



## Nierzeczywiste percepcje muzyczne: analiza 75 przypadków

*Unreal musical perceptions: an analysis of 75 cases*

STEFAN KRZYMIŃSKI

Z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego dla Nerwowo i Psychicznie Chorych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ciburzu

**STRESZCZENIE.** *Cel.* Przedstawienie informacji na temat nierzeczywistych percepcji muzycznych i porównanie z nimi wyników analizy 75 przypadków zebranych, poza jednym, z piśmiennictwa. Nierzeczywiste percepcje muzyczne, zwykle nazywane omamami, wg piśmiennictwa częściej występują u kobiet, w wieku podeszłym, kojarzone są z osłabieniem słuchu i uszkodzeniem (dysfunkcją) mózgu, zwłaszcza półkuli niedominującej. Rokowanie uważane jest za niepewne. **Badani i metoda.** Analizie poddano 75 przypadków omamów i parahalucynacji muzycznych (OPM) opisanych w publikacjach, głównie anglojęzycznych z lat 1975–2002. Zwrócono uwagę na rodzaj zaburzeń psychicznych i zmian organicznych występujących u omawianych pacjentów, charakterystykę i rodzaj percepcji muzycznych, metody i skuteczność ich leczenia. **Wyniki.** Nierzeczywiste percepcje muzyczne można podzielić na pięć grup: związane z zaburzeniami psychicznymi (szczególnie depresją), chorobami ośrodkowego układu nerwowego, idiopatyczne, wywołane przez leki i związane z poważnymi chorobami somatycznymi. We wszystkich analizowanych grupach przeważały kobiety oraz osoby z osłabieniem słuchu. Jedna trzecia pacjentów miała mniej niż 60 lat. Uszkodzenia mózgu były zlokalizowane w obu półkulach i pniu mózgu. Leczenie dało dobre wyniki u 75% kobiet i prawie 90% mężczyzn. **Wnioski.** Tylko w mniejszości przypadków percepcje muzyczne mogły być uznane za omamy z powodu braku wglądu w ich nierzeczywistą naturę. W większości przypadków obecność wglądu wskazywała, że były to parahalucynacje (halucynoidy), automatyzmy sensoryczne.

**SUMMARY.** *Aim.* An overview of current knowledge on unreal musical perceptions is followed by an analysis of 75 cases of this disorder reported (except for one case) in the literature. Unreal musical perceptions, usually called hallucinations, according to the literature more frequent in females and in the elderly, are associated with hearing impairment and brain dysfunction, especially of the non-dominant hemisphere. Prognosis is considered to be uncertain. **Sample and methods.** In the analysis of 75 cases of musical hallucinations and parahallucinations reported in mostly the English-language publications in the years 1975–2002, the nature of these patients' mental disorders and organic changes, characteristics and type of their musical perceptions, as well as treatment methods and their efficacy were taken into account. **Results.** Five groups of unreal musical perceptions can be distinguished: these related to mental disorders (depression especially), to diseases of the central nervous system, idiopathic, drug-induced, or associated with a severe somatic illness. In all the analysed groups females and individuals with some hearing impairment predominated. A third of the patients were aged under 60 years. Brain lesions were situated in both hemispheres and in the brain stem. Good results of treatment were attained in 75% of female and almost 90% of male patients. **Conclusions.** Only in some cases musical perceptions could be recognised as hallucinations due to the patient's lack of insight into their unreal nature. In a majority of cases the presence of insight indicated that such perceptions were parahallucinations (hallucinoids), or sensory automatisms.

**Słowa kluczowe:** percepcje muzyczne / klasyfikacja / obraz kliniczny / leczenie

**Key words:** musical perceptions / classification / clinical picture / treatment

W piśmiennictwie nierzeczywiste percepcje słuchowe o treści muzycznej nazywane są omamami, niezależnie od braku lub obecności sądu realizującego (stanu wglądu) [1, 2]. Jest to zgodne z klasyfikacją ICD-10 [3]. Zakwalifikowanie zaburzeń spostrzegania przebiegających bez prawidłowego sądu realizującego może jednak budzić wątpliwości [4].

W polskim piśmiennictwie psychiatrycznym przyjęto, że kryterium diagnostycznym omamów jest brak prawidłowego sądu realizującego (wglądu w ich nierealną naturę). Nierzeczywiste spostrzeżenia, z prawidłowym sądem realizującym (zachowanym wglądem) zalicza się do parahalucynacji (halucynoidów, automatyzmów sensorycznych) [5, 6, 7, 8, 9, 10]. Analizy przypadków nierzeczywistych percepcji muzycznych wskazują, że ok. 2/3 pacjentów miało zachowany wgląd w ich nierealny charakter, u pozostałych krytycznej oceny nie było [1, 2]. Uzasadnione więc wydaje się obejmowanie ich wspólną nazwą omamów i parahalucynacji muzycznych (OPM).

OPM definiowane są jako wysoce zorganizowane, złożone percepcje muzyki wokalne i/lub orkiestrowej, odzwierciedlające wspomnienia muzyczne [11, 12, 13, 14, 15, 16]. Uważane są za zjawisko rzadkie [1, 12, 17, 18, 19, 20, 21]. Berrios [1] znalazł 91 opisów OPM opublikowanych w latach 1841 [Baillarger] – 1987 [Patel i wsp.]. Dodał do nich 10 nowych. Badania pacjentów w wieku podeszłym poradni audiologicznej [22], pacjentów szpitala ogólnego [20] i studentów korzystających z pomocy psychiatrycznej [89] ujawniły OPM odpowiednio u 2,5; 0,16 i 0,78% badanych. Jednak Nayani i Dawid [wg 23] stwierdzili, iż u 36% pacjentów z omamami słuchowymi, oprócz głosów występowała muzyka. Wydaje się, że OPM są częstsze niż wynikałoby to z niewielkiej stosunkowo liczby doniesień kazuistycznych. Pacjenci nie wspominają o nich z obawy, że zostaną uznani za chorych psychicznie. Lekarze zaś nie zwracają na ten objaw uwagi [1, 12, 24, 25].

Większość przypadków OPM mieści się w pewnym, wspólnym wzorcu. Nie są one patognomoniczne dla jakiegokolwiek choroby.

Częściej występują u kobiet w wieku podeszłym, skojarzone są zwykle z postępującym osłabieniem słuchu. Ich pojawieniu się sprzyjają choroby ośrodkowego układu nerwowego (o.u.n.), dotyczące zwłaszcza półkuli niedominującej [1, 14, 19, 26, 27, 28, 29].

Uważane bywają za omamy występujące u ludzi zdrowych psychicznie [30, 31, 32, 33]. Jednak choroby psychiczne, podobnie jak choroby o.u.n. i przyjmowanie pewnych leków, traktowane są jako czynniki ryzyka OPM [34, 35, 36]. Zaburzenia psychiczne, w przebiegu których mogą wystąpić OPM to depresja, schizofrenia, zaburzenia schizofektywne, halucynozja alkoholowa [15, 17, 24, 25, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43]. Z cech właściwych „typowemu” pacjentowi OPM wyłączane jest otępienie [44]. Choroby o.u.n. to przede wszystkim guzy lub udary mózgu, ogniska padaczkowe, inne ogniskowe uszkodzenia [1, 14, 45]. Wystąpienie OPM odnotowano w związku z przyjmowaniem trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych, leków przeciwcholinergicznym stosowanych w chorobie Parkinsona, benzodwuzepin, pochodnych kwasu salicylowego, beta-adrenolitycznych (propranololu), fenotiazynowych oraz tramadolu, prokainy, fenytoiny, karbamazepiny, pentoksyfoliny, amfetaminy i po znieczuleniu ogólnym [25, 26, 35, 44, 46, 47, 48].

OPM pojawiały się również po odstawieniu leków benzodwuzepinowych i alkoholu [42, 49].

W obszerniejszych analizach przeciętny wiek pacjentów z OPM określono na 68 lat, a odsetek kobiet wynosił ok. 70% [1, 2, 40]. Osłabienie słuchu występujące u 67 do ponad 90% pacjentów, postępujące zwykle przez wiele lat, ma charakter przewodzeniowy, odbiorczy lub mieszany. Wiąże się z chorobami ucha środkowego, wewnętrznego, uszkodzeniami drogi słuchowej od jej pierwszego neuronu po zakręty skroniowe poprzeczne (Heschla) [1, 2, 25, 50, 51, 52, 53].

Początek OPM jest z reguły nagły, skojarzony w części przypadków z szumem usznym (*tinnitus*). Przebieg zwykle jest długotrwały, nawet wieloletni. Zwykle muzyka

słyszana jest w ciągu całego dnia i po przebudzeniu w nocy. Jej nasilenie, głośność zależy może od poziomu zewnętrznego tła dźwiękowego [12, 17, 24, 30, 52, 54].

Treść OPM stanowi muzyka wokalna, orkiestrowa lub mieszana. Są to dobrze znane utwory, często pamiętane jeszcze z dzieciństwa. Zwykle są tak wyraźne, że pacjenci mogą odróżnić głosy śpiewaków (tenor, sopran itp.). Zdarzają się też prostsze doznania muzyczne, np. dźwięk dzwonów. Istotną cechą jest stereotypowy charakter słyszonej muzyki – te same utwory lub ich fragmenty „jakby z zadrapanej płyty”. Bywa, że powoduje to rozdrażnienie, niepokój, ale z czasem może nastąpić przyzwyczajenie. Niekiedy pacjenci śpiewają razem z nierzeczywistą muzyką. Część pacjentów może wpływać na jej głośność, tempo, treść, rzadko mogą ją przerwać. OPM mogą być odbierane jako pochodzące z zewnątrz lub lokalizowane w przestrzeni wewnętrznej. Mogą być słyszalne obu- lub jednostronnie [1, 2, 11, 12, 31, 33, 52, 55, 56, 57, 58]. Częste skojarzenie OPM z osłabieniem słuchu i zmianami w o.u.n. powoduje, że najczęściej są one zaliczane do tej samej kategorii doznań psychicznych co bóle fantomowe i nierzeczywiste spostrzeżenia wzrokowe o charakterze zespołu Charlesa-Bonnetta (ZCB). Czyli do nierealnych spostrzeżeń powstałych w wyniku podrażnienia i/lub wyładowania neuronów w obszarze korowym, do którego został przerwany lub ograniczony dopływ odpowiednich bodźców sensorycznych (*irritative and release phenomena*) [17, 58, 59, 60, 61, 62, 63]. Mechanizm ten nie wyjaśnia w pełni zjawiska OPM. Nie tłumaczy na przykład długiego zwykle okresu, jaki upływa między pojawieniem się osłabienia słuchu i ich wystąpieniem [41, 58]. Poza tym osłabienie słuchu nie jest ani koniecznym, ani wystarczającym warunkiem pojawienia się OPM [15]. Tak, jak nie we wszystkich przypadkach stwierdzić można uchwytne, istotne uszkodzenia o.u.n. [1, 12, 30, 51, 57, 62]. Stąd obecność poglądów skrajnych na etiopatogenezę OPM, od obwodowego do ośrodkowe-

go ich pochodzenia. W pierwszym przypadku byłyby one jedynie wynikiem choroby ucha powodującej zniekształcenia odbieranych rzeczywistych dźwięków [12, 13, 25]. Tezę tą do pewnego stopnia podtrzymuje fakt, że samo ucho jest zdolne do tworzenia dźwięków iluzyjnych. Komórki włosowe narządu Cortiego odbierając tony rzeczywiste wytwarzają jednocześnie tony pośrednie będące różnicą lub sumą różnicy częstotliwości tonów pierwotnych [64]. Zniekształceniu dźwięków sprzyja też szum uszny [25, 35, 40, 65]. Gordon [50] wiążący OPM wyłącznie z chorobami ucha nazywa je omamami otopatycznymi (*otopathic auditory hallucinations*). Jest w tym pewna analogia do halucynozy wzrokowej oftalmopatycznej [5]. Zwolennicy przede wszystkim ośrodkowego uwarunkowania OPM, wskazują na dowody uszkodzenia lub dysfunkcji o.u.n. u doznających ich osób z prawidłowym słuchem. Zmiany takie stwierdzone są w badaniach neuropsychologicznych, neuroobrazowych struktury i funkcji mózgu, słuchowych potencjałów wywołanych, elektroencefalograficznych. Sugerowane są związki OPM z padaczką skroniową [17, 18, 24, 39, 40, 48, 51, 66, 67]. Wyniki tych badań są niejednoznaczne. Uszkodzenia o.u.n. w przebiegu których pojawiły się OPM nie były zlokalizowane jedynie w prawej (niedominującej) półkuli. Zmiany strukturalne i funkcjonalne, często mnogie, w przebiegu których pojawiały się lub które towarzyszyły OPM stwierdzono w obrębie obu półkul i innych okolic mózgu [11, 15, 18, 27, 45, 53, 54, 68]. Szczególna rola przypisywana jest uszkodzeniom mostu, jego grzbietowej części. OPM miałyby być znakiem szczególnym takiego uszkodzenia [60, 69, 70, 71, 72]. Długotrwałość OPM, ich ciągłość, przeczyłaby powiązaniu z padaczką. Stąd Erkwoh i wsp. [18] OPM skojarzone z ogniskowymi zmianami w zapisie EEG nazwali aurą muzyczną ciągłą (*aura continua musicalis*).

W sumie przeważa pogląd o współdziałaniu czynników obwodowych i ośrodkowych w patomechanizmie OPM [1, 19, 22, 36, 37, 38, 56, 61, 73].

Podejście do leczenia OPM uzależnione jest od stanu wglądu w nierzeczywistą naturę doznań muzycznych. Pacjenci z brakiem wglądu lepiej reagują na leki neuroleptyczne, przeciwdepresyjne lub leczenie elektrowstrząsowe (EW) [1, 2, 15, 72]. W przypadkach związanych z organicznym uszkodzeniem o.u.n. zalecane są leki przeciwpadaczkowe, benzodiazepinowe [1, 2, 54, 59, 74]. Według niektórych autorów leczenie często jest nieskuteczne i OPM utrzymują się do końca życia [28, 43].

W piśmiennictwie przeważają opisy pojedynczych przypadków OPM. Berrios [1] w analizie 46 przypadków zwrócił przede wszystkim uwagę na organiczne uwarunkowania OPM. Pasquini i Cole [2] poddali analizie 32 przypadki „idiopatycznych halucynacji muzycznych”. Za takie uznali OPM, które pojawiły się bez związku z chorobami o.u.n. lub działaniem leków. Nie wykluczyli przypadków z zaburzeniami psychicznymi. Przegląd doniesień kazuistycznych poświęconych OPM sugeruje, że celowe może być ich połączenie w większe grupy (subkategorie) w oparciu o zakładane najistotniejsze sprzyjające im czynniki. Może to ułatwić postępowanie diagnostyczne i leczenie.

## MATERIAŁ I METODA

Analizie poddano 75 przypadków OPM. Siedemdziesiąt cztery pochodziły z publikacji, głównie anglojęzycznych z lat 1975–2002. Dodano do nich jeden przypadek własny, wcześniej nie przedstawiany. Poza ogólną charakterystyką całej grupy, zwrócono uwagę na rodzaj zaburzeń psychicznych i zmian organicznych występujących u omawianych pacjentów, charakterystykę i rodzaj percepcji muzycznych, metody i skuteczność ich leczenia. Wszystkie przypadki podzielono na pięć grup kierując się zakładanymi, najważniejszymi czynnikami związanymi z wystąpieniem OPM. Były to: grupa OPM w przebiegu zaburzeń psychicznych [1, 12, 15, 17, 18, 19, 24, 31, 37, 39, 56, 57, 72, 75,

76, 77, 78], chorób ośrodkowego układu nerwowego [1, 11, 27, 28, 41, 45, 51, 53, 54, 59, 60, 61, 62, 66, 69, 70, 79, 80], OPM idiopatycznych [1, 2, 12, 21, 27, 30, 36, 51, 52, 58, 73, 81], wywołanych przez leki [19, 26, 29, 43, 44, 48] oraz w przebiegu ciężkich chorób somatycznych [14, 16, 82]. W grupie OPM w przebiegu zaburzeń psychicznych mieścił się jeden własny, nieopisany wcześniej przypadek.

## WYNIKI

Charakterystykę 75 pacjentów z OPM przedstawia tabl. 1.

Tablica 1. Charakterystyka 75 pacjentów z omamami i parahalucynacjami muzycznymi (OPM)

Zmienna	Częstość N (%)
Płeć	
– kobiety	54 (71,6%)
– mężczyźni	21 (28,4%)
Wiek: średni, o.s.*	
– ogółem	64,5±16,5
– kobiety	68,7±16,0
– mężczyźni	54,8±13,2
Mieszkający samotnie	
– kobiety	30 (55,5%)
– mężczyźni	6 (28,6%)
Oslabienie słuchu	
– ogółem	54 (72,0%)
– obustronne	42 (77,7%)**
– jednostronne	9 (16,6%)**
– brak danych	3 (5,5%)**
Rodzaj osłabienia słuchu	
– przewodzeniowy	2 (3,7%)**
– odbiorczy	16 (29,6%)**
Szum uszny ( <i>tinnitus</i> )	7 (9,3%)
Choroby somatyczne (obwodowe)	43 (57,3%)
Inne zaburzenia spostrzegania	16 (21,3%)
– słuchowe	9 (12,0%)
– wzrokowe	5 (6,7%)
– innych modalności	2 (2,7%)

\* Odchylenie standardowe

\*\* Odsetek przypadków z osłabieniem słuchu

W omawianej grupie kobiety przeważały w proporcji 2,6:1. Rozpiętość wieku, w jakim pojawiły się OPM mieściła się w granicach 28 do 89 lat. Niemal 35% pacjentów miało mniej niż 60 lat. Kobiety dwukrotnie częściej mieszkaly samotnie. Osłabienie słuchu w jednej trzeciej przypadków oceniono jako ciężkie. W przypadkach, w których określono jego charakter było to przede wszystkim osłabienie odbiorcze, w niewielkim odsetku przewodzeniowe. Tylko w 7% przypadków początek osłabienia słuchu był nagły. Choroby somatyczne, przewlekłe, głównie układu krążenia, stwierdzono u ponad połowy pacjentów. Zaćmę rozpoznano tylko u kobiet (11%). Inne niż OPM zaburzenia spostrzegania, u ponad jednej piątej pacjentów, były przede wszystkim omamami słuchowymi, słownymi i spostrzeżeniami wzrokowymi o obrazie zespołu Charlesa-Bonneta (ZCB) – tylko u kobiet, niemal 10%.

Tabl. 2 przedstawia grupy, na jakie podzielono omawianych pacjentów.

Najliczniejsza grupa objęła przypadki OPM w przebiegu zaburzeń psychicznych – 32% wszystkich pacjentów. Przeważało rozpoznanie depresji (62,5%), różnych jej postaci. Nieco częściej u kobiet niż mężczyzn – 64,7 i 57%. Schizofrenię rozpoznano w 4 przypadkach, u dwóch kobiet i 2 mężczyzn – 11,8 i 28%. W trzech przypadkach rozpoznano zespół psychoorganiczny (12,5%), w jednym na poziomie łagodnego otępienia. Rozpoznano po jednym przypadku późnej parafrenii i halucynozy organicznej. Oba dotyczyły ko-

biet. Przeciętny wiek tej grupy wynosił 64 lata (kobiet 69,2, mężczyzn 50,8 lat).

Drugą co do liczebności grupę (29,3%) stanowili pacjenci, u których OPM pojawiły się w przebiegu chorób ośrodkowego układu nerwowego. W 54,5% przypadków były to uszkodzenia pochodzenia naczyniowego – udary krwotoczne, niedokrwienne, tętniaki i zniekształcenia tętniczko-żylnie. Nowotwory stwierdzono w 4 (18,2%). Zmiany zapalne o.u.n. rozpoznano w trzech przypadkach (14,3%). Do grupy tej zaliczono dwa przypadki kobiet, u których pojawienie się OPM było związane z czynnością napadową w zapisie elektroencefalograficznym. Był jeden przypadek choroby Pageta z łagodnym zanikiem mózgu. Zaniki mózgu towarzyszyły też uznanym za zasadnicze zmianom naczyniowym w czterech innych przypadkach. Przeciętny wiek w tej grupie wynosił 53,9 lat – kobiet 64,8, a mężczyzn 48,3 lat. Niemal 69% pacjentów miało mniej niż 60 lat.

Do grupy OPM idiopatycznych (25,3% przypadków), zaliczono pacjentów, u których nie rozpoznano zaburzeń psychicznych, chorób o.u.n., ani innych chorób somatycznych, z którymi doznania te mogłyby być powiązane. Jednak u 4 pacjentów (21%) stwierdzono niewielkie zaniki mózgu, a u 5 (26%) zmiany w zapisie elektroencefalograficznym nie mające charakteru napadowego. Średnia wieku w tej grupie wynosiła 71,8 lat, mniej niż 60 lat miało 25% pacjentów.

Grupa, w której OPM powiązano z przyjmowaniem określonych leków (9,3%), to

Tablica 2. Główne grupy pacjentów z OPM

Grupa OPM	Ogółem (%)*	Kobiety (%)**	Mężczyźni (%)**
OPM w:			
– zaburzeniach psychicznych	24 (32,0)	17 (70,8)	7 (29,2)
– chorobach o.u.n.	22 (29,3)	16 (72,7)	6 (27,3)
– idiopatyczne	19 (25,3)	13 (68,4)	6 (31,6)
– wywołane przez leki	7 (9,3)	5 (71,4)	2 (28,6)
– chorobach somatycznych	3 (4,0)	3 (100,0)	–

\* Odsetek ogółu pacjentów

\*\* Odsetek w danej grupie

2 przypadki związane z trójpierścieniowymi lekami przeciwdepresyjnymi, w dwóch był to propranolol, w jednym leki benzodiazepinowe (lorazepam, temazepam), w jednym pentoksyfilina i w jednym tramadol. W 4 przypadkach stwierdzono różnego stopnia zaniki mózgu, w jednym rozsiane ogniska niedokrwienne w obrębie obu półkul mózgu. Średni wiek w tej grupie wynosił 71 lat – kobiet 76,8, a mężczyzn 57 lat.

Ostatnią grupę stanowiły 3 kobiety (4%), u których OPM pojawiły się w przebiegu przewlekłych, poważnych chorób somatycznych. Dwie były dializowane, u trzeciej była to wieloletnia niedoczynność przytarczyc. U jednej z dializowanych pacjentek rozpoznano również depresję, u drugiej napady paniki i bóle psychogenne. U niej także stwierdzono rozległe zaniki mózgu i mózdzku, zmniejszenie lokalnego przepływu krwi w lewym płacie skroniowym, a w zapisie EEG zmiany napadowe w obu okolicach skroniowych. U pacjentki

z niedoczynnością przytarczyc stwierdzono zwapnienia w jądrach podstawnych mózgu, we wzgórzu, mózdzku i okołokomorowe. Pacjentki dializowane miały 37 i 38 lat, a trzecia 63 lata. Ta niewielka grupa najwyraźniej prezentowała współwystępowanie różnego rodzaju zmian organicznych i nieorganicznych u pacjentów z OPM. Takie nakładanie się różnego rodzaju zmian, dostrzec można we wszystkich grupach. Dodatkowe objawy zaburzeń psychicznych występowały u 8 pacjentów z innych grup, poza tą, w której były one podstawowym rozpoznaniem. Były to zwłaszcza objawy zespołu Charlesa-Bonneta.

Podobnie liczba pacjentów, u których stwierdzono w trakcie badań zmiany organiczne w o.u.n. przekraczała liczbę osób zaliczonych do grupy z chorobami organicznymi mózgu.

Tabl. 3 przedstawia częstość występowania tych zmian u wszystkich omawianych pacjentów, ich rodzaj, lokalizację, lateralizację.

Tablica 3. Zmiany organiczne o.u.n. – rodzaj, lokalizacja, lateralizacja

Zmiany organiczne	Kobiety (%)*	Mężczyźni (%)*
Rodzaj zmian		
– zanikowe	20 (37,0)	1 (4,7)
– naczyniowe	8 (14,8)	5 (23,8)
– ogniskowe i uogólnione zmiany w EEG	8 (14,8)	3 (14,3)
– nowotwory	3 (5,5)	1 (4,7)
– zapalne	1 (1,8)	2 (9,5)
– inne	2 (3,7)	–
Lokalizacja		
– płat skroniowy	13 (37,0)	2 (9,5)
– płat czołowy	5 (9,2)	2 (9,5)
– płat ciemieniowy	2 (3,7)	–
– płat potyliczny	2 (3,7)	–
– pień mózgu	4 (7,4)	4 (19,0)
– jądra podstawne	2 (3,7)	4 (19,0)
– wzgórze	3 (5,5)	–
– mózdzek	2 (3,7)	–
Lateralizacja		
– obustronne	16 (26,6)	7 (33,3)
– prawostronne	13 (24,0)	1 (4,7)
– lewostronne	4 (7,4)	3 (14,3)
Liczba przypadków ze zmianami w o.u.n.	36 (66,6)	12 (57,0)

\* Odsetek ogółu pacjentów

Poza grupą obejmującą przypadki z chorobami o.u.n., zmiany organiczne ujawniono u 26 innych pacjentów. Zmiany takie w grupie OPM idiopatycznych występowały częściej niż w grupie z zaburzeniami psychicznymi – odpowiednio 47,4% i 41,6%. Najczęstsze były zmiany zanikowe uogólnione i ograniczone. Występowały zdecydowanie częściej u kobiet niż mężczyzn – 37% i 4,7%. Zmiany naczyniowe częstsze były u mężczyzn niż kobiet, odpowiednio 23,8% i 14,8%. Uogólnione i ogniskowe zmiany w zapisie EEG (14,6%) były jednakowo częste u obu płci. W większości przypadków (91,6%) podano lateralizację zmian. Była zróżnicowana. Najczęściej zmiany obejmowały obie półkule mózgu, szczególnie u mężczyzn. Lokalizacja lewostronna także częstsza była u mężczyzn. Zmiany w okolicach skroniowych stwierdzono częściej u kobiet (24%). U mężczyzn przeważały zmiany w pniu mózgu i jądrach podstawnych (po 19%). Zmiany w pniu mózgu w 5 przypadkach (62,5%) dotyczyły mostu.

W tabl. 4 przedstawiono charakterystykę OPM występujących w omawianej grupie.

W 40% przypadków nie podano sposobu ujawnienia się OPM. W połowie pozostałych ujawniły się nagle. Częściej u mężczyzn niż kobiet – 71,4% i 40,7%. W ponad połowie przypadków były lokalizowane w przestrzeni zewnętrznej. Mniej niż co dziesiąty pacjent (9,3%) określał je jako słyszane wewnętrznie. W pozostałych przypadkach brak było jednoznacznej oceny. W jednej trzeciej przypadków brak było informacji co do stanu wglądu w naturę doznań muzycznych (rzeczywiste/nierzeczywiste). Krótkotrwały brak wglądu, w początkowym okresie OPM stwierdzono nieco częściej u kobiet. Ciągły brak wglądu miał miejsce u 1/3 pacjentów. Wgląd od początku pojawienia się OPM częściej zachowany był u mężczyzn niż kobiet.

Tylko u 32% pacjentów odnotowano czas trwania OPM. W blisko połowie przypadków (45,8%) utrzymywały się ponad rok. U większości pacjentów miały charakter ciągły, trwały cały dzień i po przebudzeniu w nocy. W treści OPM przeważał śpiew, nieco rzadsza

Tablica 4. Charakterystyka percepcji muzycznych

Cecha*	Kobiety (%)**	Mężczyźni (%)**
Ujawnienie nagłe	22 (40,7)	15 (71,4)
Rzutowanie:		
– na zewnątrz	30 (55,5)	10 (47,6)
– wewnętrzne	5 (9,3)	2 (9,5)
– wątpliwe	19 (35,2)	9 (42,8)
Wgląd:		
– zachowany	7 (19,0)	7 (33,3)
– brak ciągły	17 (31,5)	7 (33,3)
– brak krótkotrwały	10 (18,6)	3 (14,3)
Czas trwania:		
– do 1 miesiąca	4 (7,4)	3 (14,3)
– do 1 roku	5 (9,3)	1 (4,8)
– ponad rok	8 (14,8)	3 (14,3)
Rodzaj muzyki:		
– śpiew	22 (40,7)	7 (33,3)
– instrumentalna	19 (35,2)	7 (33,3)
– mieszana	7 (18,0)	7 (33,3)
– proste tony (dźwięki)	6 (11,1)	–
Stereotypowość	16 (30,0)	5 (24,0)
Lateralizacja:		
– obustronna	18 (33,3)	8 (38,0)
– prawostronna	3 (5,5)	2 (9,5)
– lewostronna	3 (5,5)	–
Reakcja emocjonalna:		
– negatywna	25 (46,3)	8 (38,0)
– pozytywna	7 (18,0)	3 (14,3)
Reakcja behawioralna	15 (27,7)	5 (23,8)
Wpływ na percepcję	8 (14,8)	5 (23,8)

\* Suma przypadków niższa od liczby pacjentów wynika z braku odpowiednich danych

\*\* Odsetek ogólnej liczby pacjentów

była muzyka instrumentalna, orkiestrowa. To zróżnicowanie dotyczyło tylko kobiet. U mężczyzn postaci te były jednakowo częste. U mniej niż co piątego pacjenta występowała postać mieszana, śpiew z muzyką instrumentalną. Zdarzały się proste dźwięki, np. bębnow, tylko u kobiet (11,1%). U ponad jednej czwartej pacjentów muzyka powtarzała się stereotypowo. Część pacjentów (28%) była zdolna do rozróżniania płci i głosów śpiewaków (tenor, sopran), zwłaszcza kobiety. Mężczyźni mogli

częściej wpływać (myśлами, „siłą woli”) na OPM, zmieniać ich treść, głośność, tempo, czasem je przerywać. Percepcje muzyczne w schizofrenii odpowiadały temu wzorcowi. Były jakby „niezależne” od reszty obrazu psychopatologicznego, poza brakiem wglądu. Natomiast w depresji zdarzało się, że muzyka, treść piosenek, były zgodne z nastrojem. W przypadkach, w których zaznaczono lateralizację OPM, przeważało obustronne słyszenie muzyki (34,9%). Przy jednostronnym odbiorze częściej lokalizowano ją po stronie prawej.

Początkowe reakcje emocjonalne częściej były negatywne niż pozytywne. Odnotowane reakcje behawioralne to poszukiwanie źródła muzyki, śpiewanie razem z „głosami”. Rzadko oskarżanie sąsiadów o zbyt głośne nastawianie radia.

W ponad jednej czwartej przypadków nie opisano treści doznań muzycznych. U pozostałych najczęstsza była muzyka religijna (26,6%). Częściej u kobiet niż mężczyzn – 33,3% i 9,5%. U mężczyzn częstsza była muzyka popularna (42,9%) – w całej grupie 24%. W prawie jednej trzeciej (30,5%) przypadków była to muzyka znana od dzieciństwa. W pozostałych przypadkach były to również utwory znane. Ponad jedna czwarta pacjentów (25,6%) słyszała kilka różnych rodzajów muzyki – patriotyczną, religijną i okolicznościową, symfoniczną i popularną.

W tabl. 5. przedstawiono wyniki leczenia OPM ogółem i w poszczególnych grupach pacjentów.

Leczenie podjęto u 57 pacjentów (76%) – 40 kobiet (74%) i 17 mężczyzn (81%). Ustąpienie lub złagodzenie OPM uzyskano u 79% leczonych, 75% kobiet i ponad 88% mężczyzn. W grupie z zaburzeniami psychicznymi leczono wszystkich pacjentów. Korzystne wyniki uzyskano u ponad 76% kobiet i niemal 86% mężczyzn. W grupie OPM związanych z chorobami o.u.n. leczono 68,2% pacjentów. Pozytywne wyniki uzyskano u wszystkich leczonych mężczyzn i blisko dwóch trzecich kobiet. W grupie OPM idiopatycznych leczono mniej niż połowę pacjentów (42,1%) – 30,8% kobiet i 66,6% mężczyzn. Pozytywnie zareagowało na leczenie 50% kobiet i 75% mężczyzn. W grupie OPM wywołanych przez leki we wszystkich przypadkach odstawienie lub obniżenie dawki leku spowodowało ustąpienie lub złagodzenie percepcji muzycznych. U 3 kobiet z chorobami somatycznymi leczenie było w pełni skuteczne, z tym, że tylko w jednym przypadku leczono przyczynowo chorobę somatyczną. W dwóch pozostałych leczono nawarstwione zaburzenia psychiczne, w przebiegu których pojawiły się percepcje muzyczne.

U 30,5% pacjentów stosowano kilka metod leczenia, kolejno lub łącznie. Najczęściej leki neuroleptyczne, częściej u mężczyzn niż kobiet, odpowiednio 47,5% i 33,3%. Leki przeciwpadaczkowe otrzymywało 16% pacjentów. Także częściej mężczyźni. Leki przeciwdepresyjne zastosowano u 13,5% pacjentów. Częściej u kobiet. W przypadkach

Tablica 5. Skuteczność leczenia OPM wg kategorii diagnostycznych (wyleczenie lub poprawa)

Kategoria diagnostyczna	Kobiety		Mężczyźni	
	leczone	skuteczność*	leczeni	skuteczność*
Ogółem	40	30 (75,0)	17	15 (88,2)
Zaburzenia psychiczne	17	13 (76,5)	7	6 (85,7)
Choroby o.u.n.	11	7 (63,6)	4	4 (100,0)
Idiopatyczne	4	2 (50,0)	4	3 (75,0)
Wywołane przez leki	5	5 (100,0)	2	2 (100,0)
W chorobach somatycznych	3	3 (100,0)	–	–

\* Odsetek leczonych skutecznie



chorób o.u.n. podstawowym postępowaniem, w zależności od stwierdzonej choroby, było leczenie operacyjne, przeciwzapalne, bliżej niesprecyzowane, zachowawcze (np. w przypadkach udarów mózgu). Stosowano również leki przeciwpadaczkowe, benzodiazepinowe, przeciwdepresyjne, neuroleptyki. Rehabilitację słuchu, za pomocą aparatów słuchowych, podjęto u 8% pacjentów, a wyjaśnienie pacjentom istoty OPM w 4% przypadków. Samoistnie OPM ustąpiły u 6,6% pacjentów. Przyzwyczajenie do nich odnotowano u 4% pacjentów. U 17% kobiet (żadnego mężczyzny) wspomniano o zjawiskach osłabiających OPM. Były to konwersacja, skoncentrowanie na czymś uwagi, podwyższenie poziomu głośności otoczenia (włączenie radia, telewizora), subwokalizacja (bezgłośnie nucenie), zatycki do uszu. Cisza w otoczeniu, pora nocna, brak aktywności psychicznej nasilały OPM u ok. 20% kobiet i 10% mężczyzn.

Istotne statystycznie zależności, o najwyższym poziomie istotności i największym współczynniku skojarzenia phi-Yule'a dotyczyły częstszego występowania osłabienia słuchu u pacjentów po 60 roku życia, samotnego mieszkania w przypadku kobiet, częstszego u mężczyzn uszkodzeń pnia mózgu, a u kobiet zaników mózgu. U kobiet istotnie częściej występował brak wglądu. Kobiety istotnie częściej słyszały muzykę religijną, mężczyźni popularną. Wyniki leczenia ogółem, były istotnie lepsze w zaburzeniach psychicznych i uszkodzeniach o.u.n. niż idiopatycznych. U kobiet wyniki leczenia były istotnie lepsze w zaburzeniach psychicznych, u mężczyzn w chorobach o.u.n. Najwyższy poziom istotności dotyczył częstszego występowania osłabienia słuchu po 60 roku życia i skuteczności leczenia OPM w zaburzeniach psychicznych u kobiet ( $p=0,01$ ), częstszego występowania uszkodzeń o.u.n. u mężczyzn ( $p=0,02$ ), samotnego mieszkania kobiet i częstszego słyszenia muzyki popularnej przez mężczyzn ( $p=0,05$ ). Jednak współczynnik skojarzenia w każdej z tych zależności był słabo dodatni (współczynnik phi w granicach 0,368–0,242).

## OMÓWIENIE

W swej ogólnej charakterystyce (tabl. 1) omawiana grupa, jako całość, nie różniła się od innych, wcześniej analizowanych grup obejmujących od kilkunastu do kilkudziesięciu pacjentów z OPM [1, 2, 40]. Dotyczyło to zwłaszcza liczebnej przewagi kobiet, przeciętnego wieku w jakim pojawiły się te doznania. Podobny był odsetek pacjentów z osłabieniem słuchu oraz mieszkających samotnie. Niemal identyczny z grupą analizowaną przez Berriosa [1] był odsetek pacjentów, u których oprócz OPM występowały inne zaburzenia spostrzegania – ok. 30%. Podział wszystkich przypadków na pięć grup wydaje się uzasadniony. Sugerowały to już wcześniejsze, wspomniane analizy. W grupie opisanej przez Berriosa [1] zmiany organiczne w o.u.n. występowały w 45,6% przypadków. W przypadkach jakie analizowali Pasquini i Cole [2], zaburzenia psychiczne stwierdzono u niemal 36% pacjentów.

W omawianej grupie przypadki OPM związane z zaburzeniami psychicznymi były najliczniejsze (tabl. 2). Dwie trzecie z nich stanowiły różne postacie depresji (w grupie Pasquiniego i Cole'a – 1/3).

Fakt, że drugą co do liczebności grupę przypadków z chorobami o.u.n. cechowała najniższa średnia wieku, może stanowić pewną wskazówkę diagnostyczną.

Grupa OPM idiopatycznych, wydzielona została jak wspomniano z powodu braku istotnych ośrodkowych i obwodowych chorób somatycznych, zaburzeń psychicznych. Wyższy niż w innych grupach przeciętny wiek pacjentów sugerować może większy udział w powstawaniu OPM związanych ze starzeniem się zmian ośrodkowych (zanikowych) i obwodowych. Zmiany takie występowały jednak u pacjentów z innych grup, np. w pięciu z siedmiu przypadków, u których OPM wiązały się z przyjmowanymi lekami. Odpowiada to stwierdzeniu Aizenberga i wsp. [37], że nierzeczywiste doznania muzyczne są zwykle wynikiem wzajemnego oddziaływania stałego, predysponującego do nich

podłoża organicznego, somatycznego i czynników wyzwalających. Takimi mogą być leki, zaburzenia psychiczne, zwłaszcza depresja. W trzyosobowej grupie z ciężkimi chorobami somatycznymi, tylko w jednym przypadku (niedoczynność przytarczyc), pojawienie się nierzeczywistych percepcji muzycznych wiązało się z zaostrzeniem choroby podstawowej. Potwierdza to pogląd, że zespół omamowy (halucynozą F06.0) rzadko wiąże się z chorobami somatycznymi [83].

Obwodowe choroby somatyczne, głównie układu krążenia, występowały w połowie przypadków i we wszystkich grupach. Mogły więc odgrywać pewną rolę w patomechanizmie OPM, w niektórych przypadkach. Podobnie zmiany organiczne o.u.n., zanikowe, naczyniowe, z różną częstością stwierdzone w każdej z wymienionych grup pacjentów. Według Griffithsa [51] liczne, drobne, ogniskowe zmiany naczyniowe łatwiej mogą uszkodzić sieć percepcji oraz odtwarzania złożonych dźwięków i sprzyjać powstawaniu OPM. Nie sposób jednak nie zwrócić uwagi, że uszkodzenia o.u.n. u omawianych pacjentów (tabl. 3) koncentrowały się wzdłuż przebiegu drogi słuchowej, w pniu mózgu (zwłaszcza moście), wzgórzu, jądrach podstawnych (również torebce wewnętrznej), płatach skroniowych [21, 45, 54, 60, 66, 69, 70]. Zmiany w innych okolicach, zwłaszcza guzy, mogły pośrednio oddziaływać na funkcjonowanie tego szlaku, poprzez ucisk lub wywołanie obrzęku [62].

Charakterystyka ogólna oraz treść OPM u omawianych pacjentów (tabl. 4) nie różniły się od przedstawionych w innych analizach [1, 2, 40]. Podobny był odsetek pacjentów z brakiem wglądu – ok. jednej trzeciej przypadków. W niespełna 10% przypadków były one zlokalizowane w przestrzeni wewnętrznej. Przy braku wglądu byłyby to pseudohalucynacje. Słyszana muzykę stanowiły utwory znane, w znacznej części jeszcze z dzieciństwa. Tylko część z omawianych przypadków spełniała kryteria diagnostyczne halucynozą organiczną (F06.0) klasyfikacji ICD-10 [3]. Można było do niej zaliczyć OPM wywołane

przez leki lub choroby o.u.n., somatyczne obwodowe, jeżeli z odstawieniem leku lub wyleczeniem choroby wiązało się ustąpienie lub złagodzenie doznań muzycznych. To jedno kryterium wg klasyfikacji ICD-10 pozwala na pewne rozpoznanie halucynozą organiczną [84]. Roth i wsp. [33] zwrócili uwagę, że OPM, podobnie jak późna parafrenia, występują przede wszystkim u kobiet w wieku starszym, z osłabionym słuchem. Różnice wg nich, wiążą się z obecnością w późnej parafrenii omamów różnych modalności, w tym wzrokowych, urojeń, przedchorobowej paranoidealnej osobowości, obciążeniem rodzinnym zaburzeniami psychicznymi. Co najmniej dyskusyjne jest czy w parafrenii występują omamy wzrokowe. Natomiast w omawianej grupie doznania wzrokowe o obrazie zespołu Charlesa-Bonneta występowały w 5 przypadkach (6,7%). Przyjąć można, że brak wglądu w nierzeczywistą naturę percepcji muzycznych powinien skłaniać do poszukiwania innych objawów psychotycznych. Jednak sam brak wglądu (prawidłowego sądu realizującego) bywa uważany za urojenie [74]. W takim ujęciu nawet przy braku innych objawów psychotycznych nierzeczywiste percepcje muzyczne połączone z brakiem prawidłowego sądu realizującego mogłyby być traktowane jako zespół parafreniczny (ubogoobjawowy). Przypadki z zachowanym wglądem wymagałyby dokładnej oceny neurologicznej i ogólnej somatycznej. Taką ocenę psychopatologiczną i/lub somatyczną należałoby zwłaszcza przeprowadzić w OPM traktowanych jako idiopatyczne. Część z nich mogłaby być w wyniku tego zakwalifikowana do grupy zaburzeń psychicznych, inne potraktowano by jako halucynozę organiczną. Byłoby to zgodne z dawnym poglądem Falreta, że przy zachowanym wglądzie nie ma choroby psychicznej, oraz Hageny, że omamy są zawsze objawem choroby, nie zawsze psychicznej [86].

W omawianej grupie OPM dobrze reagowały na leczenie (tabl. 5). Podjęto je u 74% kobiet i 81% mężczyzn. Korzystne wyniki, złagodzenie lub ustąpienie OPM, uzyskano

u 75% kobiet i ponad 88% mężczyzn. Być może lepsze wyniki leczenia u mężczyzn można wyjaśnić ich młodszym wiekiem, zwłaszcza w grupie z chorobami o.u.n.

Niewielka liczba leczonych i gorsze wyniki leczenia OPM zakwalifikowanych jako idiopatyczne, mogły być wynikiem zarówno zaawansowanego wieku tych pacjentów, jak i braku istotnych objawów psychopatologicznych i/lub somatycznych, na które mogłoby być ukierunkowane leczenie. Zastępowanie leków, które spowodowały wystąpienie OPM innymi, o podobnym działaniu, np. propranololu atenololem, nie powodowało nawrotu doznań muzycznych. Niekiedy wystarczało obniżenie dawki leku [15, 19, 29, 43, 48].

U jednej trzeciej pacjentów stosowano kilka leków lub metod leczenia jednocześnie albo kolejno. Najczęściej stosowanymi były leki neuroleptyczne. W dwóch przypadkach zastosowano, z pozytywnym skutkiem, leki przeciwpsychotyczne drugiej generacji – kwetiapinę [73] i risperidon [36].

Leki przeciwdrgawkowe skuteczne były zwłaszcza w przypadkach z napadowymi zmianami w zapisie EEG. Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne w niektórych przypadkach nasiliły OPM, wywoływały objawy przeciwcholinergiczne. Stąd sugestie by zamiast nich stosować leki przeciwdepresyjne z innych grup, np. moklobemid, któryś z inhibitorów wchłaniania zwrotnego serotoniny [14, 85]. Dobre wyniki uzyskiwano w przypadkach depresji z doznaniem muzycznymi stosując leczenie EW [15, 72].

Leczenie operacyjne guzów mózgu, antybiotykoterapia procesów zapalnych, zachowawcze leczenie udarów, zwykle prowadziło do ustąpienia lub złagodzenia OPM.

Wbrew pogładowi Rotha i wsp. [33], że w przypadku OPM poprawa słuchu prowadzi do ich ustąpienia, w omawianej grupie nie było to tak jednoznaczne. OPM pojawiały się u osób z dobrze zrehabilitowanym słuchem. U innych po zastosowaniu aparatu słuchowego ustępowały, łagodniały lub nie było poprawy [12, 44, 51, 52, 78]. Zdarzało się, że pacjenci lepiej tolerowali percepcje muzycz-

ne niż hałas związany z używaniem aparatu słuchowego, więc rezygnowali z tej formy leczenia [19, 78].

W omawianych przypadkach rzadko stosowano inne niż biologiczne metody leczenia OPM (4% leczonych). Ross i wsp. [12, 13] uznali, że najlepszym, postępowaniem jest zapewnienie pacjenta o ich łagodnym, niepsychotycznym charakterze. Można to jednak odnieść tylko do przypadków zakwalifikowanych jako idiopatyczne, po wykluczeniu wszelkich uwarunkowań psychopatologicznych i somatycznych. W takich przypadkach, również w niektórych powiązanych z zaburzeniami psychicznymi, mogłyby być użyteczne metody stosowane jako pomocnicze w łagodzeniu omamów słuchowych słownych. Za najskuteczniejsze, wg różnych badań, uważane jest oglądanie telewizji, konwersacja, słuchanie audycji radiowych (interesujących pacjenta) przez słuchawki [19, 55, 82, 87]. Podobne metody stosowali samorzutnie pacjenci w omawianej grupie. Ich skuteczność była zróżnicowana. Terao [85] zasugerował, by większą uwagę poświęcać diagnostyce i leczeniu OPM, które pojawiły się u osób w średnim wieku, bowiem mogą one wpływać negatywnie na aktywność zawodową takich pacjentów. W analizowanej grupie pacjenci poniżej 60 roku życia stanowili jedną trzecią przypadków. Jednak pacjentów w każdym wieku należy z równą aktywnością diagnozować i leczyć.

Stwierdzone w analizowanej grupie istotne statystycznie zależności cechował niewielki współczynnik skojarzenia. Ich praktyczna przydatność jest także niewielka. Związek między zaawansowanym wiekiem i niedosłuchem jest oczywisty. Fakt, że kobiety z OPM istotnie częściej mieszkają samotnie stanowił podobieństwo do sytuacji kobiet z późną parafrenią [77]. Mogłoby to sugerować celowość leczenia środowiskowego. Istotnie częstszy brak wglądu u kobiet i istotnie częstsze występowanie uszkodzeń pnia mózgu u mężczyzn znajduje odzwierciedlenie w wynikach leczenia. Lepszych u kobiet z zaburzeniami psychicznymi i mężczyzn z chorobami o.u.n.

Istotnie gorsze wyniki leczenia OPM idyopatycznych sugerują, że być może skuteczniejsze w takich przypadkach byłyby inne niż biologiczne metody leczenia. Istotnie częstsze występowanie u kobiet OPM o treści religijnej było być może wynikiem wpływów kulturowych. Wpływy takie dotyczą jednak wszelkiego rodzaju doznań omamowych [17, 30, 72, 88].

## PODSUMOWANIE

Nierzeczywiste doznania słuchowe o treści muzycznej, nazywane zwykle omamami muzycznymi, mają w istocie charakter mieszany. W zależności od stanu towarzyszącego im wglądu (brak/zachowany), oraz przestrzeni rzutowania (zewnątrzna/wewnętrzna) są one omamami, omamami rzekomymi (pseudohalucynacjami) lub parahalucynacjami. Różne są sytuacje kliniczne, w jakich się pojawiają. Mogą nie towarzyszyć im żadne inne objawy psychopatologiczne ani istotne choroby somatyczne, neurologiczne. Mogą występować w przebiegu chorób i zaburzeń psychicznych, poważnych chorób somatycznych lub ciężkich uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego. Zdarza się, że u jednego pacjenta występuje kilka tych czynników łącznie. Niezależnie od stanu wglądu w ich nierzeczywistą naturę oraz zaburzeń i chorób, w przebiegu których się pojawiają, mają wiele cech wspólnych. Częściej występują u kobiet, w wieku podeszłym, u osób z osłabieniem słuchu.

Praktycznie w każdym przypadku słyszane są utwory, fragmenty utworów, znane często od dzieciństwa. Są to więc spostrzeżenia pochodne, przede wszystkim odtwórcze, czasami wytwórcze. Ujawniają się zwykle w podobny, nagły sposób i mają przewlekły, bywa, że wieloletni przebieg. Mimo, że bywają dokuczliwe przez swą monotoność, powtarzalność („jak z zadrpanej płyty”), nie towarzyszy im takie budzące lęk przekonanie o ich wszechmocy i wszechobecności jakie często wiąże się z omamami słuchowymi

słownymi [55]. Są jednak objawami z pogranicza psychiatrii, neurologii, otolaryngologii [1, 62], więc ich obecność powinna skłaniać do podjęcia odpowiednio ukierunkowanego postępowania diagnostycznego. Właściwe rozpoznanie choroby i odpowiednie leczenie prowadzi często do ich ustąpienia lub złagodzenia. Klasyfikując je, rozpoznanie halucynoz organicznej (F06.0) można postawić jeżeli spełnione są właściwe kryteria diagnostyczne. W innych przypadkach należy klasyfikować je w ramach chorób, w przebiegu których się pojawiły.

## PIŚMIENICTWO

1. Berrios GE. Musical hallucinations: a historical and clinical study. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 188–94.
2. Pasquini F, Cole MG. Idiopathic musical hallucinations in the elderly. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1997; 10: 11–4.
3. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPiN; 1997.
4. Jaracz J. Zaburzenia psychiczne spowodowane uszkodzeniem lub dysfunkcją mózgu. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria. Tom II. Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002: 115–34.
5. Bilikiewicz T. *Psychiatria kliniczna*. Bilikiewicz A, red. Tom I. Warszawa: PZWL; 1988.
6. Bilikiewicz A, Smoczyński S. *Psychopatologia guzów śródczaszkowych*. Warszawa: PZWL; 1989.
7. Bilikiewicz A. Halucynozы (psychozy parafreniczne). W: Bilikiewicz A, red: *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: PZWL; 1998: 263–6.
8. Jarosz M. Złudzenia i omamy. W: Bilikiewicz A, red. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: PZWL; 1998: 55–61.
9. Jaroszyński J. *Zespoły zaburzeń psychicznych*. Warszawa: IPiN; 1993.
10. Wciórka J. *Psychopatologia*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria. Tom I. Podstawy psychiatrii*. Wro-

- claw: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002: 321–434.
11. Müller TC, Crosby TW. Musical hallucinations in a deaf elderly patient. *Ann Neurol* 1979; 5: 301–2.
  12. Ross ED, Jassman PB, Bell B, Sabin T, Geshwind N. Musical hallucinations in deafness. *JAMA* 1975; 2316: 620–1.
  13. Ross ED. Musical hallucinations in deafness revisited. *JAMA* 1978; 240, 18: 1716.
  14. Tanriverdi N, Sayilgan MA, Özçürümez G. Musical hallucinations associated with abruptly developed bilateral loss of hearing. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 184: 59–61.
  15. Wengel SP, Burke WJ, Holemon D. Musical hallucinations. The sounds of silence? *J Am Geriatr Soc* 1989; 37: 163–6.
  16. Wodarz N, Becker T, Deckert J. Musical hallucinations associated with post-thyroidectomy hypoparathyroidism and symmetrical basal ganglia calcifications. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1995; 58: 763–4.
  17. Aizenberg D, Schwartz B, Modai I. Musical hallucinations, acquired deafness and depression. *J Nerv Ment Dis* 1986; 5: 305–11.
  18. Erkwoh R, Ebel H, Kachel F, Reiche W, Ringelstein EB, Büll U, Saß H. <sup>18</sup>F-DG-PET and electroencephalographic findings in a patient suffering from musical hallucinations. *Nucl Med* 1993; 32: 159–63.
  19. Fisman M. Musical hallucinations: report of two unusual cases. *Can J Psychiatry* 1991; 36: 609–11.
  20. Fukunishi I, Horikawa N, Onai H. Prevalence rate of musical hallucinations in a general hospital setting. *Psychosomatics* 1998; 39 (2): 175.
  21. Kasai K, Asada T, Yumoto M, Takeya J, Matsuda H. Evidence for functional abnormality in the right auditory cortex during musical hallucinations. *Lancet* 1999; 354: 1703–4.
  22. Cole MG, Dowson L, Dendukuri N, Belzile E. The prevalence and phenomenology of auditory hallucinations among elderly subjects attending an audiology clinic. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17 (5): 444–52.
  23. Grzywa A. Omamy i urojenia. Wrocław; Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner: 2000.
  24. Baba A, Hamada H. Musical hallucinations in schizophrenia. *Psychopathology* 1999; 32: 242–51.
  25. Gordon AG. Do musical hallucinations always arise from the inner ear? *Medical Hypotheses* 1997; 49: 111–22.
  26. Fernandez A, Crowther TR, Viewg WVR. Musical hallucinations induced by propranolol. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186 (3): 192–4.
  27. Sande van der JJ, Shaya M, Hamburger HL. Musical hallucinations. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994; 57: 1297.
  28. Shapiro CM, Kasemi H, Tewari S. My music – a case of musical reminiscence diagnosed courtesy of the BBC. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1991; 54: 88–9.
  29. Terao T. Tricyclic – induced musical hallucinations and state of relative sensory deprivation. *Biol Psychiatry* 1995; 38: 192–3.
  30. Aizenberg D, Dorfman-Etrog P, Zemishlany Z, Hermesh H. Musical hallucinations and hearing deficit in young-psychotic female. *Psychopathology* 1991; 24: 45–8.
  31. Clovis WL. They hear music. *Am J Psychiatry* 1976; 133: 1096.
  32. Patel HC, Keshavan MS, Martin S. A case of Charles Bonnet syndrome with musical hallucinations. *Can J Psychiatry* 1987; 32: 303–4.
  33. Roth M, Kerr A, Howorth P. Commentaries on “audible thoughts” and “speech defect” in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 536–9.
  34. Asaad G, Shapiro B. Hallucinations: theoretical and clinical overview. *Am J Psychiatry* 1986; 143 (9): 1088–97.
  35. Gordon AG. Benzodiazepines and the ear-tinnitus, hallucinations and schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1993; 38: 814–5.
  36. Izumi Y, Terao T, Ishino Y, Nakamura J. Differences in regional cerebral blood flow during musical and verbal hallucinations. *Psychiatry Research Neuroimaging* 2002; 116: 119–23.
  37. Aizenberg D, Modai I, Roitman M, Mendelson E, Wijsenbeek H. Musical hallucinations, depression and old age. *Psychopathology* 1987; 20: 220–3.
  38. Brasić JR. Hallucinations. *Perceptual and Motor Skills* 1998; 86: 851–77.
  39. Erkwoh R, Ebel H, Kachel F, Reiche W, Ringelstein EB, Zimmermann J, Büll U, Saß H. Musikalisch – sprachliche Halluzinationen und ihre Korrelation mit elektroenzephalographischen und PET – Befunden. *Nervenarzt* 1992; 63: 169–74.
  40. Johns LC, Hemsley D, Kuipers E. A comparison of auditory hallucinations in a psychiatric and non-psychiatric group. *Br J Clin Psychology* 2002; 41: 81–6.
  41. Roberts DL, Tatini U, Zimmerman RS, Bortz JJ, Sirven JJ. Musical hallucinations associated

- with seizures originating from an intracranial aneurysm. *Mayo Clin Proc* 2001; 76: 423–6.
42. Scott RT. Hallucinations of music in alcohol withdrawal. *Neurology* 1975; 25: 362.
  43. Vallada HP, Gentil V. Musical hallucinations triggered by clomipramine? *Br J Psychiatry* 1991; 159: 888–9.
  44. Gilbert GJ. Pentoxifylline-induced musical hallucinations. *Neurology* 1993; 42: 1621–2.
  45. Terao T, Matsumaga K. Musical hallucinations and palinacousis. *Psychopathology* 1999; 32: 57–9.
  46. Allen JR. Salicylate-induced musical perceptions. *N Engl J Med* 1985; 313: 642–3.
  47. Goetz CG, Tanner CM, Klawns HL. Pharmacology of hallucinations induced by long-term drug therapy. *Am J Psychiatry* 1982; 139 (4): 494–7.
  48. Keeley PW, Foster G, Whitelaw L. Hear my song: auditory hallucinations with tramadol hydrochloride. *BMJ* 2000; 321: 1608.
  49. Gordon AG. Drug-induced musical hallucinations. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186 (10): 652–3.
  50. Gordon AG. Musical and verbal hallucinations. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 715–6.
  51. Griffiths TD. Musical hallucinations in acquired deafness. Phenomenology and brain substrate. *Brain* 2000; 123: 2065–76.
  52. Hammeke TA, McQuillen MP, Cohen BA. Musical hallucinations associated with acquired deafness. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1983; 46: 570–2.
  53. Inzelberg R, Vishnievskaya S, Korczyn AD. Transient musical hallucinations. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1993; 56: 833.
  54. Terao T, Tani Y. Carbamazepine treatment in a case of musical hallucinations with temporal lobe abnormalities. *ANZJ Psychiatry* 1998; 32: 454–6.
  55. Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices. A cognitive approach to auditory hallucinations. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 190–201.
  56. Fenton GW, McRae DA. Musical hallucinations in a deaf elderly woman. *Br J Psychiatry* 1989; 155: 401–3.
  57. McLoughlin I. Musical hallucinations. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 452.
  58. Raghuram R, Keshavan MD, Channabasavanna SN. Musical hallucinations in a deaf middle-aged patient. *J Clin Psychiatry* 1980; 41: 357.
  59. Keshavan MS, Kahn EM, Brar JS. Musical hallucinations following removal of a right frontal meningioma. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1988; 5: 1235–6.
  60. Lanska DJ, Lanska MJ, Mendez MF. Brainstem auditory hallucinosis. *Neurology* 1987; 37: 1685.
  61. Murata S, Naritomi H, Sawada T. Musical hallucinations caused by a brainstem lesion. *Neurology* 1994; 44: 156–8.
  62. Nagaratnam N, Virk S, Bradarevic O. Musical hallucinations associated with recurrence of a right occipital meningioma. *Br J Clin Pract* 1996; 50 (1): 56–7.
  63. Rabins PV. The genesis of phantom (deafferentation) hallucinations: an hypothesis. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994; 9: 775–7.
  64. Jaramillo F, Markin VS, Hudspeth AJ. Auditory illusions and the single hair cell. *Nature* 1993; 364: 527–9.
  65. Gordon AG. Musical hallucinations. *Neurology* 1994; 44: 986–7.
  66. Cerrato P, Imperiale D, Girando M, Baima C, Grasso M, Lopiano L, Bergamasco B. Complex musical hallucinosis in a professional musician with a left subcortical haemorrhage. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001; 71: 278–83.
  67. Gordon AG. Unilateral auditory hallucinations: ear or brain. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997; 53: 814–5.
  68. Terao T, Ikemura N. Musical obsessions or hallucinations? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000; 12 (4): 518–9.
  69. Cascino GD, Adams RD. Brainstem auditory hallucinations. *Neurology* 1986; 36: 1042–7.
  70. Schielke E, Reuter U, Hoffman O, Weber JR. Musical hallucinations with dorsal pontine lesions. *Neurology* 2000; 55: 454–5.
  71. Shergill SS, Murray RM, McGuire PK. Auditory hallucinations: a review of psychological treatments. *Schizophr Res* 1998; 32: 137–50.
  72. Stephane M, Hsu LGK. Musical hallucinations: interplay of degenerative brain disease, psychosis, and culture in Chinese woman. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 59–61.
  73. David RR, Fernandez HH. Quetiapine for hypnagogic musical release hallucinations. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000; 13 (4): 210–1.
  74. Teunisse RJ. Concealed perceptions. An explorative study of the Charles Bonnet syndrome. Nijmegen: Mediagroep KUN-AZN; 1998.
  75. Almeida OP, Förstel H, Howard R, David AS. Unilateral auditory hallucinations. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 262–4.

76. Gadecki W, Ramsz-Walecka I, Tomczyszyn E. Przypadek halucynozy muzycznej. *Psychiatr Pol* 2002; 3: 449–55.
77. Krzymiński S, red. Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego. Warszawa: PZWL; 1993.
78. Krzymiński S. Przypadek halucynozy słuchowej z omamami muzycznymi. *Post Psychiatr Neurol* 1998; 7 (3): 283–9.
79. Douen AG, Bourque PR. Musical auditory hallucinosis from *Listeria rhombencephalitis*. *Can J Neurol Sci* 1997; 24: 70–2.
80. Scott M. Musical hallucinations from meningioma. *JAMA* 1979; 241 (16): 1683.
81. Gordon AG. Letter to the Editor. *Acta Psychiatr Scand* 1987; 75: 664–8.
82. Fukunishi I, Kitaoka T, Shirai T, Watanabe S. Musical hallucinations after childbirth in a female patient on hemodialysis. *Nephron* 1998; 79: 105.
83. Rajewska J. Zaburzenia psychiczne spowodowane zaburzeniami somatycznymi. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria. Tom II. Psychiatria kliniczna*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002: 135–56.
84. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPiN; 1998.
85. Terao T. Musical hallucinations in middle age. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 315–6.
86. Berrios GE, Denning TR. Pseudohallucinations: a conceptual history. *Psychol Med* 1996; 26: 753–63.
87. Feder R. Auditory hallucinations treated by radio headphones. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 1188–90.
88. Grzywa A, Karakuła H. Poszukiwania genezy omamów. II. Wyjaśnienia psychologiczne. *Post Psychiatr Neurol* 2003; 12 (2): 133–46.
89. Gomibuchi T, Gomibuchi K, Akiyama T, Tsuda H, Hayakawa T. Obsession of hearing music: from the viewpoint of Morita theory. *Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 54 (2): 203–6.

*Adres: Dr Stefan Krzymiński, Cibórz 36/2, 66-213 Skąpe, woj. lubuskie,  
e-mail: Stefan.4384393@pharmanet.com.pl*