

幻听心理治疗研究进展*

李芳雅¹, 葛玲², 赵文涛³, 梁娜娜³, 徐勇⁴

(1. 山西医科大学人文社会科学学院, 山西 030001; 2. 山西卫生健康职业学院, 山西 030607;

3. 山西医科大学第一医院/第一临床医学院精神卫生科, 山西 030001;

4. 北京大学第一医院太原医院/太原市中心医院精神卫生科, 山西 030009)

摘要:幻听是精神分裂症患者最常见的阳性症状之一,且言语性幻听居多,幻听的持续存在会带来高致残以及高自杀风险。针对幻听的治疗主要以药物为主,但仍有部分人群不能从中获益。心理治疗是另一种有效的方式,在减轻症状、减少痛苦、改善社会功能以及预防复发等方面有其独特的优势,研究梳理了幻听心理治疗理论的发展演变,系统回顾了针对幻听的各种心理治疗方法的临床疗效及治疗特点,为临床心理治疗的选择提供参考依据。

关键词:精神分裂症;幻听;心理治疗

中图分类号:B848

文献标识码:A

文章编号:1003-5184(2023)02-0179-05

1 引言

幻觉是精神分裂症患者常见的阳性症状,最常见的是幻听,其中约70%为言语性幻听(Upthegrove et al., 2016)。幻听是在没有现实刺激作用于听觉器官的情况下出现的听觉体验。幻听的持续存在是患者痛苦的重要原因,易引发焦虑、抑郁,严重影响患者社会功能。药物治疗是幻听的主要治疗方式,但药物治疗存在副作用,患者服药依从性直接影响治疗的效果(Lacro et al., 2002)。仍存在一部分人,并没有从药物治疗中获益,最终发展为难治性幻听。目前心理治疗在不断完善、发展,在临床实践指南中,心理治疗被广泛推荐,特别是针对药物难治性病人。研究显示幻听的病理性并不是由幻听的位置、响度或复杂性决定的,而是由患者主观体验到的痛苦和焦虑引起的(Baumeister et al., 2017)。而这恰恰是心理治疗的重要目标。通过心理治疗可以增加病人对疾病的理解,减轻症状反应及主观痛苦体验,并且在提高服药依从率、预防复发以及完善社会功能上发挥重要作用。因此有必要系统回顾针对幻听的各种心理治疗方法,分析不同心理治疗方式的治疗靶点及临床疗效,为临床心理治疗的选择提供依据。

2 幻听心理治疗的发展演变

早期的研究主要采用基于行为主义理论的行为疗法。具体措施包括放松训练、强化、分级暴露、厌恶疗法,主要目的是减少声音,并不关注对声音的理解。20世纪90年代初,增强应对策略(Coping strategy enhancement, CSE)将各种策略整合在一起,患

者通过掌握大范围的应对策略来对抗幻听(Shergill et al., 1998)。这也为认知行为疗法的发展奠定了基础。

随着认知主义的发展,对于幻听也提出新的见解,幻听认知模型提出对幻听全能、力量和意图的信念以及控制感可以预测患者的痛苦、抑郁以及不良应对方式(Birchwood & Chadwick, 1997)。基于此认知疗法或认知行为疗法(Cognitive behavioral therapy, CBT)并不主要针对消除幻听症状本身,而是通过改变患者对幻听的信念,以消除和减少痛苦和功能失调行为。但是采用认知疗法(旨在通过改变患者的不合理信念增强对声音的控制)进行干预的临床试验并没有一致的报告:干预后,与声音相关的痛苦有显著的改善。这有可能是因为在幻听信念与痛苦的关系中,可能存在其他影响变量。由社会关系中的负面经历所建立的社会图式,影响了对声音信念的评估,认为声音是全能的,强大的,最终导致严重的痛苦和抑郁(Paulik, 2012)。这暗示可以从社会以及人际关系角度治疗幻听。将治疗集中于患者与声音之间的关系,提高患者对关系的掌控力,并将其扩展至更广泛的人际关系之中。新型阿凡达疗法是该理论的应用。

另外,已有研究将第三代认知行为疗法即接纳承诺疗法(Acceptance and commitment therapy, ACT)应用于精神分裂症患者,旨在提高心理的弹性,而不是直接减轻症状。重要的是让患者认识到声音的背后是自我的一部分,向自己传递爱与同情,接纳自己的声音(Lau et al., 2012)。

* 基金项目:国家自然科学基金“多病种言语性幻听症状影像遗传学特征及治疗靶点的模式识别研究”(81971601)。

通讯作者:徐勇, E-mail: xuyongsmu@vip.163.com。

3 心理治疗疗效评估

3.1 认知行为疗法

认知疗法是在精神病领域研究较多,应用较广泛的方法。Li 等(2015)纳入 80 例正在服用非典型抗精神病药物的首发精神分裂症患者,其阳性与阴性症状量表中妄想和幻觉症状得分大于等于 4 分。纳入的患者被随机分配至 CBT 和常规治疗组,结果显示,12 月后,CBT 组患者的阳性症状和社会功能明显改善,复发率明显降低。Liu 等(2019)共纳入 192 例精神分裂症患者,纳入的患者至少在过去 4 周内服用了足量的抗精神病药物且阳性与阴性症状量表评分总分大于等于 60 分。研究结果显示,CBT 在精神分裂症患者的总体症状、阳性症状和社会功能方面的疗效明显优于常规支持治疗。此外,一项针对氯氮平耐药的精神分裂症患者的 RCT 研究(N=487)表明,与常规治疗相比,CBT 干预后幻听症状和情绪痛苦有显著改善,但相关改善在随访时消失。CBT 可能更应该在精神病病程的早期提供(Morrison et al., 2018)。

以上研究采用的指标更多的是间接指标—阳性症状的改善,而不是直接针对幻听声音的指标,而且大多数的研究探讨 CBT 对幻觉和妄想的综合疗效,CBT 针对的可能是更大的目标,而不仅仅是改善幻听,这可能会缩小对幻听疗效的判断。研究应聚焦于针对幻听的研究,降低样本的异质性,使结果更加可靠。

Birchwood 等(2014)对命令性幻听的有害依从性进行了相关研究,共纳入了 197 例有命令性幻听症状的患者,将其随机分配至 CBT 组和常规治疗组,研究结果显示与常规治疗相比,CBT 干预后,患者对命令性幻听的依从性、对声音力量的感知显著降低,从这一关键结果来看,该疗法是成功的。但从治疗的完全依从性与时间的交互作用来看,在治疗 9 个月后,CBT 治疗的效果不显著,而 18 个月时,CBT 对命令性幻听的依从性显著降低。这表明该疗法可能有延迟效果。但此项研究依从性的评级为完全依从性,这可能会低估治疗的效果。Birchwood 等(2018)的进一步研究发现声音力量的差异是认知疗法干预命令性幻听发生作用的中介因素。此外,一项专门针对言语性幻听的 CBT 元分析表明,CBT 对幻听有效,效应大小为 0.31~0.49(van der et al., 2014),该元分析纳入的样本量少,需谨慎看待此结果。

总体上看:CBT 对于幻听症状的改善是有效的,但疗效的大小并不统一,将 CBT 直接应用于幻听治疗的研究较少,CBT 对于幻听的临床疗效还需进行样本量更大,设计良好的随机对照试验来进行验证。

对于 CBT 对于大脑机制的影响,研究较少。

Aguilar 等(2018)采用情绪听觉范式评估了 CBT 对幻听患者脑功能的影响,共纳入 40 例有持续性幻听的精神分裂症患者,正接受稳定剂量的抗精神病药物治疗。与常规治疗组相比,CBT 组患者在听到情绪性词汇时,左右杏仁核和左侧颞中回的大脑激活程度明显下降,并且在 14 个月的随访中,患者的杏仁核、左侧颞上回和右侧额上回的大脑激活都明显减少。目前,大多数心理治疗相关神经影像学研究中集中在强迫症、焦虑症、抑郁症,缺乏针对幻听的心理治疗方法对大脑反应的纵向研究。心理治疗对幻听疗效的神经生物学基础仍未完全理解,这限制了我们的预测哪些类型的患者受益于何种治疗方法,不利于治疗的完善发展。

3.2 接纳承诺疗法

相对于 CBT,ACT 较少的关注对声音信念的改变,更多的集中于对声音的接纳。Cramer 等(2016)的元分析表明,正念干预或 ACT 能显著改善患者阳性症状,促进阴性症状、社会功能的改善。且正念干预可能在改善阴性症状上更加有利。除此之外,一项大型的随机对照试验与以上研究结果一致,该研究共纳入 96 例被诊断为精神分裂症或情感分裂症患者,患者持续存在幻觉或妄想,并伴有明显的痛苦。干预后,ACT 组阳性症状(*Cohen's d* = 0.52)及幻听的痛苦(*Cohen's d* = 0.65)显著改善(Shawyer et al., 2017)。以上均显示,ACT 对于阳性症状改善发挥着积极作用。

然而,有研究结论与之相反,Louise S 等(2018)的元分析发现 ACT 对阳性症状、幻听痛苦以及社会功能均无显著效果。但对抑郁症状、正念有中度显著治疗效果。近期的一项元分析结果与之相一致,ACT 对阳性症状无显著影响,阴性症状存在显著小的影响(*SMD* = 0.24),而对抑郁症状(*SMD* = 0.47)、社会功能(*SMD* = 0.43)、正念(*SMD* = 0.51)存在中等显著影响,接纳中到大的影响(*SMD* = 0.78)(Jansen et al., 2020)。

对于 ACT 对阳性症状的改善效果不能得到一致的结论,但对阴性症状、情感症状、正念、接纳以及社会功能的影响是显著的。可能是因为从治疗方案出发,首先针对的是总体症状;其次与 CBT 不同,ACT 的治疗目标在于促进患者对症状本身和痛苦经历的接纳,而不是努力减少或根除症状,这突破了原有治疗要减少症状的狭隘观念,更加关注患者的生活质量和社会功能;最后不排除疗效存在一个滞后效应,在通过正念接纳改变患者与精神症状的关系中,症状会有所减少。Langlois 等(2020)以接纳承诺疗法为基础的团体干预治疗幻听的研究共纳入 38 例持续性幻听的精神分裂症患者,研究结果显示,幻听症状、焦虑、抑郁症状显著减少,对幻听的

接受度明显增加以及对声音的恶意信念水平显著下降。该方法利用了群体的独特优势,缓解患者的孤独感和对声音的戏剧感,获得更多的同伴支持,通过简短的6次治疗达到了很好的效果。

3.3 阿凡达疗法

阿凡达疗法是通过使用计算机构建幻听的化身,治疗师操纵化身与患者直接进行对话,在对话中化身逐步退让,患者在治疗师的鼓励下自信的回击并逐渐掌握与声音关系的主动权。与其他心理疗法不同,阿凡达疗法直接针对于言语性幻听,并采用直接针对声音的指标来评估其疗效,主要的评估指标为:精神症状评定量表幻听分量表(Psychotic symptom rating scales - Auditory hallucinations, PSYRATS - AH), PSYRATS - AH 总分越高,患者的幻听症状越严重。幻听相关信念量表(Beliefs about voices questionnaire - revised, BAVQ - R)用于评估患者对幻听的信念。幻听影响力差异量表(The voice power differential scale, VPD)用于评估幻听的力量。

从绝对疗效来看,du Sert 等(2018)($N=19$)和 Stefaniak 等(2019)($N=23$)研究结果均显示出阿凡达疗法对于幻听症状改善、对声音的信念以及抑郁症状的明显改善,并且在随访中继续保持。Craig 等(2018)开展了更大规模的单盲、随机对照试验,该试验共纳入了150例言语性幻听患者,参与者被随机分配接受阿凡达治疗($n=75$)或支持性咨询($n=75$)。研究结果显示,与支持性咨询组相比,12周的治疗结束后,阿凡达治疗组幻听严重程度、对声音的信念以及对声音的接纳程度显著改善。但24周随访时两组之间差异无统计学意义。但这并不意味着效果的消失,可能与支持性咨询方案的改善有关。

从相对疗效来看,Dellazizzo 等(2021)研究共纳入74人,被诊断患有精神分裂症或分裂情感性障碍并伴有持续性言语性幻听,并对两种或两种以上的抗精神药没有反应。短期研究结果表明,两种干预措施都能显著改善幻听症状严重程度和抑郁症状。但VRT在幻听总分、情感症状、迫害信念以及生活质量的改善上确实有更大的效果,并且一年随访后该结果仍然保持。VRT疗法对幻听的治疗可能有更大的治疗效果。Dellazizzo 等(2020)继续探讨了CBT联合VRT对幻听的临床疗效,结果表明:联合干预相较于单独干预效果更佳,对抑郁症状以及精神症状的影响更大。国内也有学者开展了类似的研究,共纳入80例顽固性言语性幻听患者,结果发现,与干预前相比,阿凡达治疗组患者的PANSS幻听得分、幻听频率和患者痛苦的程度明显降低(徐初琛等,2018)。但该临床研究没有进行随访来探讨该治疗的长期治疗效果,也未采用盲法。关于阿凡达疗法的积极发现令人鼓舞,该疗法有广泛的应用前

景,值得我们期待。目前现有关于阿凡达治疗幻听的研究数量还是太少,对于以上结果,保持谨慎态度,其疗效需要更多大型的、设计良好的随机对照试验来进行验证。

尽管新的疗法已经显示出良好的效果,但是对于阿凡达治疗的过程仍然模糊。Rus - Calafell 等(2020)首次探讨了在阿凡达治疗过程中幻听声音存在感对阿凡达治疗结果的贡献。结果显示:幻听声音存在感与对化身焦虑减轻的交互作用与PSYRATS - AH 总分及幻听声音频率的改善明确相关。在治疗的过程中,增强声音的存在感,治疗师通过鼓励支持的方式降低患者的焦虑可能会提高治疗的效果。Beaudoin 等(2021)选取了18例难治性精神分裂症患者125份,总计1419分钟的治疗记录,对阿凡达治疗过程进行了定性分析,分析了患者与化身互动的变化,最终分别在虚拟化身和患者上确定了治疗的关键主题。虚拟化身包括对抗性技术和积极技术两个主题。患者通过应对机制、表达情绪、信念、自我认知以及愿望来对化身的话做出回应。治疗开始时,化身通过频繁使用对抗技术重现患者的幻觉体验,随着治疗的进行,逐渐多采用积极技术,患者也会变得更加自信、自我肯定,也有更多的应对策略,对声音全能和恶意的信念也有所降低,而这些变化多发生在对积极技术的反应中。遗憾的是,并没有探索每个主题与治疗结果之间的关系,这是我们未来研究需要进行探讨的。

阿凡达疗法的独特优势在于,可以使患者与声音建立一种有形的、情感上的关系,在与声音的互动中,改善与声音的关系。而传统的心理治疗严重依赖于改变对声音的认知或信念。目前为止,阿凡达疗法的研究集中在难治性幻听的患者,对于没有固定和详细的人格化特征的声音来说可能并不适用。

3.4 其他治疗

竞争记忆训练(Competitive memory training, COMET)多应用于惊恐障碍、强迫症、广泛性焦虑障碍,应用于幻听的研究很少。基本原理是通过意向进行演练,强化支持积极自我形象的记忆,与批评的声音竞争,改变原有的负性图式。

van der 等(2012)纳入持续性幻听患者77例,研究结果显示,与常规治疗组相比,COMET组患者认为声音的力量更小,更多的接受声音,社会等级量表上也显示较少的顺从。除此之外,抑郁和自尊也有所改善,但精神症状评定量表幻听分量表总分并没有显著的降低。同情心训练技术通过自我同情和对他人同情的练习,激活自我安慰的大脑系统,调整听到威胁声音时所激发的威胁系统。以上疗法研究很少,针对幻听的疗效还需要进行更多设计良好的临床试验。

4 总结与展望

研究系统回顾了针对幻听的各种心理治疗方法的临床疗效及治疗特点,为临床心理治疗的选择提供参考依据。与传统的心理治疗方式认知行为疗法、接纳承诺疗法等相比,基于虚拟现实技术的新型阿凡达疗法的相关研究更多,且试验精良,相关结果均显示对于言语性幻听有相对较好的临床疗效。此外对阿凡达疗法的相关心理治疗过程的研究也较为深入。未来阿凡达疗法的本土化研究具有重要价值,也将为言语性幻听的治疗提供新的选择。

现如今,随着对幻听的研究更加深入,心理治疗的目标更多的集中在:改善与声音相关的痛苦与抑郁、帮助患者寻找新的社会联系,改善社会功能等,而不是单纯的症状发生的减少(Craig et al., 2016)。但是目前对于言语性幻听的心理干预,国内外研究相对较少。更多的干预方式的治疗目标集中于阳性症状或精神病性症状,而并非言语性幻听,未来需要开展更多针对幻听的、样本量更大,设计良好的随机对照试验。此外,不同个体幻听是不一样的,对有命令性或威胁性幻听的人来说重点在于增加患者对幻听的控制。对于幻听内容主要是贬损、辱骂的人来说,重点在于改善患者消极的自我图式(Thomas et al., 2014)。未来研究可以进一步探讨不同幻听类型的针对性治疗方式。当前心理治疗的研究对象主要集中于精神分裂症患者,而幻听在创伤后应激障碍中的患病率为 40% ~ 50%,双相情感障碍 37%,边缘人格障碍 30%,重度抑郁症 10% ~ 23%;强迫症 14%(Thomas et al., 2014)。心理治疗的疗效能否扩大至其它精神障碍的患者还有待验证。

参考文献

- 徐初琛,沈辉,张莉,等.(2018).化身治疗对精神分裂症患者幻听的临床疗效.《神经疾病与精神卫生》,16,169-173.
- Aguilar, E. J., Corripio, I., García - Martí, G., Grasa, E., Martí - Bonmatí, L., Gómez - Ansón, B., Sanjuán, J., Núñez - Marín, F., Lorente - Rovira, E., Escartí, M. J., Brabban, A., & Turkington, D. (2018). Emotional fMR auditory paradigm demonstrates normalization of limbic hyperactivity after cognitive behavior therapy for auditory hallucinations. *Schizophr Res*, 193, 304 - 312.
- Baumeister, D., Sedgwick, O., Howes, O., & Peters, E. (2017). Auditory verbal hallucinations and continuum models of psychosis: A systematic review of the healthy voice - hearer literature. *Clin Psychol Rev*, 51, 125 - 141.
- Birchwood, M., & Chadwick, P. (1997). The omnipotence of voices: Testing the validity of a cognitive model. *Psychol Med*, 27(6), 1345 - 1530.
- Birchwood, M., Michail, M., Meaden, A., Tarrier, N., Lewis, S., Wykes, T., Davies, L., Dunn, G., & Peters, E. (2014). Cognitive behaviour therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations (COMMAND): A randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 1(1), 23 - 33.
- Birchwood, M., Dunn, G., Meaden, A., Tarrier, N., Lewis, S., Wykes, T., Davies, L., Michail, M., & Peters, E. (2018). The COMMAND trial of cognitive therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations: Predictors of outcome and mediators of change. *Psychol Med*, 48(12), 1966 - 1974.
- Beaudoin, M., Potvin, S., Machalani, A., Dellazizzo, L., Bourguignon, L., Phraxayavong, K., & Dumais, A. (2021). *The therapeutic processes of Avatar Therapy: A content analysis of the dialogue between treatment resistant patients with schizophrenia and their avatar*. Clin Psychol Psychother.
- Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., Langhorst, J., & Dobos, G. (2016). Mindfulness - and acceptance - based interventions for psychosis: A systematic review and meta - analysis. *Glob Adv Health Med*, 5(1), 30 - 43.
- Craig, T., Ward, T., & Rus - Calafell, M. (2016). AVATAR therapy for refractory auditory hallucinations. In B. Pradhan, N. Pinninti, & S. Rathod (Eds.), *Brief interventions for psychosis: A clinical compendium*. London: Springer.
- Craig, T. K., Rus - Calafell, M., Ward, T., Leff, J. P., Huckvale, M., & Howarth, E. (2018). AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: A single - blind, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 5(1), 31 - 40.
- duSert, O. P., Potvin, S., Lipp, O., Dellazizzo, L., Laurelli, M., Breton, R., Lalonde, P., Phraxayavong, K., O' Connor, K., et al. (2018). Virtual reality therapy for refractory auditory verbal hallucinations in schizophrenia: A pilot clinical trial. *Schizophr Res*, 197, 176 - 181.
- Dellazizzo, L., Potvin, S., Phraxayavong, K., & Dumais, A. (2021). One - year randomized trial comparing virtual reality - assisted therapy to cognitive - behavioral therapy for patients with treatment - resistant schizophrenia. *NPJ Schizophr*, 7(1), 9.
- Dellazizzo, L., Potvin, S., Phraxayavong, K., & Dumais, A. (2020). Exploring the benefits of virtual reality - assisted therapy following cognitive - behavioral therapy for auditory hallucinations in patients with treatment - resistant schizophrenia: A proof of concept. *J Clin Med*, 9(10), 3169.
- Jansen, J. E., Gleeson, J., Bendall, S., Rice, S., & Alvarez - Jimenez, M. (2020). Acceptance - and mindfulness - based interventions for persons with psychosis: A systematic review and meta - analysis. *Schizophr Res*, 215, 25 - 37.
- Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G., & Jeste, D. V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*, 63(10), 892 - 909.
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., et al. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *J Clin*

- Psychol, 62, 1445 – 1467.
- Liu, Y., Yang, X., Gillespie, A., Guo, Z., Ma, Y., Chen, R., & Li, Z. (2019). Targeting relapse prevention and positive symptom in first – episode schizophrenia using brief cognitive behavioral therapy: A pilot randomized controlled study. *Psychiatry Res*, 272, 275 – 283.
- Li, Z. J., Guo, Z. H., Wang, N., Xu, Z. Y., Qu, Y., Wang, X. Q., Sun, J., et al. (2015). Cognitive – behavioural therapy for patients with schizophrenia: A multicentre randomized controlled trial in Beijing, China. *Psychol Med*, 45 (9), 1893 – 905.
- Louise, S., Fitzpatrick, M., Strauss, C., Rossell, S. L., & Thomas, N. (2018). Mindfulness – and acceptance – based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta – analysis. *Schizophr Res*, 192, 57 – 63.
- Langlois, T., Sanchez – Rodriguez, R., Bourcier, A., Lamy, P., Callahan, S., & Lecomte, T. (2020). Impact of the group intervention “Accept Voices ©” for the management of auditory hallucinations. *Psychiatry Res*, 291, 113 – 159.
- Morrison, A. P., Pyle, M., Gumley, A., Schwannauer, M., Turkington, D., MacLennan, G., et al. (2018). FOCUS trial group. Cognitive behavioural therapy in clozapine – resistant schizophrenia (FOCUS): An assessor – blinded, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 5 (8), 633 – 643.
- Paulik, G. (2012). The role of social schema in the experience of auditory hallucinations: A systematic review and a proposal for the inclusion of social schema in a cognitive behavioural model of voice hearing. *Clin Psychol Psychother*, 19 (6), 459 – 472.
- Rus – Calafell, M., Ward, T., Zhang, X. C., Edwards, C. J., Garety, P., & Craig, T. (2020). The role of sense of voice presence and anxiety reduction in AVATAR therapy. *J Clin Med*, 9 (9), 2748.
- Scott, M., Rossell, S. L., Meyer, D., Toh, W. L., & Thomas, N. (2020). Childhood trauma, attachment and negative schemas in relation to negative auditory verbal hallucination (AVH) content. *Psychiatry Res*, 290, 112997.
- Shawyer, F., Farhall, J., Thomas, N., Hayes, S. C., Gallop, R., Copolov, D., & Castle, D. J. (2017). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*, 210 (2), 140 – 148.
- Shergill, S. S., Murray, R. M., & McGuire, P. K. (1998). Auditory hallucinations: A review of psychological treatments. *Schizophr Res*, 32, 137 – 150.
- Stefaniak, I., Sorokosz, K., Janicki, A., & Wciórka, J. (2019). Therapy based on avatar – therapist synergy for patients with chronic auditory hallucinations: A pilot study. *Schizophr Res*, 211, 115 – 117.
- Thomas, N., Hayward, M., Peters, E., van derGaag, M., Bental, R. P., Jenner, J., et al. (2014). Psychological therapies for auditory hallucinations (voices): Current status and key directions for future research. *Schizophr Bull*, 40 (Suppl 4), S202 – S212.
- Uptegrove, R., Broome, M. R., Caldwell, K., Ives, J., Oye-bode, F., & Wood, S. J. (2016). Understanding auditory verbal hallucinations: A systematic review of current evidence. *Acta Psychiatr Scand*, 133 (5), 352 – 367.
- van derGaag, M., Valmaggia, L. R., & Smit, F. (2014). The effects of individually tailored formulation – based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta – analysis. *Schizophr Res*, 156 (1), 30 – 37.
- van derGaag, M., van Oosterhout, B., Daalman, K., Sommer, I. E., & Korrelboom, K. (2012). Initial evaluation of the effects of competitive memory training (COMET) on depression in schizophrenia – spectrum patients with persistent auditory verbal hallucinations: A randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol*, 51 (2), 158 – 171.

The Research Progress of Psychotherapy in the Treatment of Auditory Hallucinations

Li Fangya¹, Ge Ling², Zhao Wentao³, Liang Nana³, Xu Yong⁴

(1. College of Humanities and Social Science, Shanxi Medical University, Shanxi 030001;

2. Shanxi Vocational College of Health, Shanxi 030607; 3. First Hospital of Shanxi Medical University/First

Clinical Medical College of Shanxi Medical University Department of Psychiatry, Shanxi 030001;

4. Taiyuan Hospital of Peking University First Hospital / Department of Mental Health, Taiyuan Central Hospital, Shanxi 030009)

Abstract: Auditory Hallucination (AH) is one of the most common positive symptoms in schizophrenia patients. The persistence of AH brings high disability and high suicidal risk. The treatment for AH is mainly drug – based, but some people still can't benefit from it. Psychotherapy is another effective method, which has unique advantages in alleviating symptoms, reducing distress, improving social function and preventing recurrence. This study sorts out the development and evolution of hallucination's psychotherapy theory, systematically reviews various psychotherapy methods and their clinical effects, and provides a reference basis for the selection of clinical psychotherapy.

Key words: Schizophrenia; auditory hallucination; psychotherapy