen terveillä ihmisillä (erit. hypnagogiset hallusinaatiot), ja sitä pidetään luonteeltaan hyvänlaatuisena (Blom 2015).

Varsinaisten hallusinaatioiden ulkopuolelle on erotettava muita aistikokemuksen häiriöitä. Illuusiolla tarkoitetaan aistihairahdusta, jossa todellinen, ulkoisen aistiärsyksen aikaansaama ääni tulkitaan virheellisesti. Synestesiällä tarkoitetaan aistien sekoittumista, jossa jonkin aistijärjestelmän aktivaatio saa aikaan toisen aistijärjestelmän mukaisen kokemuksen.

Hallusinaatioita voi esiintyä minkä tahansa aistin alueella. Kuulohallusinaatioilla tarkoitetaan hereillä kuultavia ääniä, joihin ei liity vastaavaa ulkoista ärsykettä. Tässä katsauksessa keskitytään verbaaliin eli kielellistä sisältöä sisältäviin kuulohallusinaatioihin.

Verbaalisia kuulohallusinaatioita esiintyy monissa psykiatrisissa sairauksissa, kuten skitsofreniassa ja muissa psykooseissa, kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ja dissosiaatiohäiriöissä. Lisäksi verbaalisia kuulohallusinaatioita esiintyy monissa elimellisissä sairauksissa ja päihteiden käyttöön liittyen. (de Leede-Smith ja Barkus 2013.) Korkein prevalenssi on skitsofreniassa (n. 40–80 %). Ilmiö ei ole harvinainen yleisväestöksäkään, jossa mediaaniprevalenssi on n. 13,2 % (Beavan, Read ja Cartwright 2011). Verbaalisia kuulohallusinaatioita esiintyy siis ajoittain myös muutoin terveillä ihmisillä, mutta tällöin ilmiö saattaa assosioitua kohonneeseen psykoosialttiuteen (Iris Ec Sommer ym. 2010).

2.1.2 Kuulohallusinaatioiden luokittelu

Kuulohallusinaatiot ovat laajakirjoinen ilmiö, ja termi kattaa monia keskenään hyvinkin erilaisia ilmiöitä. Ne voidaan jakaa eri kategorioihin esimerkiksi laadun, sisällön ja äänen koetun kuulemispaikan (missä henkilö kokee äänen lähteen sijaitsevan) perusteella. Sisällön mukaan kuulohallusinaatiot voidaan jakaa verbaalisiin ja ei-verbaalisiin kuuloharhoihin. Verbaalisten kuulohallusinaatioiden (engl. auditory verbal hallucinations, AVH) keskeinen piirre on kielellinen sisältö. Ei-verbaaliset kuulohallusinaatiot (engl. non-verbal hallucinations) eivät sisällä kielellisiä komponentteja, vaan ne voivat olla esimerkiksi koiran haukkumista, kolahduksia tai sateen ropinaa. Tähän ryhmään kuuluvat myös musiikilliset hallusinaatiot, joissa henkilö kuulee esimerkiksi melodioita tai soittoa. (Blom 2015.) Ilmaisuuilla ”korvamato” ja ”musiikin soiminen päässä” tarkoitetaan ilmiötä, jossa jokin musiikillinen elementti, kuten sävelmä, toistuu henkilön mielessä toistuvasti ja pakonomaisesti. Ilmiö on tahdosta riippumattoman musiikin kuvittelun (engl. INMI, involuntary musical imagery) yksi ilmenemismuoto, jota ei yleensä luokitella varsinaiseksi musiikilliseksi hallusinaatioksi, mutta ilmiöiden rajanveto on kirjallisuudessa osin vakiintumatonta. ”Korvamaton” on todettu eroavan musiikillisista hallusinaatioista etenkin tyypillisen toistuvuutensa sekä toistuvan sävelmän tuttuuden perusteella. (Blom 2015, Moseley ym. 2018.) Tinnitusta ei tavallisesti määritellä kuulohallusinaatioksi, mutta joskus sitä voi olla vaikea erottaa ei-verbaalisista kuulohallusinaatioista (Blom 2015).

Verbaalisia kuulohallusinaatioita voidaan jaotella myös sen mukaan, missä henkilö kokee äänen lähteen sijaitsevan. Ulkoisissa hallusinaatioissa henkilö kokee äänen tulevan ympäristöstä. Tällöin yleensä koetaan äänen kuuluvan molempien korvien kautta. Sisäisissä hallusinaatioissa äänen koetaan kuuluvan nimenomaan pään sisällä, eikä sillä koeta olevan ulkoista lähdettä. (Blom ja Sommer 2010.) Lisäksi tunnetaan harvinaisempi

hallusinaatiotyyppi, jossa äänen lähteeksi tai aistimista välittäväksi elimeksi koetaan jokin normaalista poikkeava ja mahdoton ruumiinosa, esimerkiksi jalka. Ilmiö tunnetaan englanninkielisessä kirjallisuudessa termillä ”extracampine hallucinations”, ja siihen sisältyvät myös mahdottomat, aistitoiminnan normaalit rajat ylittävät havainnot, kuten kokemus siitä, että henkilö kokee näköaistimuksen selkänsä takana olevista asioista, jonne ei fyysisesti voi nähdä. (Norman 1904, Blom 2015.)

Verbaalisia kuulohallusinaatioita voidaan lisäksi erotella niiden kielellisen sisällön monimutkaisuuden ja luonteen perusteella. Kielellisesti hallusinaatiot voivat olla hyvinkin yksinkertaisia, kuten yksittäisiä sanoja (oman nimen kuuleminen) tai hyvinkin monimutkaisia, usean eri henkilön keskustelua pitkin lauserakentein. Äänet voivat puhutella niiden kokijaa, ja sävyiltään ne voivat olla positiivisia, negatiivisia, hyväntahtoisia, pahantahtoisia tai neutraaleja. Äänet voivat olla myös käskeviä tai neuvoa toimimaan jollain tavalla. Useinkaan ääniharhat eivät kuvasta henkilön sen hetkisiä omien ajatusten sisältöä, mutta tunnetaan myös ilmiö, jossa henkilö kuulee omat ajatuksensa ääneen puhuttuina päässään. (Stephane ym. 2003, Blom ja Sommer 2010.) Kielellisen sisällön luokittelu voi olla kliinisesti merkityksellistä: kirjallisuudessa on todettu, että sävyiltään ja sisällöltään negatiiviset äänet ovat ominaisia psykiatrisia häiriöitä sairastavilla kuulohallusinaatioista kärsivillä potilailla, mutta negatiivinen sisältö ei yhtä vahvasti liity muutoin terveiden henkilöiden kuulohallusinaatioihin. Esimerkiksi skitsofreniapotilailla valtaosalla äänet ovat sisällöltään negatiivisia, kuten potilasta arvostelevia ja syyttäviä. (Larøi 2012, Larøi ym. 2019.)

2.1.3 Kuulohallusinaatioiden patofysiologia

Kuulohallusinaatioiden patofysiologiaa ja neurobiologisia mekanismeja on tutkittu runsaasti, ja erilaisia mekanismeja ja selitysmalleja on esitetty useita. Kuulohallusinaatioista kärsivillä potilailla on tutkimuksissa osoitettu olevan neuroanatomisia, neurofysiologisia sekä aivoalueiden toiminnallisia muutoksia. Eri selitysmallit tukevat toisiaan, mutta ilmiön mekanismit tunnetaan vielä puutteellisesti.

Toiminnallisissa aivotutkimuksissa on tutkittu aivoalueiden aktiivisuutta kuulohallusinaatiokokemuksen aikana. Kuulohallusinaatioiden aikana on osoitettu ohimolohkon kuuloaivokuoren aktivaatiota (Tiihonen ym. 1992, Hubl ja Dierks 2004). Verbaalisiin kuulohallusinaatioihin assosioituvaa aktiivisuutta on todettu kieleen ja kielen prosessointiin liittyvillä Wernicken ja Brocan alueilla, ohimolohkon ylimmässä ja keskimmäisessä ohimolohkopoimussa (*gyrus temporalis superior*, *gyrus temporalis medius*),

molemmin puolin aivosaaressa (*insula*), talamuksessa sekä pikkuaivoissa. Aktiivisuutta on todettu myös muistiin liittyvillä aivoalueilla, kuten hippokampuksessa ja tursopimussa (*gyrus parahippocampalis*), sekä prefrontaalisilla aivokuoren alueilla, kuten alimmassa otsalohkopoimussa (*gyrus frontalis inferior*). Brocan alueen oikean aivopuoliskon homologisella alueella on lisäksi osoitettu esiintyvän aktiivisuuden lisääntymistä kuulohallusinaation aikana. (Kühn ja Gallinat 2012, Zmigrod ym. 2016.)

Verbaalisia kuulohallusinaatioita kokevilla on todettu neuroanatomisia muutoksia eri aivoalueilla. Kuulohallusinaatioista kärsiviä skitsofreniapotilaita käsittelevässä meta-analyysissä (Modinos ym. 2013) on todettu, että harmaan aineen vähentyminen vasemman ylimmän ohimolohkopoimun ja primaarisen kuuloaivokuoren alueilla on yhteydessä kuulohallusinaatioiden vakavuuteen. Kuulohallusinaatioita kokevien skitsofreniapotilaiden aivokuoren paksuuden on todettu olevan pienempi vasemmassa aivopuoliskossa Brocan, Wernicken ja primaarisen kuuloaivokuoren alueilla verrattuna skitsofreniapotilaisiin, jotka eivät koe kuulohallusinaatioita. Vastaavasti kuulohallusinaatioista kärsivillä skitsofreniapotilailla on todettu aivokuoren paksuuden olevan suurempi vasemmassa aivosaaressa, bilateraalisesti etummaisessa ja takimmaisessa pihtipoimussa (*gyrus cingularis*), keskimmäisen otsalohkopoimun takaosissa (*gyrus frontalis medius*) ja päälaenlohkossa verrattuna skitsofreniapotilaisiin, jotka eivät koe kuulohallusinaatioita. (van Swam ym. 2012.)

2.1.4 Neurobiologisia selitysmalleja

Sisäisen puheen virheellinen tulkinta -teorian (engl. misattribution of inner speech) mukaisesti verbaalisissa kuulohallusinaatioissa on kyse puutteellisesta kyvystä tunnistaa oma sisäinen puhe omista ajatuksista lähtöisin olevaksi omaksi ajatusprosessiksi. Tällöin sisäinen puhe tulee virheellisesti tulkituksi vieraaksi, ulkoisesta lähteestä peräisin olevaksi prosessiksi, joka aivoissa tulkitaan vieraiden äänien kuulemisena. (Allen, Aleman ja McGuire 2007, Blom 2015.) Teorian neurobiologiseksi mekanismiksi on ehdotettu häiriötä aivoalueiden välisissä yhteyksissä eli konnektiivisuudessa (Mechelli ym. 2007).

Corollary discharge -ilmiön häiriintymistä pidetään mahdollisena aivojen toiminnallisten yhteyksien puutteellisen toiminnan mekanismina. Corollary discharge -ilmiöllä tarkoitetaan prosessia, jolla aivot tunnistavat itsestä lähtöisin olevat ärsykkeet itse tuottamikseen. Tämä tapahtuu vertaamalla esimerkiksi puhumisen aikana motorisilta puheentuoton alueilta sensorisille kuuloaivokuorelle lähetettyä motorista kopiota puhetahtumasta, jota sensorinen aivokuori vertaa todellisuudessa aistittuun puheääneen. Aivot tulkitsevat, että ääni on

lähtöisin itsestä, jos aistittu ääni ja motorinen kopio vastaavat toisiaan. Kuulohallusinaatioista kärsivillä skitsofreniapotilailla on todettu tämän järjestelmän toiminnassa puutteellisuutta (Ford ym. 2012, Thakkar ym. 2015.)

Toisen teorian mukaan kuulohallusinaatioiden taustalla on sisäisen puheen motorisen komponentin, subvokalisaation, tulkinta vieraaksi kuuloaistimukseksi. Teorian pohjalta on tutkittu kaulan alueen motorisen aktivaation, kuten suun avaamisen, mahdollista vaikutusta verbaalisen kuulohallusinaation keskeyttämisessä skitsofreniapotilailla: taustalla on teoria siitä, että tahdonalainen motorinen toiminta kaulan ja nielun alueella vaikuttaisi puheen ääntämislihakseen siten, että kuulohallusinaatioina tulkittava tiedostamaton verbaalimotorinen ajattelu keskeytyisi. Tutkimustulokset menetelmän toimivuudesta ovat kuitenkin ristiriitaisia. (Stephane, Barton ja Boutros 2001.)

Toiminnallisissa kuvantamistutkimuksissa on todettu kuulohallusinaation aikaista aktiivisuutta oikean aivopuoliskon kielellisillä homologialueilla, minkä perusteella on esitetty, että oikeanpuoleisten kielialueiden epänormaalin suuri aktiivisuus, lateralisaatio, johtaisi kuulohallusinaatioihin (Sommer ym. 2008). Iris E. Sommer ym. (2010) yhdistää teoriassaan kaksi mallia siten, että sisäisen puheen malli edustaa skitsofreenikoiden verbaalisissa kuulohallusinaatioissa itse äänien kuulemisen kokemusta ja oikeanpuoleisten puhealueiden aktiivisuus äänien köyhää kielellistä sisältöä.

Näiden lisäksi yhtenä mahdollisena kuulohallusinaation mekanismina on esitetty, että muisti-intruusiot tulkitaan vieraina ja ulkoisina kuuloaistimuksina. Teorian tueksi on esitetty kuulohallusinaatioiden aikaista aktiivisuutta muistiin oleellisesti liittyvillä aivoalueilla. (Copolov ym. 2003.) Muistiaktivaatiolla on mahdollisesti alulle paneva rooli myös sisäisen puheen virhetulkinta -mallissa: eräässä tutkimuksessa osoitetaan, että kuulohallusinaation aikana ensin aktivoituu hippokampus (muistin aktivaatio), sitten puheen tuottamisen keskus eli Brocan alue (sisäinen puhe), sitten manteliumake joka vastaa muistijäljen ja kuulohallusinaation affektiivisesta sisällöstä ja vasta näiden jälkeen primaarinen kuuloaivokuori (aistikokemus) (Hubl ja Dierks 2004).

Elimellisissä neurologisissa sairauksissa esiintyvien kuulohallusinaatioiden taustalla on omia mekanismeja. Esimerkiksi temporaalielepilepsiaan tai migreeniin liittyvien mahdollisten kuuloharjojen on ajateltu syntyvän suoraan paikallisesta sähköisen aivotoininnan häiriöstä. (Blom ja Sommer 2010.)

2.2 Psykoosi ja psykoosisairaudet

2.2.1 Määritelmä

Psykoosilla (kreik. *psúkhōsis*; eläväksi tuleminen) tarkoitetaan vakavaa mielenterveyden häiriötä, jossa todellisuudentaju eli realiteetintestaus on oleellisesti häiriintynyt. Tämän seurauksena ulkoisen maailman arviointi sekä ulkoisten ja sisäisten ärsykkeiden erottaminen toisistaan eivät toimi normaalisti. Keskeisinä psykoottisina oireina pidetään todellisuudentajun häiriintymisestä seuraavia aistiharhoja (hallusinaatioita), harhaluuloja (deluusioita) sekä hajanaisuusoireita, jotka ilmenevät käytöksessä, puheessa ja ajattelussa (Psykiatria 2021).

Psykoottiset tilat voidaan jakaa taustalla olevan syyn mukaisesti. Psykoosi voi olla seurausta elimellisestä tai toiminnallisesta häiriöstä (Salokangas 2006). Elimellisessä psykoosissa on todettavissa jokin somaattinen sairaus, jonka yhtenä oirekomponenttina on psykoottinen oireilu. Elimellisen psykoosin taustalla voi olla esimerkiksi keskushermostoinfektio, rappeuttavia aivosairauksia tai jokin systeeminen endokrinologinen häiriötila, kuten hyperkalsemia. Elimellisiin psykooseihin kuuluvat myös huumeiden ja päihteiden käyttöön liittyvät psykoosit. Toiminnallisissa psykooseissa oireilun taustalta ei ole tunnistettavissa selittävää somaattista tai neurologista sairautta (APA Dictionary of Psychology).

Toiminnallisiin psykooseihin luetaan skitsofrenia, skitsoaffektiivinen häiriö, psykoottiset mielialahäiriöt, harhaluuloisuushäiriö sekä erilaisia tarkemmin määrittämättömiä, kestoltaan monimuotoisia psykoottisia tiloja.

Ohimeneviä ja satunnaisia psykoottisia kokemuksia voi esiintyä terveillä ihmisillä yleisväestössä ilman, että kyseessä olisi varsinainen psykoottinen häiriö. Van Os ym. (2009) mukaan subkliinisten psykoottisten oireiden mediaaniprevalenssi yleisväestössä on n. 5 % (1,9–14,4 %), ja prevalenssi on Kelleherin ym. (2012) mukaan korkeampi nuoruusikäisillä, joilla mediaaniprevalenssi on tutkimuksessa n. 7,5 %. Psykoosisairaudesta on kyse, kun oireilu täyttää jonkin häiriön diagnostiset kriteerit, niiden kesto on ajallisesti riittävän pitkä ja potilaan toimintakyky on alentunut.

2.2.2 Skitsofrenia ja muut psykoosisairaudet

Psykoottisten häiriöiden elinikäinen esiintyvyys suomalaisessa väestössä on n. 3,0–3,5 % (Perälä ym. 2007). Psykoosisairauksista yleisin on skitsofrenia, jonka esiintyvyys

suomalaisessa väestössä vaihtelee eri tutkimuksissa 0,5–1,5 %:n välillä (Psykiatria 2021), ja tätä mukailee Perälän ym. (2007) tutkimuksessa todettu skitsofrenian 0,87 %:n elinaikainen esiintyvyys.

Skitsofrenia (kreik. *skhizein*, 'jakaa' + *phrēn*, 'mieli'; mielen jakaantuminen) on etiologialtaan monitekijäinen toiminnallinen psykoosisairaus, jonka yksilöllinen taudinkulku ja oireiden painottuminen eri oirekategorioihin vaihtelevat eri potilaiden välillä. Skitsofrenian oirekuva voidaan jakaa neljään oiredimensioon: positiiviset oireet (aistiharhat, harhaluulot, hajanaisuus), negatiiviset oireet (anhedonia, tunteiden latistuminen), mielialaoireet (masennus, ahdistuneisuus, itsetuhoisuus) ja kognitiiviset oireet (kognition eri osa-alueiden heikentyminen) (Kliininen neuropsykiatria 2021). Suomessa käytössä olevassa ICD-10-tautiluokituksessa skitsofrenian diagnostiikassa keskeisessä roolissa ovat ajatusten sisällön ja havaintokyvyn häiriöt ja oireiden keston tulee olla vähintään kuukauden mittainen. ICD-10:n mukaiset pääoireet mukailevat pitkälti ns. Schneiderin first rank -oireita, ja näistä oireista yksikin riittää tautiluokituksen mukaan skitsofrenian diagnoosiin. ICD-10:ssä on useita skitsofrenian alatyyppejä, joista kuitenkin on luovuttu uudemmissa tautiluokituksissa.

Skitsofrenian ensipsykoosia tyypillisesti edeltää kestoltaan vaihteleva, mutta yleensä kuukausia kestävä epäspesifinen esioireisto, prodromaalivaihe. Tilasta käytetään myös termiä psykoosiriski-oireyhtymä. Prodromaalivaiheen loppuosalle on tyypillistä, että sen aikana potilaalle kehittyä enenevässä määrin psykoottistyyppisiä oireita, kuten epäluuloisuutta ja aistihairahduksia. Tilalle tyypillistä on henkilön ajatustoiminnan ja aistikokemusten muutokset, mikä näkyy muuttuneena suhtautumisena ympäristöön ja kanssaihmiisiin sekä asteittaisena toimintakyvyn laskuna ja vetäytymisenä. Riski sairastua varsinaiseen akuuttiin psykoosiin on kohonnut, mutta kaikki eivät kuitenkaan sairastu psykoosiin. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2022, Salokangas 2006.)

Muut toiminnalliset psykoottiset häiriöt ovat skitsofreniaa harvinaisempia.

Skitsoaffektiivisessä häiriössä tyypillistä on psykoosijaksojen ja mielialahäiriöjaksojen vuorottelu, kun taas psykoottisissa mielialahäiriöissä mielialaoireiluun liittyy psykoottisia oireita ja elementtejä. Harhaluuloisuushäiriöiden taudinkuvassa korostuvat nimensä mukaisesti jonkinlaiset harhaluulot, kun taas muita positiivisia tai negatiivisia psykoosioireita ei hallitsevissa määrin esiinny.

2.3 Dissosiaatio ja dissosiaatiohäiriöt

2.3.1 Määritelmä

Dissosiaatio (lat. *dissociationem*; erottaminen) tarkoittaa mielen eri toimintojen keskinäisen integraation häiriötä, jossa yksilön muistot, ajatukset, tunteet ja aistimukset eivät muodosta yhtenäistä ja merkityksellistä kokonaisuutta ihmisen mielessä (Psykiatria 2021). Tällöin mahdollisuudet toimia aikaan, paikkaan ja itseensä orientoituneena, omat muistot ja kokemukset omiksi elämäntapahtumiksi tunnistavana ja integroituneen minäkuvan omaavana ihmisenä heikentyvät.

Dissosiaation pohjalta voi syntyä sekä psyykkisiä että somaattisia dissosiativisia oireita (Lipsanen 2005). Psyykkisiä oireita ovat esimerkiksi itsensä tunteminen vieraaksi (depersonalisaatio), epätodellisuuden tunne (derealisaatio), dissosiativinen amnesia, takaumat, identiteetin jakautuminen sekä kuulohallusinaatiot. Somaattiset oireet ilmenevät häiriöinä esimerkiksi motorisissa tai sensorisissa toiminnoissa, aistitoiminnoissa tai puheentuotannossa. Somaattisista häiriöistä käytettiin etenkin ennen nimitystä konversiohäiriöt. Kliinisessä käytössä dissosiativisen oireiden seulonnassa käytetään DES-itsearviointimenetelmää (dissociative experiences scale) ja diagnostiikassa esimerkiksi SCID-D-haastattelua (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative disorders).

Dissosiativisten oireiden esiintyminen jossain vaiheessa elämää on yleisväestössä yleistä ilman, että kyseessä olisi psykiatrinen sairaus: prevalenssin on arvioitu olevan jopa lähes 13 % (Ross, Joshi ja Currie 1990, Maaranen ym. 2005). Patologisen dissosiaation prevalenssin yleisväestössä on suomalaisessa aineistossa arvioitu olevan 3,4 %, kun patologisen dissosiaation rajana on ollut $DES-T \geq 20$ (Maaranen ym. 2005).

2.3.2 Dissosiaatiohäiriöt

Dissosiativinen oireilu täyttää dissosiaatiohäiriön kuvan, kun oireilu on spontaania, hallitsematonta ja toistuvaa siten, että se alentaa toimintakykyä ja hyvinvointia.

Dissosiaatiohäiriöiden prevalenssin yleisväestössä on arvioitu olevan n. 1,7 % (Akyüz ym. 1999). Eri tautiluokitukset jaottelevat häiriöitä hieman eri tavoilla. Dissosiaatiohäiriöitä ovat ICD-10:n mukaan esimerkiksi dissosiativinen muistinmenetys, pakkovaellus, konversiohäiriöt sekä sivupersoonahäiriö, jota uudempien tautiluokitusten mukaan kutsutaan nykyään dissosiativiseksi identiteettihäiriöksi (DID; dissociative identity disorder).

Lisäksi dissosiativisia oireita esiintyy muissakin mielenterveyden häiriöissä, kuten PTSD:ssä, epävakaassa persoonallisuushäiriössä, syömishäiriöissä ja skitsofreniassa (Lyssenko ym. 2018). Dissosiaatiohäiriöiden kohdalla hoitoon hakeutumisen syynä voivat olla esimerkiksi masennus- ja ahdistuneisuusoireet tai epämääräiset somaattiset oireet, ja vasta hoitosuhteen jatkuessa voidaan todeta oireilun taustalla olevan dissosiativinen häiriötila (Suokas-Cunliffe ja van der Hart 2006).

2.3.3 Dissosiaatio välittävänä tekijänä lapsuuden trauman ja psykoosin välillä

Dissosiaatio voidaan nähdä mielen psykologisena suojareaktiona, jonka tarkoituksena on turvata yksilön psyykkinen koherenssi ja toimintakyky uhkaavan psyykkisen trauman hetkellä (Lauerma 2001, Lipsanen 2005). Teoria dissosiativisten ilmiöiden syntymisestä traumaattisen mekanismin kautta pohjaa jo ranskalaisen psykologi Pierre Janetin teorioihin dissosiaation luonteesta (van der Hart ja Horst 1989). Sittemmin on todettu psyykkisen traumatisoitumisen olevan yhteydessä dissosiativiseen oireiluun ja etenkin varhaisessa elämässä tapahtuvan (lapsuudenaikaisen) pitkäkestoisen traumatisoitumisen nähdään olevan yhteydessä vakaviin dissosiaatiohäiriöihin (Suokas-Cunliffe ja van der Hart 2006, Buchnik-Daniely ym. 2021). Yksi selitysmalli traumaperäiselle mielen dissosiaatiolle on persoonallisuuden rakenteellinen dissosiaatio. Mallin mukaan oireilun taustalla on traumatisoitumisesta johtuva mielen toimintojen integraation häiriö, jossa toisaalta yksi persoonan osa pyrkii selviytymään arkipäiväisestä elämästä häivyttämällä traumaattiset muistot pois ajatusmaailmasta, kun taas toinen persoonan osa elää traumaattisten muistojen kanssa ja aktivoituu traumasta muistuttavissa tilanteissa. (Suokas-Cunliffe ja van der Hart 2006, Moskowitz, Mosquera ja Longden 2017.) Dissosiaatiota esiintyy kuitenkin myös tiloissa, joissa ei ole aina traumaa taustalla, eikä traumamalli selitä kaikkia dissosiaatio-oireita (Lipsanen 2005, Korol 2008, Buchnik-Daniely ym. 2021).

Varhaisessa elämässä koetut traumat ovat dissosiaation lisäksi yhteydessä myöhempisiin psykoosioireisiin ja psykoosisairauksiin (Williams ym. 2018). Lapsuudenaikainen traumatisoituminen on riskitekijä sairastua myöhemmin psykoosisairauteen, kuten skitsofreniaan (Cutajar ym. 2010). Lapsuuden aikaisen kaltoinkohtelun ja myöhemmän iän psykoosioireiden välillä on todettu voimakas yhteys (Read ym. 2005). Readin ym. (2005) kirjallisuuskatsauksessa nostetaan esiin yhteys lapsuuden kaltoinkohtelun ja hallusinaatioiden välillä: yhteys oli merkittävä erityisesti kommentoivien ja käskevien kuulohallusinaatioiden osalta. Psykoosipotilailla tehdyssä tutkimuksessa (Perona-Garcelán ym. 2012) todettiin yhteys

lapsuuden traumaattisten kokemusten ja verbaalisten kuulohallusinaatioiden kokemisen välillä. Trauman ja psykoosin välinen suhde ei rajoitu pelkästään lapsuuden aikana koettuun traumaan, vaan myös aikuisiällä traumatisoituminen voi olla yhteydessä myöhempään psykoosiin: esimerkiksi sodassa traumatisoituneilla sotavangeilla on todettu korostuneesti skitsofreniaa (Beebe 1975).

Dissosiaation ja positiivisten psykoottisten oireiden välillä osoitetaan olevan yhteys Longdenin ym. (2020) 20 436 potilaan meta-analyysissä. Kirjallisuudessa kuvataan merkittävää yhtäaikaissiintyvyyttä dissosiaatiohäiriöiden ja dissosiativisten kokemusten sekä psykoottisten häiriöiden välillä (Sun ym. 2019). Esimerkiksi DID-potilailla tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että jopa 74 % tutkittavista potilaista täytti myös psykoottisen häiriön diagnostiset kriteerit (Ellason, Ross ja Fuchs 1996). Ensipsykoosipotilailla tehdyssä tutkimuksessa (Sun ym. 2019) todettiin, että lähes 14 %:lla psykoosipotilaista diagnosoitiin myös dissosiaatiohäiriö ja 36 %:lla todettiin dissosiativisia oireita jossain elämän vaiheessa. Dissosiativisten oireiden esiintyminen oli merkitsevästi suurempi niillä psykoosipotilailla, joilla oli lapsuudenaikaista traumataustaa. Merkille pantavaa on, että tutkimuksessa dissosiaatiohäiriöiden ja dissosiativisten kokemusten esiintyminen ensipsykoosipotilailla oli vähäisempää kuin aikaisemmissa, kroonisempaa skitsofreniaa sairastavilla potilailla tehdyissä tutkimuksissa.

Lisäksi kirjallisuudessa esitetään, että dissosiaatio liittyy lapsuuden aikaisten traumaattisten kokemusten ja myöhempien psykoosioireiden väliseen yhteyteen. Systemaattisessa katsauksessa (Williams ym. 2018) tarkastellun yhdeksän tutkimuksen valossa dissosiaation esitetään olevan yksi mahdollinen välittävä mekanismi lapsuuden ajan trauman ja psykoosin välillä. Psykoosipotilailla tehdyssä tutkimuksessa todettiin dissosiaation olevan välittävänä tekijänä lapsuudenaikaisten traumakokemusten ja myöhempien kuulohallusinaatioiden välillä (Perona-Garcelán ym. 2012).

3 Kliininen ilmentyminen

3.1 Verbaaliset kuulohallusinaatiot psykoottisena oireena

Verbaaliset kuulohallusinaatiot ovat tyypillinen oire psykoottisilla potilailla.

Skitsofreniapotilaista 40–80 %:lla esiintyy verbaalisia kuulohallusinaatioita (Larøi ym. 2012).

Tautiluokitus ICD-10:n mukaan ”kuuloharhat, joissa äänet kommentoivat potilaan käyttäytymistä tai keskustelevat potilaasta keskenään tai toisentyypisiä ääniä, jotka kuuluvat jostakin ruumiinosasta” riittävät yksinään skitsofrenian diagnoosiin, mikäli oire on kestänyt vähintään yhden kuukauden ajan sekä ensisijainen mielialahäiriö ja elimellinen psykoosi on poissuljettu. Todetun kaltaiset kuuloharhat mukailevat pitkälti Schneiderin first rank - kuuloharjoja, joihin kuuluvat potilaan käyttäytymistä kommentoivat äänet, potilaasta kolmannessa persoonassa keskenään keskustelevat äänet sekä potilaan kokemus omien ajatusten kuulemisesta ääneen puhuttuna (Schneider 1959, Soares-Weiser ym. 2015). Pääasiassa Yhdysvalloissa käytetyssä vuonna 2013 julkaistussa DSM-5-tautiluokituksessa (the diagnostics and statistics of mental disorders) ei kuulohallusinaatioiden luonnetta ja sisältöä mainita erikseen ja kuulohallusinaatioiden lisäksi diagnoosiin vaaditaan vähintään yksi toinen oirekuva. Kuitenkin vielä edeltäneessä DSM-IV-luokituksessa schneideriaaninen kuuloharha yksinään riitti skitsofrenian diagnoosiin.

Skitsofreniassa esiintyvien verbaalisten kuulohallusinaatioita luonnehtii usein matala kielellinen kompleksisuus ja yksinkertaisuus, kuten lyhyet, jotain toistavat käskyt ja syytökset (Iris E. Sommer ym. 2010). Larøin ym. (2012) katsausartikkelissa käsitellään verbaalisten kuulohallusinaatioiden fenomenologisia ominaisuuksia skitsofreniapotilailla. Valtaosassa tarkasteltuja ominaisuuksia esiintyy paljon vaihtelua potilaiden välillä. Äänien selkeys ja voimakkuus vaihtelevat, mutta halventavat äänet voivat olla positiivisia ääniä voimakkaampia. Kielellisiä ominaisuuksia tarkastellessa äänet eivät ole usein kovin monimutkaisia ja yksittäiset sanat ovat tyypillisiä. Äänten kuulemistiheudessa vaihtelua todettiin runsaasti. Tyypillisesti potilaan oma kontrolli suhteessa ääniin on melko heikko, eli äänien esiintymiseen vaikuttaminen koetaan heikoksi. Sisällöltään äänet ovat usein komentoja, halveeraavia tai loukkaavia, mutta myös neutraaleja ja positiivisia ääniä esiintyy. Mielenkiintoinen havainto on, että mikäli äänet ovat loukkaavia, niin ääni tällöin useammin koetaan miehen ääneksi. Usein ääniä on enemmän kuin yksi, mikä osaltaan sopii tautiluokituksissa käytettyihin määritelmiin keskustelevista äänistä. Potilaat saattavat tunnistaa äänen lähteen joksikin tietyksi henkilöitymäksi. Äänten sijainti voidaan kokea

sisäiseksi tai ulkoiseksi. Lisäksi artikkelissa todettiin äänien usein liittyvän tai sisältyvän skitsofreniapotilaan harhaluulojärjestelmään.

Yttrin, Urfer-Parnasin ja Parnasin (2020) tutkimuksessa on todettu, että verbaalisia kuuloharhoja kokevat skitsofreniapotilaat eivät välttämättä koe oirettaan patologiseksi sairauden merkiksi. Tällöin potilaan selitysmallina voi olla äänien kuuluminen omaan, yksityiseen tapaan kokea ympäröivää maailmaa. Tutkimuksessa on todettu myös, että skitsofreniapotilaat eivät kerro äänistä muille pitkään aikaan äänien alkamisen jälkeen. Tähän oli usein syynä häpeä ja pelko seurauksista. Keskeinen syy avun hakemiseen ei useinkaan ollut äänien kuuleminen, vaan alentunut pärjääminen arjessa mielenterveyden järkkymisen vuoksi. Merkillepantavaa tutkimuksessa oli potilaiden raportointi siitä, että termi ”äänet” oli lähes aina terveydenhuollon edustajan esittämä kuvaus oireelle, ei potilaiden itsensä selitys. Tutkimusta arvioitaessa on otettava huomioon haastateltavien potilaiden pieni otoskoko (n=20).

Muissa psykoottisissa tiloissa, kuten psykoottistasoisessa masennuksessa tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön maanisessa vaiheessa, ääniharhat voivat olla saman luonteisia kuin skitsofreniassakin, mutta tällöin harhoihin liittyy usein voimakas, jopa dominoiva affektiivinen komponentti, jolloin ääniharhan sisältö mukailee mielialaa. Maanisen potilaan ääniharhoihin voi liittyä grandioottisia ja ylistäviä piirteitä siinä missä psykoottisesti masentuneella äänet voivat olla tuomitsevia ja syyttäviä. (Salokangas 2004.)

3.2 Verbaalisten kuulohallusinaatioiden luonne skitsofrenia- ja DID-potilailla

Kuulohallusinaatioiden ominaisuuksia pelkästään dissosiativissa häiriöissä käsitteleviä tutkimuksia ei juurikaan ole, vaan tutkimukset ovat DID-potilaiden ja skitsofreniapotilaiden kuulohallusinaatioita vertailevia tutkimuksia. Tässä luvussa käsitellään kolmea tutkimusta, joissa vertaillaan verbaalisten kuulohallusinaatioiden ominaisuuksia skitsofreniapotilaiden ja dissosiativista identiteettihäiriötä sairastavien potilaiden välillä.

Honig ym. (1998) vertaili skitsofreniapotilaiden ja dissosiativista identiteettihäiriötä (DID) sairastavien potilaiden kuulemien ääniharhojen luonnetta toisiinsa. Äänten ominaisuuksien perusteella ei ryhmien välillä ollut suurta eroa, vaan äänet olivat keskenään samankaltaisia. Tarkasteltuja ominaisuuksia olivat äänten sijainti (sisäinen, ulkoinen), potilaan toimien ja ajatusten kommentointi, muiden ihmisten kommentointi, äänien puhuminen potilaalle, potilaan puhuttelu sekä äänien sisältö. Molemmissa ryhmissä oli sekä positiivisia että

negatiivisia ääniä, eikä merkittävää eroa ryhmien välillä ollut. Molemmissa ryhmissä äänet haittasivat potilaiden päivittäistä elämää ja potilaat kokivat, että äänet saattoivat kontrolloida heidän toimintaansa. Vastaavasti molemmissa ryhmissä potilaat kokivat vain harvoin voivansa itse kontrolloida ääniä. Tutkimuksessa arvioitiin lisäksi lapsuudenaikaista kaltoinkohtelua potilaiden henkilöhistoriassa: molemmissa ryhmissä esiintyi yhtä paljon emotionaalista laiminlyöntiä ja fyysistä kaltoinkohtelua, ja näiden esiintyvyys oli suurta. Ääniharhojen alkamiseen liittyvän laukaisevan tekijän esiintymisessä ei ollut eroa. Eroavaisuuksina ryhmien välillä todettiin lapsuudenaikaisen seksuaalisen kaltoinkohtelun esiintyminen, joka oli yleisempää DID-potilailla (DID 57 %, skitsofrenia 17 %). Lisäksi äänien alkamisikä alle 12-vuotiaana oli DID-potilailla yleisempää (DID 33 %, skitsofrenia 11 %).

Dorahy ym. (2009) vertailee äänien kuulemista kolmen eri ryhmän välillä: dissosiativista identiteettihäiriötä sairastavat ja kaksi skitsofreenikkoryhmää, joista toisessa potilailla oli taustalla lapsuuden aikana koettuja traumoja ja toisessa ei. Äänten ominaisuuksia vertailtaessa todettiin sekä eroavaisuuksia että yhteneväisyyksiä. Ryhmät eivät eronneet toisistaan äänten sijainnin perusteella, ja todennäköisimmin äänet koettiin sisäisinä ääniä. Äänten sisältö ei missään ryhmässä ollut riippuvaista potilaan ajankohtaisesta mielialasta. DID-potilaat kuuluivat todennäköisemmin enemmän kuin kaksi erillistä ääntä. Äänten identifioituminen lapsen ääneksi oli merkittävästi tavallisempaa DID-ryhmässä. Skitsofreniaryhmissä lapsiäänten kuuluminen oli harvinaista, kun taas DID-ryhmässä 97 % koki sekä lasten että aikuisten ääniä. Käskevien äänien esiintyminen oli yhtä suurta DID-ryhmässä ja lapsuuden trauman kokeneilla skitsofreenikoilla, ja näihin ryhmiin verrattuna käskeviä ääniä oli paljon vähemmän lapsuuden traumaa kokemattomilla skitsofreenikoilla. Lapsuudessa koettu trauma vaikutti siten yhdistävän tässä tutkimuksessa äänien käskevää luonnetta diagnoosista riippumatta. Huomattavaa on, että DID-ryhmässä esiintyi skitsofreenikoita useammin tyypillisiä ns. schneideriaanisista ääniä, kuten potilaan toimintaa ja ajatuksia kommentoivia ääniä sekä keskenään keskustelevia ääniä. DID-potilailla esiintyi kuulohallusinaatioiden lisäksi useammin muiden aistimodalityettien hallusinaatioita. Ääniin suhtautumisessa oli myös eroa: DID-ryhmästä valtaosa potilaista raportoi ikävöivänsä ääniä mikäli ne loppuisivat, skitsofreniaryhmistä vain vähemmistö.

Samansuuntaisia tuloksia esitellään Laddisin ja Dellin (2012) artikkelissa, joka myös vertailee verbaalisia kuulohallusinaatioita DID-potilaiden ja skitsofreniapotilaiden välillä.

Tutkimuksessa todettiin DID-potilaiden kuulevan ääniä useammin kuin skitsofreniapotilaiden,

ja DID-potilailla esiintyi myös enemmän kommentoivia, keskustelevia, syyttäviä ja vihaisia ääniä. Lisäksi DID-ryhmä kuuli huomattavasti useammin lasten ääniä, mikä toistaa siten Dorahyn ym. (2009) löydöksen.

Tarkastelluissa tutkimuksissa on vertailtu skitsofreniapotilaita sekä dissosiatiiivista identiteettihäiriötä sairastavia potilaita. Yhteenvedona voidaan todeta, että selkeimpinä eroina ryhmien välillä todetaan lapsiksi identifioituvien äänien suurempi esiintyvyys DID-potilailla kuin skitsofreniapotilailla sekä äänten varhaisempi alkamisikä DID-potilailla verrattuna skitsofreniapotilaisiin. Ns. schneideriaanisista ääniä esiintyi DID-potilailla skitsofreniapotilaita useammin.

3.3 Erotusdiagnostiikan merkitys kliinisessä työssä

Potilaan kokemat kuulohallusinaatiot ovat vain yksi oireryhmä kaikista oireista, joita esiintyy psykoosisairauksissa ja dissosiatiiivisissa tiloissa. Käytännössä erotusdiagnostiikka perustuu kokonaiskuvaan, jossa otetaan huomioon potilaan henkilöhistoria, muu psykiatrinen oireilu, somaattinen sairaushistoria sekä potilasta havainnoimalla todetut löydökset.

Huolellinen anamneesi on keskeinen työkalu kuulohallusinaatioiden oireilevan potilaan erotusdiagnostiikassa sekä oireen kliinisen merkityksen selvittämisessä. Aluksi tulee selvittää, mitä potilas todella tarkoittaa äänien kuulemisella, sekä luoda käsitys potilaan kokeman ilmiön laadullisista ominaisuuksista, äänien vaikutuksesta potilaan elämään ja käyttäytymiseen sekä potilaan suhtautumisesta ilmiöön. On huomioitava, toimiiko potilas äänien mukaan, jos äänet ovat luonteeltaan käskeviä, ja aiheuttavatko äänet potilaalle subjektiivista kärsimystä. On kuitenkin varottava tekemästä johtopäätöksiä yksittäisten ominaisuuksien perusteella: esimerkiksi kuulohallusinaatioiden koetun sisäisen tai ulkoisen sijainnin ei ole osoitettu merkittävästi assosioituvan mihinkään kliiniseen tilanteeseen (Copolov, Trauer ja Mackinnon 2004).

Ääniharhojen laadullisten ominaisuuksien lisäksi potilaan muut kliinispsykiatriset piirteet ja taustatekijät ovat tärkeitä. Viitteet ajankohtaisesta tai aiemmin esiintyneestä muusta psyykkisestä oireilusta sekä psykiatrisista diagnooseista ovat keskeisiä. Mieliala- ja ahdistuneisuusoireiden, psykoottisten oireiden ja dissosiatiiivisten oireiden esiintymistä voidaan selvittää eri oireita seulovia kyselykaavakkeita apuna käyttäen. Anamneesissa on tärkeää käydä läpi potilaan henkilöhistoriaa jo lapsuuden ajalta, ja huomiota tulee kiinnittää aikaisemman psyykkisen oireilun lisäksi mahdolliseen psyykkiseen traumahistoriaan.

Potilaalta tulee kysyä lähisukulaisten mielenterveyden häiriöistä, sillä esimerkiksi skitsofreniaan liittyy perinnöllistä alttiutta. Myöskään tarkan päihdeanamneesin merkitystä ei voi väheksyä. Anamneesin lisäksi potilaan kliininen havainnointi suuntaa erotusdiagnostiikkaa. Huomiota kiinnitetään potilaan mielialaan, psykomotoriikkaan, affekteihin, käytökseen ja olemukseen. Kliinikon hyvät vuorovaikutustaidot ovat tärkeässä roolissa kattavan anamneesin onnistumisen kannalta sekä myöhempien hoidollisten keinojen onnistumisessa.

Diagnostiikka vaikuttaa potilaalle valittavaan hoitolinjaan. Psykoosisairauksissa ja dissosiatiiivisissa häiriöissä hoitolinjat eroavat toisistaan. Skitsofrenian hoidon keskeiset elementit ovat antipsykoottinen lääkehoito sekä psykososiaaliset hoitomuodot, kuten psykoedukaatio ja kuntouttavat terapiat (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2022). Muiden toiminnallisten psykoosien hoito on yksilöllistä, mutta yhteistä näille on antipsykoottisen lääkehoidon keskeinen rooli (Psykiatria 2021). Antipsykoottiset lääkkeet ovat tehokkaita etenkin positiivisten psykoosioireiden hoidossa ja uusien psykoosijaksojen estossa, mutta niiden teho negatiivisiin oireisiin ei ole yhtä hyvä. Antipsykoottisella lääkehoidolla on haittavaikutuksia, minkä vuoksi pitkäaikainen lääkehoito tulee olla oikein kohdennettua. Haittavaikutukset vaihtelevat lääkeainekohtaisesti, mutta yleisesti ottaen niihin kuuluvat ekstrapyramidaalijärjestelmän kautta syntyvät motoriset oireet, metaboliset haitat (kuten painonnousu), antikolinergiset haitat ja joillakin lääkeaineilla QT-ajan pidentyminen. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2022.)

Dissosiatiiivisissa häiriöissä ensisijaisia hoitokeinoja ovat psykososiaaliset hoidot, jotka valitaan yksilöllisesti potilaan häiriön luonteen ja oirekuvan perusteella. Psykososiaalisia hoitoja ovat psykoterapiat, kuten kognitiivinen käyttäytymisterapia ja psykoanalyttinen terapia. Myös hypnoosia on käytetty dissosiaatiohäiriöiden hoidossa. Lääkehoidot eivät ole keskeisessä roolissa dissosiatiiivisten häiriöiden hoidossa, eikä antipsykoottista hoitoa pidetä suositeltavana hoitokeinona huonosti osoitetun tehon ja runsaiden sivuvaikutusten vuoksi. (Lauerma 2001, Lipsanen 2005.) Potilaiden hoidossa on kokeiltu useiden eri psyykelääkeryhmien lääkkeitä, mutta lääkehoitojen tehosta dissosiaatiohäiriöissä ei ole vahvaa näyttöä (Sutar ja Sahu 2019).

Erotusdiagnostiikalla pyritään siten kohdentamaan jokaiselle potilaalla oikeanlainen hoito. On kuitenkin muistettava, että potilaalla voi esiintyä samaan aikaan psykoosisairaus sekä dissosiatiiivisia aistiharhoja. Tämänkaltainen tilanne on yksi mahdollinen taustaselitys, kun

psykoottiseksi luokiteltu potilas ei saakaan antipsykoottisesta hoidosta vastetta esimerkiksi kuulohallusinaatioihin. Moskowitzin, Mosqueran ja Longdenin (2017) katsauksessa esitetäänkin, että skitsofreniassa äänet voisivat joissain tilanteissa olla luonteeltaan dissosiativisia, vaikka muut sairauden oireet eivät sellaisia olisikaan.

4 Pohdinta

Verbaalisten kuulohallusinaatioiden ominaisuuksien käyttökelpoisuus erotusdiagnostisena työkaluna psykoottisten ja dissosiativisten tilojen välillä ei saa vahvaa tukea tässä kirjallisuuskatsauksessa tarkastelluissa tutkimuksissa (Honig ym. 1998, Dorahy ym. 2009, Laddis ja Dell 2012): merkittäviä eroja ryhmien välillä ei todettu valtaosassa tarkasteltuja äänten ominaisuuksia. Eroina todettiin kuitenkin äänten myöhäisempi alkamisikä skitsofreniapotilailla sekä lapsiäänten suurempi esiintyvyys DID-potilailla. Lisäksi on otettava huomioon, että tarkastelluissa tutkimuksissa vertailu tapahtui vain skitsofrenia- ja DID-potilaiden välillä, joten näistä saadut tulokset eivät ole yleistettävissä koskemaan kaikkia psykoosi- tai dissosiaatiohäiriöitä sairastavia potilaita. Muussa kirjallisuudessa on myös osoitettu, että kuulohallusinaatioiden ominaisuudet eivät eronneet merkittävästi psykoosipotilaiden ja ei-psykoottisten psykiatristen sairauksien välillä (Jenner ym. 2008). Perinteistä käsitystä, jossa potilaan säilynyt realiteetintestaus suhteessa koettuihin kuulohallusinaatioihin viittaisi erotusdiagnostisesti muuhun kuin psykoottiseen, esimerkiksi dissosiativiseen sairauteen, pidetään kliiniseltä käyttökelpoisuudeltaan heikkona (Longden, Madill ja Waterman 2012).

Tässä työssä tarkastellut tutkimukset yhdessä muun kirjallisuuden kanssa pitävät schneideriaanisia kuulohallusinaatioita epäspesifisinä skitsofrenialle, eikä niiden yksinomaisen esiintymisen mukaan voida erottaa, onko kyseessä skitsofrenia vai dissosiativinen häiriö (Ross ym. 1990), ja lisäksi schneideriaanisia kuulohallusinaatioita todettiin DID-potilailla jopa skitsofreniapotilaita useammin (Dorahy ym. 2009). Asia ei ole merkityksetön, sillä schneideriaanisia kuulohallusinaatioita on pidetty jopa patognomisina skitsofrenialle (Longden, Madill ja Waterman 2012), mikä voi viivästyttää joissain tapauksissa oikeaan diagnoosiin pääsyä ja tehoavien hoitojen käyttöä. Seuraavassa ICD-tautiluokituksen sukupolvessa, ICD-11:ssä, diagnosimääritelmä on muuttumassa skitsofrenian osalta siten, että kuulohallusinaatioita ei enää erotella niiden ominaisuuksien mukaan.

Verbaalisten kuulohallusinaatioiden luonnetta voidaan tarkastella siitä näkökulmasta, onko niiden taustalla psykoottinen vai dissosiativinen prosessi. Ilmiön luonteen ymmärtäminen on tärkeää siksi, että oireen taustan ymmärtäminen auttaa kehittämään diagnostiikkaa sekä paremmin kohdistettuja hoitoja. Kirjallisuudessa on esitetty, että potilaan kokemat verbaaliset kuulohallusinaatiot olisivat luonteeltaan pääasiassa dissosiativinen ilmiö riippumatta siitä,

onko potilaalle asetettu diagnoosiksi psykoosisairaus vai jokin toinen psykiatrinen diagnoosi (Longden, Madill ja Waterman 2012, Moskowitz, Mosquera ja Longden 2017, Ross 2020). (Ross 2020) kritisoi artikkelissaan verbaalisten kuulohallusinaatioiden erotusdiagnostisessa ajattelussa ilmenevää diagnoosipohjaista tautologiaa, jossa diagnosoidussa psykoosisairaudessa esiintyvät äänet ovat luonteeltaan psykoottisia ja dissosiatiiivisissa häiriöissä vastaavasti dissosiatiiivisia. Artikkelissaan hän ehdottaakin mahdolliseksi erottamisen keinoksi kuulohallusinaation kompleksisuuden arviointia: etenkin kielellisesti monimutkaiset äänet (kokonaiset lauseet, keskustelevat ja kommentoivat äänet) olisivat luonteeltaan dissosioituneita persoonan osia ja tulisi siten nähdä luonteeltaan dissosiatiiivisiksi. Toisaalta taas hyvin yksinkertaiset, epäselvät ja yhtä sanaa aina uudestaan toistavat äänet eivät välttämättä olisi luonteeltaan samalla tavalla dissosiatiiivisia. Myös Moskowitzin ym. (2009) mukaan verbaalisia kuulohallusinaatioita tulisi pitää luonteeltaan dissosiatiiivisena oireena, ja kirjoittajat pitävät kuulohallusinaatioiden taustamekanismina aiempaan traumaan liittyviä, tietoiseen mieleen tunkeutuvia muisti-intruusioita. Moskowitz ym. (2009) pitävät hallusinaatioiden lisäksi muitakin positiivisia psykoottisia oireita dissosiatiiivisinä prosesseina. Toisaalta McCarthy-Jonesin ym. (2014) työssä esitetään, että dissosiatiiiviset verbaaliset kuulohallusinaatiot olisivat yksi monista verbaalisten kuulohallusinaatioiden alaryhmistä: kirjoittajien mukaan dissosiatiiivinen alaryhmä voisi esiintyä etenkin traumaan assosioituvissa psykooseissa. Tähän voisi mahdollisesti liittyä havainto, jonka mukaan skitsofreenikoilla esiintyy enemmän lääkeresistenssiä antipsykootteja käytettäessä silloin, kun potilaan historiassa on trauma-altistusta (Hassan ja De Luca 2015). Voidaan pohtia, voisiko ilmiön taustalla olla dissosiaatiopohjaisten oireiden esiintymistä trauman vuoksi, jolloin lääkehoidon vaste jää heikommaksi.

Verbaalisten kuulohallusinaatioiden ominaisuudet vaihtelevat potilaiden välillä. Kliinisessä työssä tulee varoa tekemästä diagnostisia johtopäätöksiä suoraan yksittäisten ominaisuuksien pohjalta, ja diagnostiikan tulee perustua kokonaisvaltaiseen arvioon. Ääniharhojen ominaisuuksien ja sisällön kartoittaminen ei kuitenkaan ole väistämättä arvotonta.

Psykoterapeuttisen hoidon näkökulmasta äänien sisällön, ominaisuuksien ja niille annettujen merkityksien kautta voi olla mahdollista auttaa potilasta terapeuttisen integraation keinoin diagnoosista riippumatta: pelkän antipsykoottisen lääkityksen käyttö ei ole jokaisen potilaan kohdalla sopiva hoitokeino. Lopuksi todettakoon, että koska potilaat voivat arastella äänien kuulemisesta kertomista häpeän ja leimaamisen pelossa, tulisi kaikkien potilastyötä tekevien lääkäreiden olla tietoisia siitä, että kuulohallusinaatioita esiintyy yleisväestössäkin ilman, että

kyseessä on psykiatrinen sairaus: verbaalisten kuulohallusinaatioiden kokeminen jossain elämäntilanteessa ei automaattisesti tarkoita psykoosisairautta tai muutenkaan psykiatrista häiriötä.

Lähteet

- Akyüz, G. *ym.* (1999) ”Frequency of dissociative identity disorder in the general population in Turkey”, *Comprehensive psychiatry*, 40(2), ss. 151–159. doi:10.1016/S0010-440X(99)90120-7.
- Allen, P., Aleman, A. ja McGuire, P.K. (2007) ”Inner speech models of auditory verbal hallucinations: Evidence from behavioural and neuroimaging studies”, *International Review of Psychiatry*, 19(4), ss. 407–415. doi:10.1080/09540260701486498.
- ”APA Dictionary of Psychology” (2022). Saatavissa: <https://dictionary.apa.org/functional-psychosis> (Viitattu: 1. joulukuuta 2022).
- Beavan, V., Read, J. ja Cartwright, C. (2011) ”The prevalence of voice-hearers in the general population: a literature review”, *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 20(3), ss. 281–292. doi:10.3109/09638237.2011.562262.
- Beebe, G.W. (1975) ”Follow-up studies of World War II and Korean war prisoners. II. Morbidity, disability, and maladjustments”, *American journal of epidemiology*, 101(5), ss. 400–422. doi:10.1093/OXFORDJOURNALS.AJE.A112108.
- Blom, J.D. (2015) ”Auditory hallucinations”, teoksessa *Handbook of Clinical Neurology*. Elsevier B.V., ss. 433–455. doi:10.1016/B978-0-444-62630-1.00024-X.
- Blom, J.D. ja Sommer, I.E.C. (2010) ”Auditory hallucinations: Nomenclature and classification”, *Cognitive and Behavioral Neurology*, 23(1), ss. 55–62. doi:10.1097/WNN.0b013e3181b2791e.
- Buchnik-Daniely, Y. *ym.* (2021) ”The path to dissociative experiences: A direct comparison of different etiological models”, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 28(5), ss. 1091–1102. doi:10.1002/cpp.2559.
- Copolov, D., Trauer, T. ja Mackinnon, A. (2004) ”On the non-significance of internal versus external auditory hallucinations”, *Schizophrenia Research*, 69(1), ss. 1–6. doi:10.1016/S0920-9964(03)00092-6.
- Copolov, D.L. *ym.* (2003) ”Cortical activation associated with the experience of auditory hallucinations and perception of human speech in schizophrenia: a PET correlation study”, *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 122(3), ss. 139–152. doi:10.1016/S0925-4927(02)00121-X.
- Cutajar, M.C. *ym.* (2010) ”Schizophrenia and other psychotic disorders in a cohort of sexually abused children”, *Archives of general psychiatry*, 67(11), ss. 1114–1119. doi:10.1001/ARCHGENPSYCHIATRY.2010.147.
- Dorahy, M.J. *ym.* (2009) ”Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: Similarities and differences”, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(12), ss. 892–898. doi:10.1097/NMD.0b013e3181c299ea.
- Ellason, J.W., Ross, C.A. ja Fuchs, D.L. (1996) ”Lifetime axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder”, *Psychiatry*, 59(3), ss. 255–266. doi:10.1080/00332747.1996.11024766.
- Ford, J.M. *ym.* (2012) ”Neurophysiological studies of auditory verbal hallucinations”, *Schizophrenia bulletin*, 38(4), ss. 715–723. doi:10.1093/SCHBUL/SBS009.
- van der Hart, O. ja Horst, R. (1989) ”The dissociation theory of Pierre Janet”, *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), ss. 397–412. doi:10.1007/BF00974598.
- Hassan, A.N. ja De Luca, V. (2015) ”The effect of lifetime adversities on resistance to antipsychotic

treatment in schizophrenia patients”, *Schizophrenia Research*, 161(2–3), ss. 496–500.
doi:10.1016/J.SCHRES.2014.10.048.

Honig, A. ym. (1998) ”Auditory hallucinations: A comparison between patients and nonpatients”, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(10), ss. 646–651. doi:10.1097/00005053-199810000-00009.

Hubl, D. ja Dierks, T. (2004) ”Visualizing the cerebral alterations that underlie auditory hallucinations in schizophrenia”, teoksessa *Schizophrenia: Challenging the Orthodox*. London: Martin Dunitz Parthenon Publishing, ss. 7–15. doi:10.3109/9780203397978-8.

Jaspers, K. (1913) ”General Psychopathology”. Johns Hopkins University Press. Saatavissa: <https://philpapers.org/rec/JASGP> (Viitattu: 1. joulukuuta 2022).

Jenner, J.A. ym. (2008) ”Positive and useful auditory vocal hallucinations: prevalence, characteristics, attributions, and implications for treatment”, *Acta psychiatrica Scandinavica*, 118(3), ss. 238–245.
doi:10.1111/J.1600-0447.2008.01226.X.

Juva K, Hublin C, Kalska H, Korkeila J, Sainio M, Tani P, V.R. (toim.) (2021) *Kliininen neuropsykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2021 (luettu 20.9.2022). Saatavilla Internetissä: www.oppoportti.fi/op/.

Kelleher, I. ym. (2012) ”Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis of population-based studies”, *Psychological Medicine*, 42(9), ss. 1857–1863. doi:10.1017/S0033291711002960.

Korol, S. (2008) ”Familial and social support as protective factors against the development of dissociative identity disorder”, *Journal of Trauma and Dissociation*, 9(2), ss. 249–267.
doi:10.1080/15299730802048744.

Kühn, S. ja Gallinat, J. (2012) ”Quantitative meta-analysis on state and trait aspects of auditory verbal hallucinations in schizophrenia”, *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), ss. 779–786.
doi:10.1093/schbul/sbq152.

Kurita, A. ym. (2020) ”Visual Hallucinations and Impaired Conscious Visual Perception in Parkinson Disease”, *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33(6), ss. 377–385.
doi:10.1177/0891988719892318.

”Lääketieteen termit” (2022) *Duodecim sanakirjat*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2021. Saatavissa: <https://www.terveysportti.fi/apps/sanakirjat/>.

Laddis, A. ja Dell, P.F. (2012) ”Dissociation and Psychosis in Dissociative Identity Disorder and Schizophrenia”, *Journal of Trauma and Dissociation*, 13(4), ss. 397–413.
doi:10.1080/15299732.2012.664967.

Larøi, F. (2012) ”How do auditory verbal hallucinations in patients differ from those in nonpatients?”, *Frontiers in Human Neuroscience*, 6(FEBRUARY 2012). doi:10.3389/fnhum.2012.00025.

Larøi, F. ym. (2012) ”The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and nonclinical groups: State-of-the-art overview and future directions”, *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), ss. 724–733. doi:10.1093/schbul/sbs061.

Larøi, F. ym. (2019) ”The ice in voices: Understanding negative content in auditory-verbal hallucinations”, *Clinical Psychology Review*. Elsevier Inc., ss. 1–10. doi:10.1016/j.cpr.2018.11.001.

Lauerma, H. (2001) ”Dissosiaatiohäiriöt ja niiden hoito”, *Duodecim*, ss. 2199–2205.

de Leede-Smith, S. ja Barkus, E. (2013) ”A comprehensive review of auditory verbal hallucinations:

- Lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals”, *Frontiers in Human Neuroscience*. doi:10.3389/fnhum.2013.00367.
- Lipsanen, T. (2005) ”Dissosiaatio psykiatrisena ilmiönä”, *Suomen Lääkärilehti*, 60(18–19), s.
- Longden, E. ym. (2020) ”The relationship between dissociation and symptoms of psychosis: A meta-analysis”, *Schizophrenia Bulletin*, 46(5), ss. 1104–1113. doi:10.1093/schbul/sbaa037.
- Longden, E., Madill, A. ja Waterman, M.G. (2012) ”Dissociation, trauma, and the role of lived experience: Toward a new conceptualization of voice hearing”, *Psychological Bulletin*, 138(1), ss. 28–76. doi:10.1037/a0025995.
- Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, P.T. (toim.) (2021) *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2021 (luettu 20.9.2022). Saatavilla Internetissä: www.oppiporssi.fi/op/.
- Lyssenko, L. ym. (2018) ”Dissociation in psychiatric disorders: A meta-analysis of studies using the dissociative experiences scale”, *American Journal of Psychiatry*, 175(1), ss. 37–46. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17010025.
- Maaranen, P. ym. (2005) ”Factors associated with pathological dissociation in the general population”, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(5), ss. 387–394. doi:10.1111/j.1440-1614.2005.01586.x.
- McCarthy-Jones, S. ym. (2014) ”Better than mermaids and stray dogs? Subtyping auditory verbal hallucinations and its implications for research and practice.”, *Schizophrenia bulletin*, 40 Suppl 4(Suppl 4), ss. S275-84. doi:10.1093/schbul/sbu018.
- Mechelli, A. ym. (2007) ”Misattribution of Speech and Impaired Connectivity in Patients With Auditory Verbal Hallucinations”, *Hum Brain Mapp*, 28, ss. 1213–1222. doi:10.1002/hbm.20341.
- Modinos, G. ym. (2013) ”Neuroanatomy of auditory verbal hallucinations in schizophrenia: A quantitative meta-analysis of voxel-based morphometry studies”, *Cortex*, 49(4), ss. 1046–1055. doi:10.1016/j.cortex.2012.01.009.
- Moseley, P. ym. (2018) ”Musical hallucinations, musical imagery, and earworms: A new phenomenological survey”, *Consciousness and Cognition*, 65, ss. 83–94. doi:10.1016/j.concog.2018.07.009.
- Moskowitz, A. ym. (2009) ”Are psychotic symptoms traumatic in origin and dissociative in kind?”, teoksessa (Eds.), P.F.D.& J.A.O. (toim.) *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. Routledge/Taylor & Francis Group. Saatavissa: <https://psycnet.apa.org/record/2008-03212-034> (Viitattu: 2. joulukuuta 2022).
- Moskowitz, A. ja Corstens, D. (2018) ”Auditory Hallucinations: Psychotic Symptom or Dissociative Experience?”, *Trauma and Serious Mental Illness*, 2887, ss. 35–63. doi:10.4324/9780203836286-4.
- Moskowitz, A., Mosquera, D. ja Longden, E. (2017) ”Auditory verbal hallucinations and the differential diagnosis of schizophrenia and dissociative disorders: Historical, empirical and clinical perspectives”, *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1(1), ss. 37–46. doi:10.1016/j.ejtd.2017.01.003.
- Norman, C. (1904) ”Extracampine Hallucinations [Extracampine Hallucinationen]. (Psychiat. Neurolog. Wochensch., Sept. 19th, 1903.) Bleuler”, *Journal of Mental Science*, 50(210), ss. 557–557. doi:10.1192/bjp.50.210.557.
- Van Os, J. ym. (2009) ”A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder”, *Psychological Medicine*, 39(2), ss. 179–195. doi:10.1017/S0033291708003814.

- Perälä, J. *ym.* (2007) "Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population", *Archives of General Psychiatry*, 64(1), ss. 19–28. doi:10.1001/archpsyc.64.1.19.
- Perona-Garcelán, S. *ym.* (2012) "Dissociative experiences as mediators between childhood trauma and auditory hallucinations.", *Journal of traumatic stress*, 25(3), ss. 323–329. doi:10.1002/jts.21693.
- Read, J. *ym.* (2005) "Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), ss. 330–350. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x.
- Ross, C.A. *ym.* (1990) "Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia", *Comprehensive Psychiatry*, 31(2), ss. 111–118. doi:10.1016/0010-440X(90)90014-J.
- Ross, C.A. (2020) "Voices: Are They Dissociative or Psychotic?", *The Journal of nervous and mental disease*, 208(9), ss. 658–662. doi:10.1097/NMD.0000000000001206.
- Ross, C.A., Joshi, S. ja Currie, R. (1990) "Dissociative experiences in the general population", *American Journal of Psychiatry*, 147(11), ss. 1547–1552. doi:10.1176/ajp.147.11.1547.
- Salokangas, R. (2004) "Aistiharha - neurologinen vai psykiatrinen häiriö?", *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 120(17), ss. 2085–2092.
- Salokangas, R.K.R. (2006) "Psykoosipotilaan tunnistaminen perusterveydenhuollossa", *Suomen Lääkärilehti*, 61(32), ss. 3105–3107.
- Schneider, K. (1959) *Clinical Psychopathology (5th ed.)*. New York: Grune and Stratton.
- Shinn, A.K. *ym.* (2020) "Assessing Voice Hearing in Trauma Spectrum Disorders: A Comparison of Two Measures and a Review of the Literature", *Frontiers in Psychiatry*, 10, s. 1. doi:10.3389/fpsyt.2019.01011.
- Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2022 (viitattu 5.11.2022). Saatavilla internetissä: www.käypähoito.fi.
- Soares-Weiser, K. *ym.* (2015) "First rank symptoms for schizophrenia", *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD010653.pub2.
- Sommer, Iris E. *ym.* (2010) "Dissecting auditory verbal hallucinations into two components: Audibility (Gedankenlautwerden) and alienation (thought insertion)", *Psychopathology*, 43(2), ss. 137–140. doi:10.1159/000277003.
- Sommer, Iris E. *ym.* (2010) "Healthy Individuals With Auditory Verbal Hallucinations; Who Are They? Psychiatric Assessments of a Selected Sample of 103 Subjects", *Schizophrenia Bulletin*, 36(3), s. 633. doi:10.1093/SCHBUL/SBN130.
- Sommer, I.E.C. *ym.* (2008) "Auditory verbal hallucinations predominantly activate the right inferior frontal area", *Brain*, 131(12), ss. 3169–3177. doi:10.1093/brain/awn251.
- Stephane, M. *ym.* (2003) "The internal structure of the phenomenology of auditory verbal hallucinations", *Schizophrenia Research*, 61(2–3), ss. 185–193. doi:10.1016/S0920-9964(03)00013-6.
- Stephane, M., Barton, S. ja Boutros, N.N. (2001) "Auditory verbal hallucinations and dysfunction of the neural substrates of speech", *Schizophrenia Research*, 50(1–2), ss. 61–78. doi:10.1016/S0920-9964(00)00150-X.
- Sun, P. *ym.* (2019) "Investigating the prevalence of dissociative disorders and severe dissociative symptoms in first episode psychosis", *Early Intervention in Psychiatry*, 13(6), ss. 1366–1372.

doi:10.1111/eip.12773.

Suokas-Cunliffe, A. ja van der Hart, O. (2006) ”Dissosiaatiohäiriö - varhaisen, jatkuvan traumatisoitumisen pitkäaikaisseuraamus”, *Duodecim*, 122, ss. 2001–2007.

Sutar, R. ja Sahu, S. (2019) ”Pharmacotherapy for dissociative disorders: A systematic review”, *Psychiatry Research*, 281, s. 112529. doi:10.1016/J.PSYCHRES.2019.112529.

van Swam, C. *ym.* (2012) ”Possible dysregulation of cortical plasticity in auditory verbal hallucinations-A cortical thickness study in schizophrenia”, *Journal of Psychiatric Research*, 46(8), ss. 1015–1023. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.03.016.

Thakkar, K.N. *ym.* (2015) ”Disrupted saccadic corollary discharge in schizophrenia”, *Journal of Neuroscience*, 35(27), ss. 9935–9945. doi:10.1523/JNEUROSCI.0473-15.2015.

Tiihonen, J. *ym.* (1992) ”Modified activity of the human auditory cortex during auditory hallucinations”, *American Journal of Psychiatry*, 149(2), ss. 255–257. doi:10.1176/ajp.149.2.255.

Waters, F. ja Fernyhough, C. (2017) ”Hallucinations: A systematic review of points of similarity and difference across diagnostic classes”, *Schizophrenia Bulletin*. Oxford University Press, ss. 32–43. doi:10.1093/schbul/sbw132.

Williams, J. *ym.* (2018) ”Psychological mediators of the association between childhood adversities and psychosis: A systematic review”, *Clinical Psychology Review*, 65(January), ss. 175–196. doi:10.1016/j.cpr.2018.05.009.

Yttri, J.E., Urfer-Parnas, A. ja Parnas, J. (2020) ”Auditory Verbal Hallucinations in Schizophrenia: Mode of Onset and Disclosure”, *The Journal of nervous and mental disease*, 208(9), ss. 689–693. doi:10.1097/NMD.0000000000001179.

Zmigrod, L. *ym.* (2016) ”The neural mechanisms of hallucinations: A quantitative meta-analysis of neuroimaging studies”, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. Neurosci Biobehav Rev, ss. 113–123. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.05.037.