

1. Το να ακούει κανείς φωνές θεωρείται συχνά πρωτεύον σύμπτωμα ψυχωσικής διαταραχής (American Psychiatric Association 1994). Ειδικότερα, το να ακούει κανείς φωνές θεωρείται πρώτης τάξεως σύμπτωμα της σχιζοφρενικής ψύχωσης (Schneider, 1959). Υπάρχουν τρεις κύριες ψυχιατρικές κατηγορίες ασθενών που ακούνε φωνές: σχιζοφρένεια (περίπου 50%), διπολική διαταραχή (περίπου 25%) και αποσυνδεδετικές διαταραχές (περίπου 80%) (Honig et al., 1998).
2. Ωστόσο το να ακούει κανείς φωνές δεν είναι από μόνο του σύμπτωμα κάποιας ασθένειας, αλλά παρατηρείται σε ένα 2-4% του γενικού πληθυσμού (κάποιο σώμα έρευνας δίνει μεγαλύτερα ποσοστά), ενώ ακόμα περισσότεροι άνθρωποι (γύρω στο 8%) εμφανίζουν τις λεγόμενες «αλλόκοτες προσωπικές πεποιθήσεις» που συνήθως ονομάζονται «παραληρηματικές ιδέες», και το κάνουν χωρίς να είναι άρρωστοι. Πολλοί άνθρωποι που ακούνε φωνές τις θεωρούν βοηθητικές ή καλοπροαίρετες (Romme & Escher, 1993). Σε μία μεγάλης έκτασης έρευνα σε δείγμα 15000 ατόμων, βρέθηκε ότι υπήρχε μία επικράτηση της τάξης του 2,3% στην ακρόαση φωνών και αυτό το εύρημα αντιφάσκει με την επικράτηση της σχιζοφρένειας που είναι 1% (Tien, 1991).
3. Ενώ ένας στους τρεις ανθρώπους που ακούει φωνές τελικά γίνεται ψυχιατρικός ασθενής – δύο τρίτα των ατόμων αυτών μπορούν να αντιμετωπίσουν επαρκώς την κατάσταση και δεν χρειάζονται καμία ψυχιατρική φροντίδα. Καμία διάγνωση δεν μπορεί να δοθεί, καθώς 2/3 των ανθρώπων που ακούνε φωνές είναι εντελώς υγιής και η λειτουργικότητά τους είναι καλή. Είναι πολύ σημαντικό το γεγονός ότι στην κοινωνία μας υπάρχουν περισσότεροι άνθρωποι που ακούνε φωνές και δεν νοσούν από ότι άνθρωποι που ακούν φωνές και γίνονται ψυχιατρικοί ασθενείς (Romme & Escher, 2001).
4. Τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου έχουν επιβεβαιώσει ότι οι άνθρωποι που ακούνε φωνές έχουν όντως εμπειρία ενός ήχου σαν να υπήρχε ένα πραγματικό πρόσωπο που τους μιλάει (Shergill, Brammer, Williams, Murray, & McGuire, 2000).
5. Σε μία μελέτη του Honig και των συνεργατών του (1998), πάνω στις διαφορές μεταξύ ασθενών και μη-ασθενών που ακούγαν φωνές, η διαφορά δεν εντοπιζόταν στη μορφή αλλά στο περιεχόμενο. Με άλλα λόγια οι μη-ασθενείς ακούγαν φωνές τόσο μέσα όσο και έξω από το κεφάλι τους, όπως ακριβώς και οι ασθενείς, αλλά είτε το περιεχόμενο ήταν θετικό είτε ο ακούων φωνές είχε μια θετική αντιμετώπιση της φωνής και ένιωθε ότι έχει έλεγχο πάνω της. Αντιθέτως, η ομάδα των ασθενών ήταν πιο τρομαγμένη από τις φωνές, και οι τελευταίες ήταν πιο επικριτικές (κακόβουλες) και εκείνοι αισθάνονταν να έχουν λιγότερο έλεγχο πάνω τους (Honig et al, 1998).
6. Η ψυχιατρική στο δυτικό κόσμο αδικώς εξισώνει το άκουσμα φωνών με τη σχιζοφρένεια. Επισκεπτόμενη έναν ψυχίατρο με το παράπονο ότι ακούτε φωνές έχετε μία πιθανότητα 80% να σας γίνει διάγνωση σχιζοφρένειας (Romme & Escher 2001).

7. Οι συμβατικές προσεγγίσεις στην ψυχιατρική αναφορικά με το πρόβλημα της ακρόασης φωνών αφορούν την παράκαμψη του προσωπικού νοήματος που μπορεί να έχει η εμπειρία για το άτομο που ακούει φωνές και επικεντρώνεται στην απομάκρυνση των συμπτωμάτων (ακουστικών ψευδαισθήσεων) με τη χρήση φυσικών μέσων, όπως η φαρμακευτική αγωγή (Romme & Escher, 1989). Παρόλο που η αντιψυχωσική αγωγή βοηθά κάποια άτομα που υποφέρουν από ψύχωση (Fleischhaker, 2002), υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό (30%) που εξακολουθεί να βιώνει «συμπτώματα» όπως η ακρόαση φωνών, παρά τις πολύ υψηλές δόσεις ενδοφλέβιας αντιψυχωσικής αγωγής την οποία λαμβάνουν (Curson, Barnes, Bamber, & Weral, 1985).
8. Ευρύτερη χρήση αντιψυχωσικής αγωγής παρεμποδίζει τη συναισθηματική επεξεργασία και συνεπώς θεραπεία του νοήματος των φωνών (Romme & Escher, 2000).
9. Η παραδοσιακή πρακτική στην ψυχολογία της συμπεριφοράς επικεντρώνεται είτε στο να αποσπά τον ασθενή είτε να αγνοεί τις αναφορές του/της στο άκουσμα φωνών, με την ελπίδα ότι ο/η ασθενής θα συγκεντρωθεί σε «πραγματικές» εμπειρίες, το οποίο στη συνέχεια θα ενισχυθεί (με την υπόθεση ότι το άκουσμα φωνών αποτελεί παραληρητική πεποιθήση). Το αποτέλεσμα αυτής της προσέγγισης είναι να αποθαρρύνει τη συζήτηση γύρω από την εμπειρία των φωνών, χωρίς όμως να την εξαλείφει (P.D.J. Chadwick, Birchwood, & Trower, 1996).
10. Σε έρευνα σχετικά με ανθρώπους που ακούνε φωνές, βρέθηκε ότι 77% των ανθρώπων που έχουν διαγνωστεί ως σχιζοφρενείς η ακρόαση φωνών σχετιζόταν με τραυματικές εμπειρίες. Αυτές οι τραυματικές εμπειρίες μπορούσαν να ποικίλουν από σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, υπερβολική υποτίμηση για μεγάλα διαστήματα της παιδικής ηλικίας, πολύ επιθετική αντιμετώπιση μέσα στο γάμο, δυσκολία αποδοχής της σεξουαλικής ταυτότητας κ.α. (Romme & Escher 2006).
11. Το άκουσμα φωνών καθ' εαυτό δεν σχετίζεται με την αρρώστια της σχιζοφρένειας. Σε επιδημιολογική έρευνα μόνο 16% του συνολικού αριθμού αυτών που ακούνε φωνές θα μπορούσε να διαγνωστεί με σχιζοφρένεια (Romme & Escher 2001)
12. Η πρόγνωση της ακρόασης φωνών είναι πιο ευοίωνη απ' όσο εν γένει πιστεύεται. Η Sandra Escher σε έρευνά της πάνω στο παιδικό άκουσμα φωνών, παρακολούθησε 82 παιδιά για 5 χρόνια. Σε αυτήν την περίοδο 64% των φωνών των παιδιών εξαφανίστηκε αναλογικά με την εκμάθηση της διαχείρισης των συναισθημάτων και την ελάττωση του άγχους. Σε παιδιά των οποίων το άκουσμα φωνών ψυχιατριοποιήθηκε και εντάχθηκε στη σημειολογία κάποιας ασθένειας και δεν τους δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή, οι φωνές όχι μόνο δεν εξαφανίστηκαν, αλλά και επιδεινώθηκαν, η δε ανάπτυξη των παιδιών αυτών επιβραδύνθηκε (Romme & Escher 2006).

