

Przypadek halucynozy słuchowej z omamami muzycznymi

Auditory hallucinosis with musical hallucinations: A case study

STEFAN KRZYMIŃSKI

Z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Ciburzu

STRESZCZENIE. *Artykuł przedstawia przypadek kobiety w wieku podeszłym z halucynozą słuchową i dominującymi w obrazie klinicznym omamami muzycznymi. Pojawiały się także przelotne omamy wzrokowe przypominające zespół Charlesa Bonneta.*

SUMMARY. *A case study is presented of an elderly woman with auditory hallucinosis and the predominance of musical hallucinations in the clinical picture. Fleeting visual hallucinations reminiscent of the Charles Bonnet syndrome also appeared.*

Słowa kluczowe: halucynoza słuchowa / omamy muzyczne

Key words: auditory hallucinosis/ musical hallucinations

Omamy muzyczne uważane są za szczególnie rzadką postać omamów słuchowych. Mogą występować samodzielnie jako halucynoza muzyczna, w skojarzeniu z omamami innych modalności lub jako składnik bardziej złożonych zespołów psychotycznych. Osoba doznająca omamów muzycznych słyszy głos lub głosy śpiewające piosenki, nucące jakieś melodie. Mogą to być dźwięki jednego instrumentu lub całej orkiestry grającej utwory rozrywkowe albo muzykę symfoniczną [5, 6, 9, 11].

Obszerniejszą analizę omamów muzycznych przedstawił Berrios [2]. Autor ten zebrał opisy 91 przypadków takich omamów, jakie ukazały się w ciągu ostatnich 150 lat. Wybrał spośród nich 36 na tyle dokładnych, by mogły być poddane analizie statystycznej. Uzupełnił je o 10 nowszych, również własnych. W sumie poddał więc analizie 46 przypadków. Były to głównie kobiety (80%). Średni wiek pacjentów wynosił 60 lat. Na osłabienie słuchu cierpiało 67% badanych. W 32% przypadków były to omamy jednostronne (słyszane tylko jednym uchem). U 39% badanych omamy mu-

zyczne związane były z określoną chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Przede wszystkim z guzami mózgu, ogniskami niedokrwiennymi i padaczkowymi, zwłaszcza w prawym płacie skroniowym. Były też pojedyncze przypadki kiły mózgu, krwotoku podpajęczynówkowego. Jeden przypadek pojawienia się omamów muzycznych powiązано z wcześniejszą kuracją elektro-wstrząsową. Trzy czwarte (74%) pacjentów nie miało wcześniejszych ani współistniejących zaburzeń psychicznych. Najczęściej omamy muzyczne były skojarzone z depresją. W 40% przypadków były one jedynymi zaburzeniami spostrzegania u danego pacjenta. U 35% badanych pojawiały się na tle nieokreślonych doznań słuchowych – trzasków, szumów (*tinnitus*). U jednej czwartej pacjentów omamom muzycznym towarzyszyły omamy słuchowe pod postacią „głósów”, a u 6,5% z nich występowały omamy wzrokowe. W większości przypadków (73%) wgląd w nierzeczywistą naturę słuchowych doznań muzycznych był zachowany od początku lub odzyskiwano go wkrótce po ich pojawieniu się. Obecność wglądu

(prawidłowego sądu realizującego) wiązała się głównie z określonymi chorobami ośrodkowego układu nerwowego (o.u.n). Brak wglądu towarzyszył omamom muzycznym związanym z innymi zaburzeniami psychicznymi. W dwóch trzecich przypadków (62%) omamy muzyczne rozwijały się powoli. Nagły początek łączył się zwykle z określonymi chorobami mózgu i brakiem osłabienia słuchu. Na doznania muzyczne składały się przede wszystkim znane od dawna piosenki z towarzyszącą muzyką lub bez. Często były także pieśni patriotyczne i religijne. Podsumowując swoją analizę Berrios stwierdził, że pojawienie się omamów muzycznych znacząco korelowało z płcią żeńską, wiekiem i osłabieniem słuchu. Uznał także, że choroby o.u.n. odgrywają znaczną rolę w etiologii tych omamów. Natomiast przyjął, iż mało istotne są cechy przedchorobowej osobowości i obecność choroby psychicznej aktualnej lub w wywiadzie.

W dostępnych w piśmiennictwie innych opisach przypadków omamów muzycznych zwraca uwagę, że od momentu znacznego pogorszenia słuchu do ich pojawienia się upływają nawet dziesiątki lat. Poza wymienionymi przez Berriosa, za czynniki predysponujące do powstania omamów muzycznych uważane są deprivacja sensoryczna i izolacja społeczna. Omamy takie pojawiały się również po zatruciu kwasem salicylowym, przyjmowaniu pochodnych amfetaminy, lorazepamu i temazepamu. Jednocześnie pochodne benzodiazepiny stosowane bywają w ich leczeniu. W większości przypadków omamy muzyczne nie wiążą się ze swoistymi zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym. Dość często natomiast stwierdzone są niespecyficzne zmiany w zapisach elektroencefalograficznych i łagodne zaniki mózgu widoczne w tomograficznym badaniu komputerowym. Wyniki badań psychologicznych zwykle mieszczą się w normie lub ujawniają łagodne osłabienie funkcji poznawczych, nie osiągające rozmiarów otępienia. Nie wyklucza to możliwości wystąpienia omamów muzycznych u osoby z ła-

godnym otępieniem. Klinicznie omamy muzyczne mają charakter wyobrażeń odtworczych. Pacjent słyszy bowiem piosenki, melodie znane od dzieciństwa, muzykę słyszaną kiedyś w radiu lub na koncertach [1, 2, 5, 6, 9, 11]. Wspomniano już, że omamy muzyczne mogą występować jako samodzielna postać halucynozy słuchowej, lub w skojarzeniu z innymi zespołami psychotycznymi. Poza depresją wskazywaną przez Berriosa, opisano także omamy muzyczne w przebiegu halucynozy alkoholowej i łączne ich wystąpienie z halucynozą wzrokową o obrazie zespołu Charlesa Bonneta [2, 11]. W dostępnym piśmiennictwie brak jednak wzmianki o łącznym wystąpieniu typowej halucynozy słuchowej, z „głosami”, do których dołączyły omamy muzyczne i w tym samym czasie pojawiły się omamy wzrokowe o cechach zespołu Charlesa Bonneta, tak jak to miało miejsce w przypadku przedstawionym poniżej.

OPIS PRZYPADKU

Wywiad. Pani A.W., 83-letnia wdowa, żyjąca samotnie od czasów wojny, podczas której straciła męża i dwoje dzieci, dotknięta głębokim niedosłuchem i osłabieniem wzroku spowodowanym zaćmą, została skierowana do szpitala psychiatrycznego z rozpoznaniem zespołu urojeniowo-omamowego. Trzy miesiące wcześniej zaczęła słyszeć głosy obcych ludzi, dobiegające zza okna, zwłaszcza nocą. To co słyszała było tak przerażające, że ze strachu nie wychodziła z domu, nie mogła spać, nie jadła.

Hospitalizacja. Po przyjęciu do szpitala pani A.W. opowiedziała obszerniej o tych doznaniach słuchowych. Słyszała głosy męskie i młodzieńcze, mówiące różne niepoehlebne rzeczy na jej temat, żądające by nocą poszła na cmentarz, grożące jej śmiercią. Nigdy nie widziała osób kryjących się za głosami. Doszła więc do wniosku, że są to duchy, które chcą zawładnąć jej mieszkaniem. Po kilku tygodniach głosy te zaczęły śpiewać o niej piosenkę, wulgarną w treści.

Potem usłyszała stare pieśni, „jeszcze sprzed rozbiorów”. Natomiast wulgarna piosenka śpiewana przez grożące jej głosy zniknęła, chociaż one same nadal występowały. Wreszcie stare pieśni zostały zastąpione przez piosenki i melodie bardziej współczesne. Takie jakie nadawało radio w czasach gdy jeszcze pracowała. Były to piosenki ludowe, muzyka jazzowa, pieśni patriotyczne, muzyka fortepianowa. Niezależnie od tego słyszała głosy duchów, ciągle przerażającej treści. W tym samym czasie zdarzało się, że w nocy widziała przy swym łóżku różne nierzeczywiste postacie. Był to biskup, na którego nasuwało się wieko trumny, „jak na amerykańskim filmie”, lub nieznaną jej pielęgniarkę w białych fartuchach. Osoby te nie odzywały się, a przy próbach bliższego przyjrzenia się im, znikwały. Pani A.W. uznała je również za duchy. Nie bała się ich i nie wiązała z zagrażającymi jej głosami. W momencie przyjęcia do szpitala postaci tych nie widziała. Słyszała natomiast głosy grożące i rozkazujące oraz piosenki i melodie nie związane z nimi treściowo. Gdy te słuchowe doznania przejściowo, samorzutnie łagodniały, zastanawiała się czy nie jest to wytwór jej wyobraźni, gdy nasilały się była przekonana o ich prawdziwości. Poza tym w szpitalu pani A.W. poczuła się bezpieczniej, była spokojna i w sumie pogodna, wykazała się pełną orientacją i dobrą pamięcią. Szybko zaadaptowała się do warunków oddziału.

W stanie somatycznym stwierdzono nadciśnienie tętnicze oraz wole zamostkowe bez cech ucisku z niewielką nadczynnością tarczycy. W związku z tym wdrożono zalecone leczenie internistyczne. Wykonano także badanie elektroencefalograficzne, które wykazało nieprawidłowości polegające na obecności fal ostrych w okolicach skroniowych i fal theta z przewagą w lewej okolicy czołowo-skroniowej. Podjęto leczenie halucynozy lekami neuroleptycznymi. Stosowano kolejno promazyne, haloperydol, tiorydazyne i trifluperazyne. W ciągu sześciu tygodni omamy słuchowe pod postacią głosów usta-

piły całkowicie. Pozostały ciche omamy muzyczne. Nie przeszkadzały one pani A.W., która została wypisana ze szpitala na własne życzenie, z zaleceniem dalszego przyjmowania tiorydazyne, w dawce 300 mg na dobę, oraz niezbędnych leków internistycznych.

Dalszy przebieg. W niespełna rok później pani A.W. została ponownie przyjęta na własną prośbę do szpitala psychiatrycznego. Z wywiadu zawartego w skierowaniu do szpitala wynikało, że pacjentka znów słyszy głosy grożące jej śmiercią, nie śpi w nocy, ze strachu przed tym, co słyszy budzi sąsiadów. Po przyjęciu do szpitala pani A.W. podała, że po powrocie do domu czuła się dobrze. Nadal mieszkała samotnie, korzystała jedynie z pomocy syna chrzestnego. Nie odwiedzała rejonowej poradni zdrowia psychicznego. Zlecone w szpitalu leki otrzymywała od innych lekarzy. Cichą muzykę słyszała cały czas. Natomiast w tydzień po tym jak samorzutnie zrezygnowała z przyjmowania leku neuroleptycznego (tiorydazyne), pojawiły się ponownie głosy grożące jej i wydające polecenia. Tym razem była to „cała rodzina głosów” – rodzice i dwoje dzieci. Słyszała je przez całą dobę. Żądały by przyszła do nich na cmentarz i oddała im klucze od mieszkania, bo chciały w nim zamieszkać. Mówiły też, że będą ją sądzić, wyznaczały terminy kolejnych rozpraw na cmentarzu. Wreszcie wydały na nią wyrok śmierci. Podobnie jak poprzednio pani A.W. uznała, że są to głosy duchów. Bała się ich tak bardzo, że znowu nie opuszczała mieszkania. Wreszcie za celowy uznała powrót do szpitala dla obrony przed nimi. W stanie somatycznym utrzymywało się chwiejne nadciśnienie tętnicze. W badaniu neurologicznym stwierdzono drobne odchylenia w postaci elementów zespołu Hornera po stronie prawej i objawy ośrodkowego uszkodzenia nerwu VII po stronie lewej. Zapis elektroencefalograficzny był nieprawidłowy, z seriami fal ostrych w okolicach skroniowych ze zmienną lateralizacją. Badanie okulistyczne wykazało obecność niedojrzałej zaćmy obu oczu. W badaniu otolaryngologicznym stwierdzono

głęboki starczy niedosłuch, ze wskazaniem do protezowania słuchu. Badanie psychologiczne funkcji poznawczych „krótkimi” testami (testem serii i kwestionariuszem Pfeiffera) [wg 10], wykazało, że mieszczą się one w granicach normy.

W oddziale psychiatrycznym podawano pani A.W. niezbędne leki internistyczne i okulistyczne. Do leczenia halucynozy wprowadzono pernazynę, początkowo w dawce 150 mg na dobę, zredukowanej wkrótce do 100 mg. Po około 4 tygodniach leczenia omamy słuchowe pod postacią głosów ustąpiły. Pozostały omamy muzyczne. Słyszała melodie i piosenki z lat młodości, muzykę fortepianową i jazzową. W dniu urodzin usłyszała jak śpiewano „sto lat”. Nie odbierała tego przykro, chyba że muzyka stawała się zbyt głośna. Najgorzej znosiła muzykę jazzową. W miarę pobytu w szpitalu natężenie tych omamów słabło, ale nie ustępowały. Z innych zaburzeń spostrzegania raz zdarzyło się, że nocą zobaczyła siedzącego na brzegu jej łóżka dawnego, nieżyjącego już znajomego. Przypominało to nierzeczywiste doznania wzrokowe sprzed pierwszej hospitalizacji. W związku z utrzymywaniem się omamów muzycznych i dla poprawy z nią kontaktu, zaproponowano pani A.W. protezowanie słuchu. Zgodziła się na to niechętnie. Okazało się, że w siedemdziesiątych latach życia, gdy problemy ze słuchem stały się wyraźne, korzystała już z aparatu słuchowego. Towarzyszące temu szумы i trzaski były jednak tak uciążliwe, że zrezygnowała wówczas z aparatu. Obecnie protezowanie słuchu doprowadziło najpierw do jednostronnego (po stronie ucha zaprotezowanego), a następnie obustronnego, ustąpienia omamów muzycznych. Pacjentka jednak bardzo niechętnie korzystała z aparatu ze względu na, jak poprzednio, przykre dodatkowe efekty dźwiękowe. Wreszcie zakładała aparat tylko wówczas, gdy spodziewała się wizyty lekarskiej. Ostatecznie z niego zrezygnowała i omamy muzyczne pojawiły się znowu, w takiej samej postaci jak przed protezowaniem słuchu. Po 4 miesiącach pobytu w oddziale psychiatrycznym pani A.W. ze względu na znaczą-

ną infekcję dróg moczowych została przeniesiona do rejonowego oddziału wewnętrznego. Tam zaprzestano podawania pernazyny. W ciągu kilku dni pojawiły się omamy słuchowe, takie jak przed podjęciem leczenia psychiatrycznego – głosy nakazujące, ubliżające. Tym razem ocena pani A.W. była jednak w pełni krytyczna. Uznała, że skoro wcześniej leczenie spowodowało ich ustąpienie, to nie mogą być spostrzeżeniami rzeczywistymi. Na własne życzenie wróciła do szpitala psychiatrycznego. Po ponownym włączeniu do leczenia pernazyny, omamy te ustąpiły. Omamy muzyczne utrzymywały się nadal. Stosunek pacjentki do nich był obojętny – „tak się do nich przyzwyczaiłam, że nawet nie wiem czy są ładne, czy nieładne”.

Stan somatyczny, neurologiczny, wyniki badania okulistycznego i psychologicznego nie różniły się od stanu sprzed leczenia w oddziale wewnętrznym. Kolejne badanie elektroencefalograficzne wykazało nieprawidłowości w postaci serii fal o częstotliwości 1–3 Hz w przodogłowiu i prawej okolicy skroniowej.

Ostatecznie pani A.W. uznała, że nie może już samodzielnie egzystować i poprosiła o umieszczenie w zakładzie leczniczo-opiekuńczym.

Rozpoznanie. Stan psychiczny pani A.W. podczas kolejnych hospitalizacji psychiatrycznych uzasadniał rozpoznanie halucynozy słuchowej. Praktycznie były to jednak dwie jednocześnie występujące jej postaci. Pierwszą stanowiły liczne głosy grożące i nakazujące. Były bardzo natarczywe, budziły w pacjentce lęk przechodzący w przerażenie i wywoływały u niej różne reakcje obronne, takie jak barykadowanie się w mieszkaniu. Towarzysząca im urojeniowa interpretacja była skąpa i niewątpliwie wtórna – głosy należały do duchów chcących zająć jej mieszkanie. Halucynozą ta dobrze reagowała na leczenie stosunkowo niewielkimi dawkami leków neuroleptycznych. Konieczne było jednak ciągłe leczenie podtrzymujące.

Drugą postacią halucynozy słuchowej u pani A.W. była halucynozą muzyczna. Miała

ona obraz typowy dla przedstawianego w piśmiennictwie. Nie towarzyszyła jej żadna próba urojeniowej lub innej interpretacji. Tworzące ją piosenki i melodie nie miały żadnego związku z tym, co mówiły słyszane omamowo głosy. Za wyjątkiem krótkiego okresu, jakby łączącego obie halucynozy, gdy halucynowane głosy śpiewały wulgarną piosenkę odnoszącą się do pani A.W. Omamy muzyczne słabiej reagowały na leki neuroleptyczne. W trakcie ich przyjmowania jedynie cichły, ale nie znikaly. Ustąpiły po zaprotezowaniu słuchu. Były jednak mniej uciążliwe niż towarzyszące protezowaniu dodatkowe efekty dźwiękowe. Przelotnie pojawiały się u pani A.W. omamy wzrokowe przypominające zespół Charlesa Bonneta. Ich epizodyczność i nieprawidłowy sąd realizujący nie pozwalały na rozpoznanie tego zespołu. Nie przyjęły one również formy uporczywej, zwartej halucynozy, w przeciwieństwie do nierzeczywistych doznań słuchowych.

OMÓWIENIE

Przypadek pani A.W., w ogólnych zarysach, odpowiada opisom omamów muzycznych przedstawionym w dostępnym piśmiennictwie. Pojawiły się one u kobiety w wieku podeszłym, od wielu lat mieszkającej samotnie, z dobrym poziomem funkcjonowania poznawczego, dotkniętej głębokim niedosłuchem i osłabieniem ostrości wzroku. Z wykonanych badań dodatkowych patologiczny był zapis elektroencefalograficzny. Nieprawidłowości dotyczyły przede wszystkim okolic skroniowych, aż do ich utrwalenia w przodogłowie i prawej okolicy skroniowej. Treść omamów muzycznych występujących u pani A.W. także nie różniła się od opisywanych w piśmiennictwie. Słyszała ona znane od wczesnej młodości melodie, piosenki, muzykę fortepianową i jazzową. Nawet gdy nasilenie omamów słabło i nie rozpoznawała konkretnego utworu lub instrumentu, wiedziała, że jest to coś dobrze jej znanego. Szczególny obraz halucynozy u pani A.W. polegał na tym, że

najpierw pojawiły się prawdziwe omamy słuchowe (z błędnym sądem realizującym). Miały one postać głosów ubliżających jej, groźących i nakazujących, z wtórnymi, skąpymi urojeniami. Z czasem do słów dołączyła melodia i głosy już nie mówiły, lecz śpiewały piosenkę o treści dla niej nieprzyjemnej. Wreszcie na plan pierwszy wysunęły się omamy muzyczne, typowe dla halucynozy muzycznej i nie wiążące się z wcześniej słyszanyimi głosami i ich urojeniową interpretacją. Te zeszyły na dalszy plan, aż wreszcie ustąpiły całkowicie, poza krótkotrwałym nawrotem związanym z przerwaniem przyjmowania leku neuroleptycznego. Niezależnie od doznań słuchowych wystąpiły u pani A.W. omamy wzrokowe, przypominające zespół Charlesa Bonneta. Pojawiały się stosunkowo krótko i ustąpiły samoistnie. Brak wglądu w ich nierzeczywistą naturę nie pozwalał na rozpoznanie zespołu Charlesa Bonneta. Wystąpienie u tego samego pacjenta w wieku podeszłym objawów halucynozy wzrokowej i słuchowej nie powinno dziwić. Sprzyja temu częste u ludzi starszych jednoczesne osłabienie wzroku i słuchu. Pietruski [12] pisze, że w wieku podeszłym niemal każdy jest dotknięty starczą głuchotą (*presbyacusis*). Omamy obu tych modalności mogą być ze sobą niepowiązane, jak w przypadku pani A.W., lub ich treść może wiązać się. W przypadku opisanym przez Patela i wsp. [11] słyszana przez chorą muzyka towarzyszyła widzianym przez nią (omamowo) scenom z przedstawienia cyrkowego. W przypadku pani A.W. interesujący jest również wpływ leczenia na przebieg halucynozy. Stosowane leki neuroleptyczne były skuteczne wobec omamów o charakterze groźących i nakazujących głosów. Natomiast omamy muzyczne słabiej reagowały na leczenie. Muzyka cichła, ale nigdy nie znikala. Próby rehabilitacji słuchu powodowały ustępowanie omamów muzycznych. Jednak trudności z adaptacją do aparatu słuchowego, związanych z tym nieprzyjemnych doznań, spowodowały rezygnację z niego. Mniej męczące dla pani A.W. były

w miarę ciche omamy muzyczne. Taka reakcja na próbę rehabilitacji słuchu była dość typowa, biorąc pod uwagę jej zaawansowany wiek [6, 12].

W leczeniu omamów muzycznych z różnym efektem stosowane są rozmaite leki neuroleptyczne, pochodne benzodiazepiny i karbamazepina. Udana rehabilitacja słuchu może spowodować ich osłabienie lub ustąpienie. Podobny efekt przynosi czasami podwyższenie poziomu zewnętrznego tła dźwiękowego, poprzez głośne nastawienie radia lub telewizora. Niekiedy przeniesienie mieszkającego samotnie, pozbawionego szerszych kontaktów pacjenta, w bardziej stymulujące środowisko, może również spowodować złagodzenie lub ustąpienie omamów muzycznych. Gdy nie udaje się uzyskać ich ustąpienia w wyniku leczenia, pomocne może być wyjaśnienie pacjentowi, jego opiekunom, istoty zjawiska. Przede wszystkim tego, że nie jest to objaw poważnej choroby psychicznej. Takie wyjaśnienie może przynieść pacjentowi ulgę, zwłaszcza, że zwykle omamy muzyczne nie są traktowane jako coś szczególnie przykrego [5, 6, 11].

Dyskusja nad omamami muzycznymi, rolę, jaką w ich powstawaniu odgrywają czynniki psychologiczne i organiczne, rozpoczęła się ponad sto lat temu. Z jednej strony podkreślano znaczenie cech osobowości, izolacji społecznej i deprywacji sensorycznej. Z drugiej strony wskazywano na znaczenie uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego. W 1932 r. Claude i Ey zaliczyli halucynozę muzyczną do halucynoz organicznych [2]. Jeśli jednak pominąć omamy muzyczne związane z guzami lub udarami i padaczką, albo działaniem czynników toksycznych, to trudno istotę takiej „organiczności” prowadzącej do omamów muzycznych uchwycić. Zmiany dostrzegane w badaniach struktury i funkcji mózgu, oraz w testach oceniających czynności poznawcze, są zwykle łagodne i niespecyficzne. Funkcjonowanie poznawcze osób doznających omamów muzycznych jest zwykle na dobrym poziomie. Pojawienie się takich omamów wydaje się

więc być wynikiem splotu kilku czynników. Przede wszystkim osłabienia słuchu, drobnych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego zlokalizowanych głównie w prawej (lub niedominującej) półkuli oraz izolacji społecznej [1, 2, 6, 11]. Interesujące jest, że czynniki sprzyjające pojawieniu się omamów muzycznych są uważane za predysponujące do rozwoju zespołów urojeniowych w wieku podeszłym (późnej parafrenii). Pojawiają się one przede wszystkim u kobiet żyjących w warunkach izolacji społecznej i dotkniętych znacznym niedosłuchem (głuchotą społeczną). Opisano przypadki ustąpienia objawów późnej parafrenii po udanej rehabilitacji słuchu [3, 4, 7, 8].

Omamy muzyczne pojawiające się u osób w wieku podeszłym z niedosłuchem, lecz bez istotnych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego, można zaliczyć do tej samej kategorii zaburzeń spostrzegania, której Rabins [13] nazwał omamami denerwacyjnymi (*deervation hallucinations*).

Ponieważ w ich powstaniu istotną rolę odgrywa deprywacja sensoryczna spowodowana osłabieniem słuchu, ważne jest by u każdego pacjenta w wieku podeszłym brać pod uwagę możliwość niedosłuchu, nawet łagodnego. Wczesne jego rozpoznanie i leczenie może zapobiegać powstaniu opisanych wyżej omamów, niezależnie od ogólnej poprawy jakości życia człowieka w starszym wieku.

PIŚMIENNICTWO

1. Asaad G., Shapiro B.: Hallucinations: theoretical and clinical overview. *Am. J. Psychiatry* 1986, 143, 1088–1097.
2. Berrios G.E.: Musical hallucinations. A historical and clinical study. *Br. J. Psychiatry* 1990, 156, 188–194.
3. Cooper A.F.: Deafness and psychiatric illness. *Br. J. Psychiatry* 1976, 129, 216–226.
4. Eastwood M.R., Corbin S., Reed M.: Hearing impairment and paraphrenia. *J. Otolaryngology* 1981, 10, 4, 306–308.
5. Fenton G.W., McRae D.A.: Musical hallucinations in a deaf elderly woman. *Br. J. Psychiatry* 1989, 155, 401–403.

6. Fisman M.: Musical hallucinations: report of two unusual cases. *Can. J. Psychiatry* 1991, 36, 609–611.
7. Gurland B.J., Wilder C.: Deafness as precursor to paraphrenia. W: Miller N., Cohen G. (red): *Schizophrenia and aging*. Guilford Press, New York 1987, 239–245.
8. Gurland B.J.: Schizophrenia in the elderly. W: Tsuang M.T., Simpson J.C. (red.): *Handbook of schizophrenia*. Vol. 3: Nosology, epidemiology and genetics. Elsevier Science Publishers B.V., New York 1988, 299–317.
9. Krzyński S. (red.): *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*. PZWL, Warszawa 1993.
10. Lemańczyk W., Kordacka M.: Proste metody rozpoznawania otępienia. W: Krzyński S. (red.): *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*. PZWL, Warszawa 1993, 238–248.
11. Patel H.C., Keshavan M.S., Martin S.: A case of Charles Bonnet syndrome with musical hallucinations. *Can. J. Psychiatry* 1987, 32, 303–304.
12. Pietruski J.: Psychologiczne aspekty niedosłuchu u starszych ludzi. *Gerontologia Polska* 1997, 5, 3, 67–71.
13. Rabins P.V.: The genesis of phantom (degeneration) hallucinations: an hypothesis. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 1994, 9, 775–777.

*Adres: Dr Stefan Krzyński, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, 66-212 Cibórz*