



Las alucinaciones auditivas en la disociación y en la psicosis

Anabel González
Complexo Hospitalario Universitario de
A Coruña
www.anabelgonzalez.es

Reflexiones desde la disociación



JITPP
GDL
2025

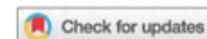


¿Qué es la disociación?

¿Nos referimos a lo mismo cuando usamos este término?



JOURNAL OF TRAUMA & DISSOCIATION
2022, VOL. 23, NO. 5, 578–580
<https://doi.org/10.1080/15299732.2022.2079160>



The Need to Constrain the Concept of Dissociation

E.R.S. Nijenhuis Ph.D.

Clienja Littenheid AG, Hospital for Psychiatry and Psychotherapy, Littenheid, Switzerland



Integración



La integración e interconexión entre distintas funciones es el modo de funcionamiento del sistema nervioso.

Múltiples elementos (percepción, cognición, emoción y sensación/movimiento) han de procesarse, primero en sus áreas cerebrales respectivas, y posteriormente en coordinación con las demás a través de **procesos asociativos complejos**.

Estos procesos asociativos y de integración pueden alterarse **a muchos niveles**, dando lugar a distintos tipos de síntomas.



El sentido de agencia (“esto lo estoy haciendo yo”) y el sentido de pertenencia (“esto es mío”) están afectados en la disociación

El paciente experimenta emociones que **no le parecen propias**, realiza conductas sin sentirse en control de dichas conductas (“no soy yo”).

Puede oír voces intra o extrapsíquicas que, o bien atribuye a alguien/algo ajeno, o bien reconoce como propias pero **no siente que esté realmente guiando ese proceso** mental (“me vienen”).

Los síntomas de Schneider



Muchos autores han propuesto que son más característicos de la disociación que de la esquizofrenia



Dos tipos de disociación

- Distanciamiento
- Compartimentalización





No soy yo
porque voy en
automático

La despersonalización y la desrealización

Las experiencias disociativas de **distanciamiento de uno mismo o de la realidad** que nos rodean son fenómenos frecuentes (hasta un 50% de la población los ha experimentado en algún momento).

Aparecen asociadas a otros problemas como ansiedad, y se ven típicamente la psicosis, la epilepsia o bajo el efecto de sustancias.





Despersonalización: “vivo sin vivir en mi”



- La persona se siente un observador de sus propias acciones
- Siente que va en automático, mecánicamente
- Se ve desde fuera
- Está distanciada de sí misma

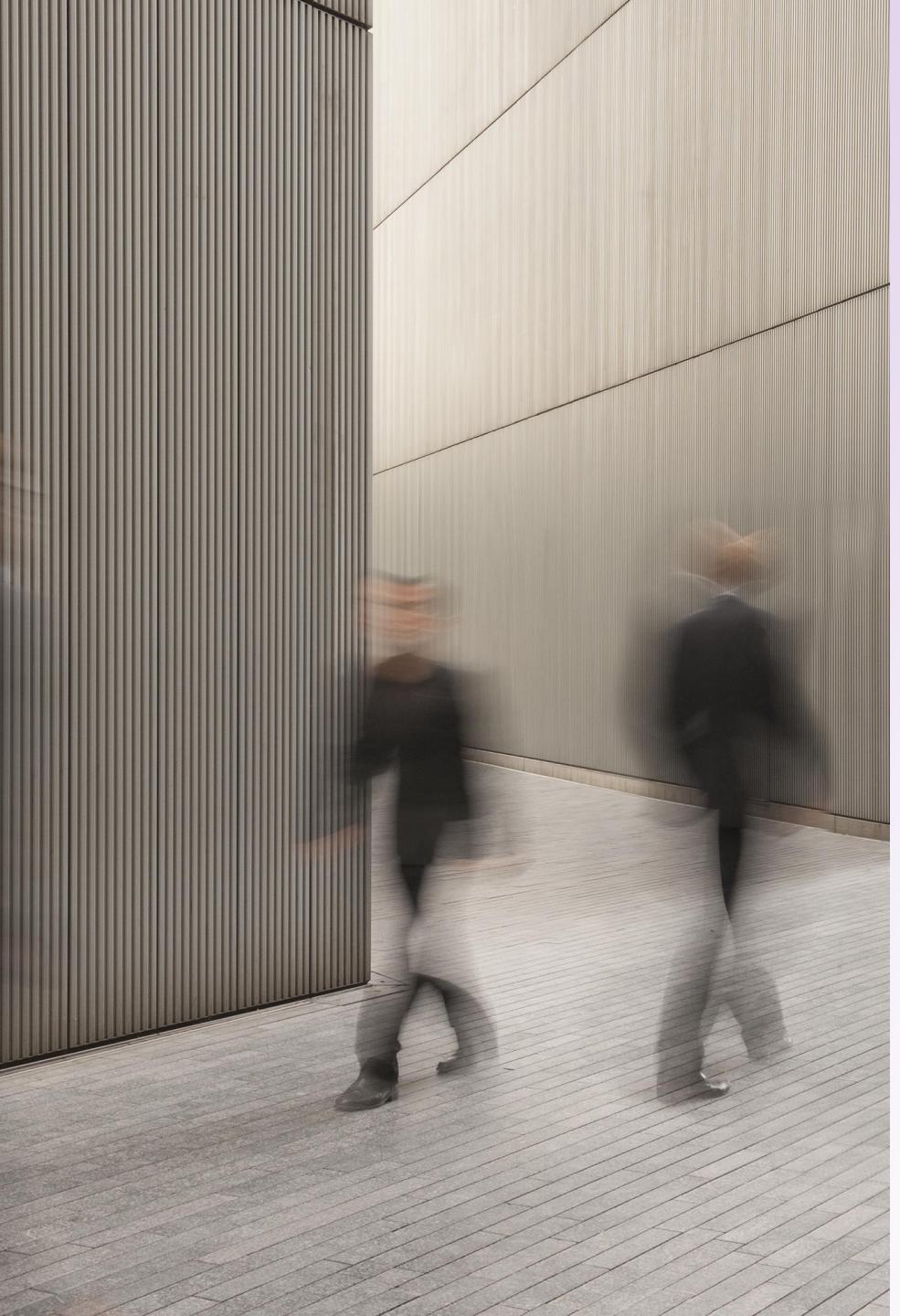
Insensibilización

- La comida no se saborea
- Comer es un automatismo
- La persona ríe, pero no se ríe “por dentro”
- Deja de sentir el dolor físico
- Deja de sentir el dolor emocional
- Deja de estar



Desrealización: “no puedo sentir el mundo”

- Hay una barrera entre la persona y el mundo exterior (“estoy como envasada al vacío”, “estoy como en una burbuja en mi cuerpo”, “hay como un muro de cristal entre yo y lo de fuera”).
- El mundo se siente como una película, como un escenario surrealista, como un sueño.
- Las distancias y los tamaños de las cosas están alterados.
- El sentido del tiempo está alterado.
- Las personas y lugares familiares se sienten extraños (*jamais vu*).



Desomatización: “mis sensaciones se vuelven extrañas”



- Los pies o las manos se sienten de distinto tamaño.
- Los objetos no se sienten al tocarlos, o se sienten con dificultad o de forma extraña.
- A veces la persona tiene que tocarse para comprobar que tiene un cuerpo.
- Puede sentirse como flotando en el aire.
- Algunas partes del cuerpo no se sienten como propias.
- Al mirarse al espejo esa imagen no se siente propia.

Estos fenómenos también ocurren en la esquizofrenia



- Un paciente en nuestro estudio sobre disociación en esquizofrenia refería como único síntoma que su nariz no era suya. Se miraba al espejo y se la tocaba repetidamente para comprobarlo. No había ningún síntoma disociativo ni ninguna conexión con historia traumática.
- Un paciente refería que cuando se duchaba no sentía realmente el agua. Con diversas percepciones era como si no encajase a algún nivel la percepción en sí misma con la sensación asociada a la percepción.
- **¿Tienen estos casos más que ver en la esquizofrenia con lo perceptivo y con la integración de sensaciones más primarias, y en la disociación más que ver con la autoconciencia y la identidad (vivencias de tipo “no soy yo”)?**

Dentro de la
disociación, oír voces
se asocia más a
trauma que la
despersonalización

¿Es este el tipo de
disociación que
nos interesa
explorar?

PSYCHOSIS

2020, VOL. 12, NO. 4, 328–338

<https://doi.org/10.1080/17522439.2020.1773910>



OPEN ACCESS



Clinical correlates of hearing voices among people seeking interventions for dissociation: a cross-cultural investigation

Hong Wang Fung ^a, Chitat Chan ^a and Colin A. Ross ^b

^aThe Department of Applied Social Sciences, The Hong Kong Polytechnic University, Hung Hom, Hong Kong; ^bThe Colin A. Ross Institute for Psychological Trauma, Richardson, TX, USA

ABSTRACT

Auditory hallucinations are common among people seeking treatment for trauma and dissociation and can result in diagnostic challenges. This study examined the correlates of hearing voices in two samples of people seeking interventions for dissociation – a sample of 83 English speakers and a sample of 82 Chinese speakers. We found that, compared with depersonalization, hearing voices was more closely associated with trauma and other dissociative phenomena (especially identity dissociation) across two samples from different cultures. We recommend that careful assessment of trauma and dissociation should take place before a clinician assumes that auditory hallucinations are a psychotic symptom. Our findings support the idea that at least some forms of hearing voices are a cross-culturally occurring trauma-related dissociative phenomenon.

ARTICLE HISTORY

Received 16 March 2020

Accepted 11 May 2020

KEYWORDS

Hearing voices; auditory verbal hallucinations (AVH); psychosis; dissociation; dissociative disorders; trauma



No soy yo porque
me estoy viendo
desde el otro lado



¿Nos rompemos (trauma) o venimos en trozos (apego)?

Putnam (1997) propone un modelo evolutivo de la disociación, señalando que el niño tendría una serie de **estados conductuales** discretos (caracterizados por un estado psicofisiológico y determinadas conductas) que se van integrando en un sentido del self coherente.

Estos estados conductuales se van volviendo más complejos y se irán produciendo transiciones fluidas y adaptadas al contexto entre unos y otros.

A partir de ahí se desarrolla una **unidad de la conciencia** esté la persona como esté.

Esta adquisición temprana a nivel evolutivo se vería alterada por el trauma, y el control e integración de estos estados no se produciría.



Ya se que estás
frustrada, pero
hoy no puede ser

¿Qué te pasa?
No te veo
buena cara

Me alegro de que
te lo estés
pasando bien

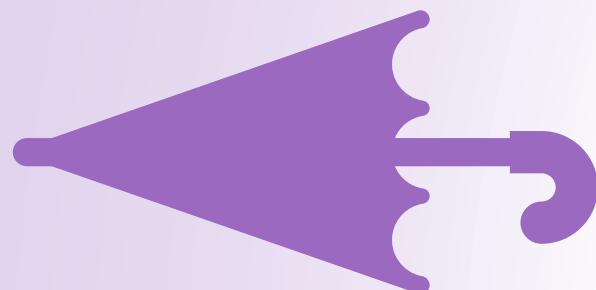




Eres
insopportable



Eres débil



Así me gusta,
al mal tiempo
buena cara

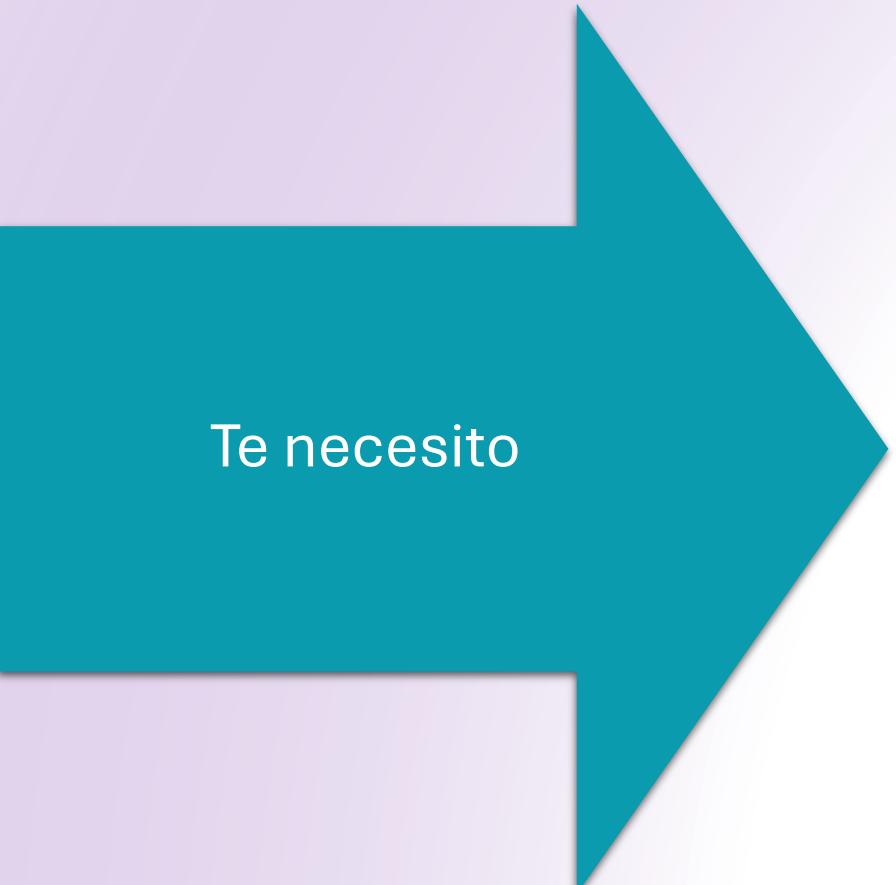


Disociación y apego desorganizado

- Liotti (1992) propondrá que esta disociación como compartmentalización/multiplicidad se deriva de la desorganización del apego.
- Al existir un **conflicto entre sistemas motivacionales** (apego y defensa), y estar expuesto el niño a experiencias de apego incompatibles (un cuidador a veces afectuoso y otras veces abusivo), se construirán **modelos operativos internos mutualmente incompatibles e incoherentes**.
- Estos modelos contradictorios generarán una autopercepción fragmentada y **compartimentalizada** que comprometerá la organización de la autoconciencia.
- El individuo se **distanciará** de todo esto como modo de tolerar esa contradicción.



¿Cómo asimilar esto?



Te necesito



Me asustas

Compartimentos

Mientras ambas informaciones se mantengan apartadas no se generará una disonancia intolerable.

Cada uno de esos compartimentos puede volverse más complejo con el tiempo, adquirir cierta **autonomía mental**.

- El **compartimento del daño** puede ser el lugar del que surgen voces, pensamientos egodistónicos o impulsos agresivos.
- El **compartimento que preserva el vínculo** puede generar conductas de dependencia emocional, y enganche a figuras abusivas posteriores.

El sistema funciona de modo no integrado, oscilando externa o internamente entre unos estados y otros.





Una solución frente a la incoherencia

Bromberg (2014) considera que la disociación es una solución frente a la **incoherencia afectivo-cognitiva**.

Al existir, dice Bromberg, estados del self que se sienten completamente ajenos entre sí, que son tan discrepantes que no pueden coexistir en un simple estado de conciencia, éstos no pueden estar activos simultáneamente sin generar una desestabilización de la estructura del self.

¿En qué dirección ir?

El trauma

No puedo salir de aquí
Solo hay dolor
No puedo hacer nada
No puedo asimilarlo
Soy vulnerable

Tengo que salir adelante
No pasa nada
No importa
No me afecta
Soy fuerte

La vida
cotidiana



Schimmenti (2018) propone que el trauma de apego produce un deterioro en la posibilidad de **procesar, modular e integrar** estados mentales y somáticos perturbadores sin desorganizar la estructura del self.



The Role of Attachment Trauma and Disintegrative Pathogenic Processes in the Traumatic-Dissociative Dimension

Benedetto Farina^{1,2}, Marianna Liotti³ and Claudio Imperatori^{1*}

¹Department of Human Sciences, European University of Rome, Rome, Italy, ²Traumatic Treatment Unit, Centro Clinico De Sanctis, Rome, Italy, ³Italian School of Clinical Cognitivism, Rome, Italy

Epidemiological, clinical, and neurobiological studies of the last 30 years suggest that traumatic attachments during the early years of life are associated to specific psychopathological vulnerabilities based on dissociative pathogenic processes. It has been observed that the dissociative pathogenic processes caused by these traumatic attachments either may contribute to the genesis of well-defined mental disorders (e.g., dissociative disorders) or may variably occur in many other diagnostic categories, complicating their clinical pictures and worsening their prognosis. For this reason, we proposed to define the dimension of psychopathological outcomes linked to traumatic attachments and dissociative pathogenic processes as the "traumatic-dissociative" dimension (TDD). The clinical complexity of the TDD requires specific training to enable mental health professionals to recognize the signs of traumatic developments and to implement specific treatment strategies. The present article aims to review some crucial points about the clinical meaning and treatment strategies of the TDD, the dissociative pathogenic processes characterizing the TDD, as well as of the role of attachment trauma in the TDD. We also focused on the clinical and theoretical evidence suggesting that dissociation and dis-integration may be considered two different processes but highly correlated. The usefulness of clinical reasoning in terms of psychopathological dimensions, instead of distinct diagnostic categories, as well as several therapeutic implications of these issues was finally discussed.

OPEN ACCESS

Edited by:
Lorys Castelli,
University of Turin, Italy

Reviewed by:
Vedat Sar,
Koç University, Turkey
Orno Van Der Hart,
Utrecht University, Netherlands

***Correspondence:**
Claudio Imperatori
imperatori.c@libero.it

Specialty section:
This article was submitted to
Psychology for Clinical Settings,
a section of the journal

Desintegración, distanciamiento y compartmentalización

La diferenciación entre estos conceptos (Farina et al., 2019; Holmes et al., 2005) puede ser útil a nivel clínico.

- 1. Desintegración:** conducta errática, desorganización
- 2. Distanciamiento:** predomina la despersonalización-desrealización y la desconexión emocional
- 3. Compartimentalización:** fenómenos egodistónicos que representan partes disociativas (pensamientos intrusivos, actos no recordados o alucinaciones auditivas).

Reflexiones



- ¿Qué concepto de disociación estamos manejando?
- ¿Tendría más sentido analizar de modo específico la relación entre voces y compartmentalización disociativa?

Revista de psiquiatría y salud mental (Barcelona) xxx (xxxx) xxx-xxx



Revista de Psiquiatría
y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL ARTICLE

Spanish validation of the Detachment and Compartmentalization Inventory (DCI) in a community and clinical sample. A new instrument for measuring dissociation

Salvador Perona-Garcelán^{a,*¹}, Gabriel Rodenas-Perea^{a,¹},
Elena Velasco-Barbancho^{a,¹}, Cristina Senín-Calderón^{b,²}, Juan F. Rodríguez-Testal^{c,³},
Rosa Moreno-Buzón^{a,¹}, Miguel Ruiz-Veguilla^{a,⁴}, Benedicto Crespo-Facorro^{a,⁴}



Reflexiones desde la esquizofrenia

Trauma, voces,
omnipotencia,
afectividad



Poder, malevolencia

La creencia sobre la **omnipotencia** de las voces en la esquizofrenia es la variable metacognitiva más asociada con malestar y menor tendencia a la remisión.

El principal predictor de estas creencias son los **esquemas negativos sobre el self**.

Peters et al (2012). It's not what you hear, it's the way you think about it: appraisals as determinants of affect and behaviour in voice hearers. Psychol Med. 42(7):1507-14.



Voces internas o externas

La mayoría de los pacientes creen que sus voces son **autogeneradas**, más que causadas por agentes externos.

- El contenido de las voces **internas** es más negativo y estresante, se viven como menos controlables y son más frecuentes y duraderas.
- Las de localización **externa** puede asociarse a síntomas paranoides y a una excesiva hostilidad y suspicacia.
- Un 70% **no es capaz de diferenciar** si las voces son externas o internas.



Connors et al. (2016). Beliefs about hearing voices. Conscious Cogn. 43:89-101.



El componente afectivo

Depresión y autoestima se relacionan con un **contenido más negativo de las voces**, probablemente porque interaccionan entre sí.

Estos factores pueden estar **más relacionados con trauma temprano**: ¿Dónde se generan las creencias nucleares?

Cuando las voces se asocian a imágenes como catástrofes temidas, memorias traumáticas o imágenes de la fuente percibida de las voces, producen mayor respuesta afectiva.

Smith et al. (2006). Emotion and psychosis: links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations. Schizophr Res. 86(1-3):181-8.

Lung, Shu & Chen. (2009). Personality and emotional response in schizophrenics with persistent auditory hallucination. Eur Psychiatry. 24(7):470-5.

El poder a nivel social y la relación de poder con las voces



- La subordinación a las voces se relacionó con **subordinación y marginalización en otras relaciones sociales.**
- Los que perciben su **rango social** como superior tienden a tener más percepción de órdenes de dañar a otros, mientras que los que perciben su rango como inferior tienden más a autolesionarse.

Modelo del habla interna



Fallaría la monitorización del diálogo interior, llevando a que elementos de este se identificasen con una voz ajena.

Algunos estudios encuentran similitud con el diálogo interior del paciente (Yttri et al, 2020) mientras que otros no lo encuentran (Chang et al, 2009).

En los pacientes con historia de trauma interpersonal grave, **lo que se dicen por dentro se parece a lo que escucharon**. Este es uno de los aspectos que se trabajan en terapia. Cuando trabajamos con pacientes con disociación y voces, lo que dicen las voces refleja algo similar: mi cabeza me dice lo que escuchó por parte de personas significativas de mi vida.

Las **voces asociadas a recuerdos** podrían tener que ver con fallos en la supresión de esas memorias, que se activarían fuera de contexto.



Las voces que se perciben como externas representan lo más egodistónico

Los pacientes que oyen voces tienden a atribuir eventos generados por ellos a una fuente externa, sobre todo cuando está muy centrados internamente, porque **tenderán a atribuir lo egodistónico y no deseado a fuentes externas.**

En los pacientes disociativos las voces que se perciben como externas son las que se refieren a elementos o estados emocionales más rechazados (impresión clínica).

Woodward, Menon & Whitman. (2007). Source monitoring biases and auditory hallucinations. *Cogn Neuropsychiatry*.12(6):477-94.

¿Podría el trauma temprano alterar estructuras coincidentes con las que están alteradas en la esquizofrenia?

- Diversos estudios relacionan la presencia de voces **en la esquizofrenia** con alteraciones en el **fascículo arcuato**, cuya patología se ha relacionado con alteraciones en la descarga corolaria desde las áreas frontales del lenguaje y la iniciación motora a suprimir la actividad del cortex auditivo.
- Se ha visto que **niños que han sufrido abuso verbal** por sus cuidadores presentan anomalías en el fascículo arcuato, generando una dificultad en el habla y en la comprensión oral durante el resto de su vida.
- Abdul-Rahman et al. (2012). Arcuate fasciculus abnormalities and their relationship with psychotic symptoms in schizophrenia. PLoS One. 7(1):e29315.
- Olson et al. (2020). Childhood maltreatment experiences are associated with altered diffusion in occipito-temporal white matter pathways. Brain Behav. 10(1):e01485. doi: 10.1002/brb3.1485. Epub 2019 Nov 26. PMID: 31773917; PMCID: PMC6955831.





Aunque aún no sabemos cómo se produce la relación trauma-voces, la existencia de esta relación parece clara

- Las experiencias vitales negativas influyen en el desarrollo y mantenimiento de las alucinaciones (Powers et al, 2017).
- Se ha visto relación entre **abuso sexual infantil** y voces (Daalman et al, 2011). El **abuso emocional infantil** se relacionó con un mayor poder de la voz y la **falta de apoyo emocional de los padres** con un menor apoyo percibido y afiliación con las voces (Sommer et al., 2010).
- Esto implica la **necesidad de evaluar los antecedentes de abuso infantil en personas con psicosis**, la **incorporación del trauma en la psicoeducación de estos pacientes** y la **utilización de la psicoterapia centrada en los síntomas psicóticos relacionados con el trauma**.

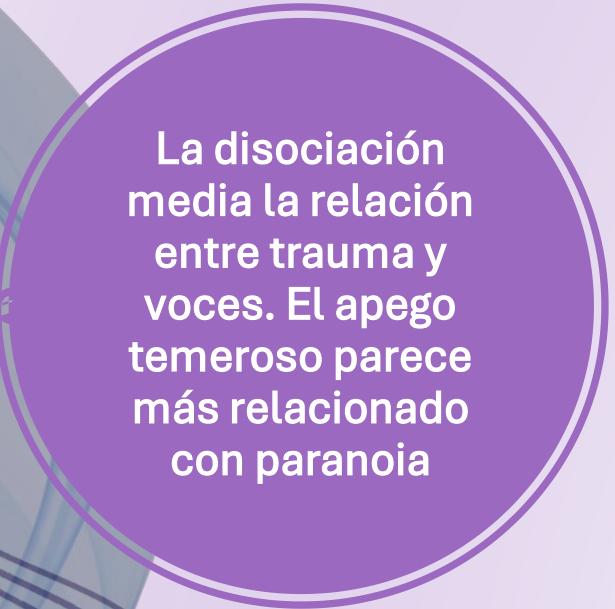


La disociación puede ser un elemento que nos explique la relación entre el trauma y las voces (Marie Pilton, Varese, Berry y Bucci, 2015)

Metaanálisis incluyendo 19 estudios clínicos, con 1620 participantes, y 12 estudios no clínicos, con 2137 participantes, publicados entre 1986 y 2014.

Conclusiones: las experiencias disociativas pueden estar implicadas en el fenómeno de oír voces, y pueden ser un factor mediador entre el trauma y las alucinaciones auditivas.

La magnitud del efecto fue grande y significativa ($r = .52$).



La disociación media la relación entre trauma y voces. El apego temeroso parece más relacionado con paranoia

RESEARCH ARTICLE

Attachment and dissociation as mediators of the link between childhood trauma and psychotic experiences

Josie Pearce¹ | Jane Simpson¹ | Katherine Berry²  | Sandra Bucci² | Andrew Moskowitz³ | Filippo Varese² 

¹School of Health and Medicine, Division of Health Research, Lancaster University, Lancaster, UK

²Division of Psychology and Mental Health, School of Health Sciences, University of Manchester, Manchester, UK

³Psychology Department, Touro College Berlin, Berlin, Germany

Correspondence

Josie Pearce, Clinical Psychology, Faculty of Health and Medicine, Furness College, Lancaster University, Lancaster, LA1 4YF, UK.
Email: josie.pearce@outlook.com

Exposure to childhood trauma has been implicated in the development of paranoia and hearing voices, but the mechanisms responsible for these associations remain unclear. Understanding these mechanisms is essential for ensuring that targeted interventions can be developed to better support people experiencing distress associated with paranoia and voices. Recent models have proposed that dissociation may be a mechanism specifically involved in the development of voices and insecure attachment in the development of paranoia. Recent theoretical proposals have added to this and argued that fearful attachment could also lead to increased vulnerability for voices. This study was the first to examine whether dissociation and insecure attachment styles mediated the relationship between childhood trauma and these psychotic experiences. One hundred and twelve participants experiencing clinical levels of psychosis completed measures of dissociation, childhood trauma, attachment, voices, and paranoia. Results revealed positive associations between fearful (but not dismissive and anxious) attachment, dissociation, trauma, and psychotic experiences. Mediation analyses indicated that dissociation, but not fearful attachment, significantly mediated the relationship between trauma and voices. Conversely, both dissociation and fearful attachment significantly mediated the relationship between trauma and paranoia. The findings suggest that insecure attachment might be more strongly related to paranoia than hallucinations and suggest that fearful attachment may be a more promising mechanism to explain this relationship. Furthermore, the findings suggest that the impact of dissociation on psychotic experiences may extend to paranoia. Future research is required to replicate these findings using interview-based attachment measures.

KEYWORDS

attachment, childhood trauma, hearing voices, paranoia, psychosis



Voces disociativas en la esquizofrenia: un subtipo de esquizofrenia disociativa



- Ross (2020) plantea que **las voces se entienden como aspectos disociados o rechazados del yo impulsados por el trauma.** Se basa en que las alucinaciones auditivas son comunes en el trastorno de identidad disociativo, el trastorno límite de la personalidad y el trastorno de estrés postraumático complejo y **no son específicas** de la psicosis.
- Sin embargo, apunta características que **las voces psicóticas serían diferentes de las disociativas**, tanto por aspectos cualitativos de las voces mismas, como por otros síntomas: por ejemplo, en comparación con las voces disociativas, las voces psicóticas se acompañan de menos sociabilidad, trastornos formales del pensamiento, más síntomas negativos como afecto embotado y más delirios.
- El autor propone que la psicoterapia de las voces disociativas puede ser indicada transdiagnósticamente, incluso **en un subgrupo de individuos** con diagnósticos de esquizofrenia. El objetivo no es suprimirlos, sino integrarlos durante la psicoterapia.

El grupo de pacientes esquizofrénicos con más disociación presentan más severidad, peor autoestima y mayor conciencia de enfermedad. También más comorbilidad

Schizophrenia Research 197 (2018) 170–175



Contents lists available at ScienceDirect

Schizophrenia Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/schres



Schizophrenia and dissociation: Its relation with severity, self-esteem and awareness of illness

Ania Justo ^{a,*}, Alicia Risso ^b, Andrew Moskowitz ^c, Anabel Gonzalez ^d

^a Department of Psychiatry and Psychology of the Polyclinic Assistens, Calle Urzáiz, 28, 2 C, 36201, Vigo, Spain

^b Department of Psychology, Universidad da Coruña, Spain

^c Touro College Berlin, Germany

^d Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Spain

ARTICLE INFO

Article history:

Received 22 October 2017

Received in revised form 16 February 2018

Accepted 17 February 2018

Available online 7 March 2018

Keywords:

Schizophrenia

Dissociation

Self-esteem

Awareness

Trauma

PTSD

ABSTRACT

This article describes the conclusions of an investigation done with 120 Spanish patients: the finding of a new psychopathological profile within a subgroup of patients suffering from schizophrenia. The patients were evaluated through different questionnaires about sociodemographic data, traumatic events, the severity index (both clinical and psychopathological), self-esteem and consciousness of the illness. From the scores obtained on a scale of dissociative experiences, they were classified into two groups: high dissociative symptomatology or HD, and low dissociative symptomatology or LD.

The HD group contained 44 patients (36.7% of the total population). The groups LD and HD show meaningful differences with respect to dissociative symptomatology levels, general psychopathology and level of traumatic events suffered. The percentage of patients with low self-esteem was higher in group HD than in group LD ($M = 25.52$ front 28.76 of group LD; $t(118) = 2.94, p = .00$). In addition, the group HD was more conscious of having a mental disorder, of the beneficial effects of medication and of the social consequences of their illness: $F(1) = 10.929, p = .001$; $\eta^2pt = 0.083$; $1-\beta = 0.907$.

The results show the existence of a subgroup of schizophrenic patients with higher levels of dissociation and trauma that were related with higher levels of symptomatology, lower self-esteem and higher consciousness of the illness, building a population of higher severity in which it would make sense to implement coadjutant treatments specifically oriented to these variables and, in addition, opening a therapeutic possibility for the patients with refractory schizophrenia.

© 2018 Elsevier B.V. All rights reserved.



¿Todas las voces en la esquizofrenia serían disociativas?

- Estos autores sugieren que las voces puede entenderse más apropiadamente como un fenómeno disociativo en lugar de un fenómeno psicótico.
- Basan esta afirmación en que estas voces están en población general y en otros trastornos, no solo en la psicosis, y en que hay una asociación con trauma.
- Incluso en pacientes psicóticos representarían elementos disociados, aspectos rechazados del yo.

Auditory Hallucinations: Psychotic Symptom or Dissociative Experience?

Andrew Moskowitz
Dirk Corstens



SUMMARY. While auditory hallucinations are considered a core psychotic symptom, central to the diagnosis of schizophrenia, it has long been recognized that persons who are not psychotic may also hear voices. There is an entrenched clinical belief that distinctions can be made between these groups, typically, on the basis of the perceived location or the 'third-person' perspective of the voices. While it is generally believed that such characteristics of voices have significant clinical implications, and are important in the differential diagnosis between dissociative and psychotic disorders, there is no research evidence in support of this. Voices heard by persons diagnosed schizophrenic appear to be indistinguishable, on the basis of their experienced characteristics,

Psychological Bulletin
2012, Vol. 138, No. 1, 28–76

© 2011 American Psychological Association
0033-2959/11/\$12.00 DOI: 10.1037/a0025995

Dissociation, Trauma, and the Role of Lived Experience: Toward a New Conceptualization of Voice Hearing

Eleanor Longden
Bradford and Airedale Early Intervention in Psychosis Service,
Bradford, England

Anna Madill and Mitch G. Waterman
University of Leeds

Voice hearing (VH) is often regarded as pathognomonic for schizophrenia. The purpose of this article is to review and integrate historical, clinical, epidemiological, and phenomenological evidence in order to suggest that VH may be more appropriately understood as a dissociative rather than a psychotic phenomenon. First, we discuss the lifetime prevalence of VH in the general population, which is estimated to range between 1% and 16% for adult nonclinical populations and 2% and 41% in healthy adolescent samples. Second, we demonstrate how the ubiquity of VH phenomenology, including variables like voice location, content, and frequency, limits its diagnostic and prognostic utility for differentiating psychotic from trauma-spectrum and nonclinical populations. Finally, we report on the empirical associations between VH, measures of dissociation, and trauma particularly (though not exclusively) childhood sexual abuse. There are 2 main conclusions from this review. First, we argue that available evidence suggests that VH experiences, including those in the context of psychotic disorders, can be most appropriately understood as dissociated or disowned components of the self (or self-other relationships) that result from trauma, loss, or other interpersonal stressors. Second, we provide a rationale for clinicians to use psychotherapeutic methods for integrating life events as precipitating and/or maintaining factors for distressing voices. Potential mechanisms for the relationship between trauma, dissociation, VH, and clinical diagnosis are described, including the relevance of literature from the field of attachment in providing a diathesis for dissociation. Suggestions for future research are also discussed.

Keywords: auditory hallucinations, psychosis, dissociation, trauma



¿Son todas las alucinaciones auditivas presentes en la psicosis iguales?

Las diferencias propuestas inicialmente (ej: voces intra vs extrapsíquicas) no parecen estarse confirmando en la literatura

¿Cuáles son entonces las diferencias?

ORIGINAL ARTICLE

Auditory Hallucinations in Dissociative Identity Disorder and Schizophrenia With and Without a Childhood Trauma History

Similarities and Differences

Martin J. Dorahy, DClinPsych, *† Ciarán Shannon, DClinPsych, ‡§ Lenaire Seagar, RN, †
Mary Corr, DClinPsych, ¶ Kellie Stewart, MSc, || Donncha Hanna, PhD, § Ciaran Mulholland, MRCPsych, **††
and Warwick Middleton, MD†

Abstract: Little is known about similarities and differences in voice hearing in schizophrenia and dissociative identity disorder (DID) and the role of child maltreatment and dissociation. This study examined various aspects of voice hearing, along with childhood maltreatment and pathological dissociation in 3 samples: schizophrenia without child maltreatment ($n = 18$), schizophrenia with child maltreatment ($n = 16$), and DID ($n = 29$). Compared with the schizophrenia groups, the DID sample was more likely to have voices starting before 18, hear more than 2 voices, have both child and adult voices and experience tactile and visual hallucinations. The 3 groups were similar in that voice content was incongruent with mood and the location was more likely internal than external. Pathological dissociation predicted several aspects of voice hearing and appears an important variable in voice hearing, at least where maltreatment is present.

Key Words: Auditory hallucinations, dissociative identity disorder, schizophrenia, child maltreatment, dissociation.

(*J Nerv Ment Dis* 2009;197: 892–898)

In the ICD-10 and DSM-IV-TR schizophrenia and dissociative identity disorder (DID) have completely distinct discriminating symptoms. Yet, there is considerable overlap in several phenomenological features (Moskowitz et al., 2008a; Rosenbaum, 1980; Ross, 2004). Clinical observation and research findings have supported the existence of Schneiderian first rank symptoms (Schneider, 1959) in both schizophrenia and DID (Kluft, 1987; Ross et al., 1990; Ross, 2004). These symptoms include "made" or unwilling actions,

was observing auditory hallucinations in Miss Beauchamp, his most celebrated DID patient. Auditory hallucinations are a common feature of DID (e.g., Kluft, 1987; Putnam et al., 1986), and are often, but not always (Middleton and Butler, 1998), perceived to emanate from inside the patients head (e.g., Boon and Draijer, 1993; Ross, 1997; Solomon and Solomon, 1982; Tutkun et al., 1995). There is some suggestion that these hallucinations may differ phenomenologically from the externally perceived auditory hallucinations often observed in schizophrenia (Bleuler, 1911, 1950; Hoffman et al., 1995), yet they may clinically appear as schizophrenia indicators if not rigorously assessed (Peterson, 1995). However, recent indications suggest that any differentiation of auditory hallucinations between dissociative identity disorder and schizophrenia based on location are ill-conceived, with both internally- and externally-perceived voices evident in both conditions (Moskowitz and Corstens, 2007). Honig et al. (1998) found no difference in location of voices in their schizophrenia and dissociative disorders samples, with both experiencing voices inside and outside the head. Studies in adolescence with either a psychotic illness or PTSD have found internal and external auditory hallucinations in both groups, even though internally-perceived voices appear more common in PTSD (Jessop et al., 2008; Scott et al., 2007).

Research indicates that Schneiderian symptoms in DID, including hearing voices, may be related to childhood traumatic experience (Ross, 2004; Ross et al., 1995; Ross and Joshi, 1992). There is now a considerable literature demonstrating an association between traumatic experiences, especially early relational traumas, such as child abuse and neglect and the experience of hearing voices

Diferencias entre voces disociativas y psicóticas

Estudio con la MUPS

- Pacientes con disociación
- Pacientes con esquizofrenia y trauma
- Pacientes con esquizofrenia con menos trauma

En disociación más voces infantiles y más voces con inicio en la infancia



JITPP
GDL
2025

A black and white photograph showing a close-up of a person's hand gently holding a small green seedling above a mound of dark, crumbly soil. The hand is positioned as if it has just planted the seedling or is about to do so. The background is filled with more soil and some dry, fallen leaves and twigs.

Una vía distinta de trabajo en la psicosis
Anabel González.

Caso 1: Entendiendo la refractariedad en la psicosis



Paciente de 21 años, esquizofrenia refractaria, a tratamiento con clozapina + aripiprazol en dosis altas. Acude a hospital de día donde se trabaja intensivamente en sus dificultades

Pese a ello, persisten estas ideas delirantes de modo muy intenso y frecuente y el paciente manifiesta debido a ello gran sufrimiento subjetivo

“Todos creen que soy gay, yo no soy gay... ¿cómo sabes que lo piensan? Porque lo se”

Experiencia delirante:
ve hablar al tío y cree
que habla de él “ahora
ya lo es” (lo cree
referido a su
orientación sexual)

Se prueba la ropa de la
tía y le descubren

Pensamientos
agresivos “tengo que
matarlo o follarlo”

Norma explícita en
la familia “hay que
ser buenos”

Normas morales muy
rígidas en la familia

Juegos sexuales con
un compañero

Agresividad del padre

La abuela le golpea
con una silla con 4
años



Un caso entre el TID y la esquizofrenia

- Explorando síntomas



JORNADA
INTERNACIONAL DE
TRAUMA PSICOLÓGICO Y
PSIQUIATRÍA 2025



Amnesia



Amnesia



T: Te voy a preguntar cosas concretas. Dime si notas que tienes lagunas de memoria

P: Si

T: En que tipo de momentos, ponme un ejemplo

P: Si, por ejemplo, en casa me tomo el café, y no me acuerdo de que me lo haya tomado

T: Y de llegar a hacer cosas que no recuerdas haber hecho

P: Si

Amnesia



T: ¿Me pones un ejemplo?

P: Poner los cajones, colocar la ropa, y encontrarla revuelta

T: Notas la cabeza embotada, aturdida

P: Si, aturdida

T: Alguna parte de tu vida que no recuerdas bien? Me has contado cosas, recuerdas que sucedieron ¿te parece que falta algo?

P: Ahora mismo no me doy cuenta

T: Recuerdas demasiadas cosas

P: Si

Despersonalización

Despersonalización



T: ¿Has tenido alguna vez la sensación de verte desde fuera del cuerpo?

P: Siii

¿Me explicas cómo?

Es una sensación muy extraña, porque es como si hubiera otra persona dentro de mi, no soy yo, como que sale de dentro de mi. A veces puede dominar, y a veces puede estar bastante tranquila

¿Y alguna vez te puedes ver desde fuera, como me estás viendo a mí?

P: Siii

Despersonalización



T: Cuéntame cómo es la sensación

P: La sensación es cuando muchas veces me miro al espejo, y sale esa persona, y me miro al espejo y pregunto ¿quién soy yo? ¿quién es esa persona? ¿por qué soy así?

T: ¿La sensación de no notar el dolor, estar notando el dolor y no notar las sensaciones físicas?

P: Es un poco raro, a veces duelen las cosas, pero procuro no pensar lo

T: El dolor emocional

P: Si

Alucinaciones

T: Lo de estas partes, escuchabas voces en la cabeza

P: Sii

T: Explícame cómo eran

P: A veces me llaman, y me doy la vuelta, y no hay nadie

T: entonces sientes que están como fuera de tu cabeza

P: Si

T: ¿Las oyes alguna vez dentro de tu cabeza?

P: Si, dentro de mi cabeza también

Alucinaciones



T: ¿Cómo son las de dentro de tu cabeza?

P: A ver son cosas, que me dicen, me dicen cosas

T: ¿Cosas buenas, cosas malas?

P: Depende

T: De todo... También veías gente, personas, que te daban cuenta luego de que no están allí

P: Claro

Alteración en los límites del yo

Alteración en los límites del yo



- T: ¿Te da la sensación alguna vez de que tus pensamientos se puedan oír fuera de tu cabeza? Como si tus pensamientos los pudiera leer alguien o la gente pudiera saber lo que piensas sin que tú se lo digas?
- P: No lo sé, no
- T: ¿La sensación tú de que puedes saber lo que la gente piensa?
- P: A veces
- T: Ponme un ejemplo
- P: El otro día estuve donde la abogada, ella me decía que dijera unas cosas, yo le estaba hablando de otras cosas muy diferentes, ella dijo que no tenía nada que ver, me di cuenta de que no eran las cosas que ella estaba hablando. Se me van las cosas
- T: Tienes la sensación de que te descentras
- P: Si



Ideación autorreferencial

Ideación autorreferencial



T: De hecho un día en la academia cuando salí tenía todo lleno de saliva por ahí detrás

T: ¿Y esto crees que te lo hicieron en la academia?

P: No, cuando salí por la calle

T: ¿Y por qué crees que te hicieron esto?

P: Porque no le gusto a la gente

T: Pero gente que te conoce o gente que no te conoce de nada?

P: Gente que me conoce... es que hay gente que me ha hecho mucho daño.. gente que me conoce y gente que no me conoce también

T: entonces si vas por la calle, por un sitio por donde nadie te conoce ¿te puede dar esa sensación también?

P: Si

Ideación autorreferencial



T: Explícame un poquito también

P: Si, es que como voy por ahí caminando, siento que todas las miradas están como por encima de mi, como que me miran raro, como que me miran con desprecio

T: Y por qué crees que te miran con desprecio si no saben quién eres ni nada de nada

P: No se, porque yo no le hecho daño a esa gente

T: ¿Qué explicación le das?

P: No se, como una no es de aquí... antes también decían que veníamos aquí a quitarle los maridos a la gente, no es así

T: Entonces crees que es por el aspecto físico, por el hecho de que seas de otro país

P: Yo creo que si



Fragmentación

Lo más importante para la paciente



T: ¿Hay algo que no te he preguntado que tu creas que es importante para ti?

P: Las cosas que importantes, que yo quisiera ser yo, también las cosas estas que me dicen que haga daño, lo paso muy mal porque yo no me considero mala persona

T: Pero tu entiendes que hay mucha rabia en tu interior, y que tienes buenas razones para tenerla

P: Si, yo tengo mucha rabia, pero... si una gente no hace daño no tienen por qué hacerle daño

Lo más importante para la paciente

T: Si, pero nosotros lo que tenemos es que trabajar con esa rabia que tu tienes en tu interior. Tienes mucha rabia acumulada de muchísimas cosas, que no hablas con nadie. Está ahí a presión, y sale con quien no quieras que salga, o te vienen cosas... Pero la rabia viene de todos los que te hicieron daño en tu vida, que son muchos y fueron muy graves. A mi no me extraña que te venga esa rabia, pero viene de lo de atrás ¿Si?

P: La paciente asiente y se emociona



¿Sirven de algo los fármacos en estos casos?

Abandona el tratamiento unas semanas



- Viene con dificultades para comunicarse, evita más la mirada, interpreta como hostiles preguntas neutras
- Ve rostros monstruosos en la gente (incluso por la calle, con desconocidos)
- Tiene la sensación permanente de que se ríen de ella, y no sale de casa a consecuencia de ello
- Las voces se han multiplicado

Cambios al reanudar el antipsicótico



P: Ya no noto tantas cosas

T: Lo de que la gente se reía de ti...

P: Yo intento no mirar a nadie, no puedo estar en un grupo de gente, me siento mal, porque a veces como que se me va la cabeza, me agobio demasiado con la gente (pero sale de casa)

T: ¿Pero porque sientes que se ríen de ti o porque te agobia toda la gente?

P: Siento que se ríen de mí, pero no los miro

T: ¿Y esto de que te pasaba, de estas sensaciones que tenías en la cabeza?

P: Esto me pasa menos, pero el otro día aún me vinieron las voces, y me decían que haga cosas

- T: ¿Cuándo te aparecieron?
- P: No me acuerdo
- T: ¿Tuvo que ver con lo que le pasó a tu madre?
- P: Si, también me dijo la vecina que estaba tomando mucha mierda, y quise ver si era verdad
- T: y paraste de tomar los medicamentos otra vez
 - P: Si, y estuve muy nerviosa y alterada
- T: Ahora ves que te ayudan, no lo van a arreglar todo, pero es importante. También habías tenido esta sensación como de despegarte del cuerpo
- P: El otro día me pasó, yo estaba hablando con él, pero sentía que otra persona estaba hablando por mí, y es una sensación incómoda, porque me sale esta persona aquí y pienso ¿quién eres?
- T: Ahí estabas sin tomar el tratamiento
- P: Lo estaba tomando

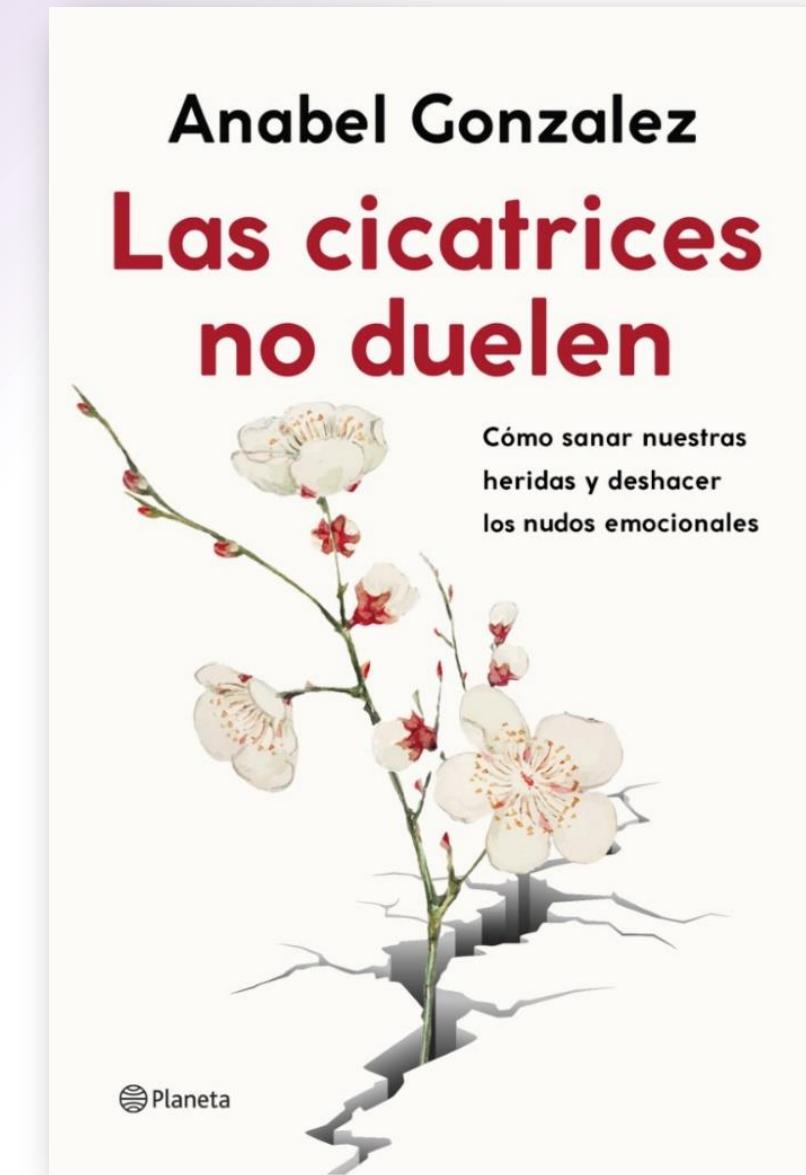
- T: También tenías la sensación de ver cambiadas las caras de la gente
- P: Si
- T: ¿Esto te sigue pasando?
- P: No, desde que empecé a tomar los medicamentos de nuevo, he estado mejor
- T: Hay cosas que con los medicamentos mejoran, pero otras no, porque lo de verte como dos personas, ahí estabas tomando la medicación perfectamente
- P: Si



JORNADA
INTERNACIONAL DE
TRAUMA PSICOLÓGICO Y
PSIQUIATRÍA 2025

Más
información
sobre EMDR

www.asociacionemdr.es



ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUCTURADA PARA OYENTES DE VOCES ADMINISTRADA POR EL CLÍNICO (SCIV) v. 1.5

2018 © Pietkiewicz, Tomalski, Eyles, Gonzalez



DR. RADOSŁAW TOMALSKI

Centro de Investigación sobre Trauma
y Disociación, Universidad SWPS



DR. HAB. IGOR PIETKIEWICZ

Centro de Investigación sobre Trauma
y Disociación, Universidad SWPS

Un nuevo
instrumento en
fase de análisis,
diseñado
específicamente
para la
evaluación
psicopatológica
de las voces en
distintos
trastornos

¿Es un tema de software o de hardware?



¿Los problemas de integración (1) **derivados del aprendizaje** (falta de un cuidador coherente que ayude a integrar distintos estados mentales y a desarrollar capacidades metacognitivas) y los problemas de integración (2) **derivados de alteraciones estructurales y funcionales del cerebro** pueden ambos dar lugar a voces? ¿Tendrían unas y otras voces las mismas características?

1. Sería de esperar que en el primer caso las voces tuvieran más relación con la historia biográfica, más complejidad, más sentido con respecto a la identidad sentida y los aspectos rechazados, y que hubiera más relación entre la forma de interaccionar con las voces y los aprendizajes interpersonales.
2. En el segundo caso, las voces serían más simples, más difícil establecer un vínculo con la historia del paciente, su significado respecto al self sería menos claro (ej: escucha la voz de un personaje famoso, o de una persona que conoció que no jugó ningún papel relevante a nivel emocional).



¿Que las voces tengan un componente traumático y representen estados mentales disociados implica que hemos de trabajar en un paciente con esquizofrenia del mismo modo que en el TID?



- ¿Tienen las voces el mismo nivel de estructuración y autonomía en ambos trastornos, incluso cuando un paciente psicótico presente voces disociativas conectadas con la historia de trauma?
- ¿Podría ser que en la esquizofrenia, las alteraciones estructurales de base hicieran “más fácil” que algunos estados mentales no estuviesen integrados?
- De ser así, **no encontraríamos tanto conflicto interno ni tanta fobia a las voces en los pacientes psicóticos como la que vemos en los disociativos.**
- Podría bastar en muchos casos con explorar el significado de las voces, su conexión con la historia, y trabajar el trauma, sin que fuera preciso un diálogo complejo con las voces y un trabajo con el sistema interno como el que hacemos en la disociación. Solo se precisaría esto en caso de voces con mucha estructura y autonomía mental.

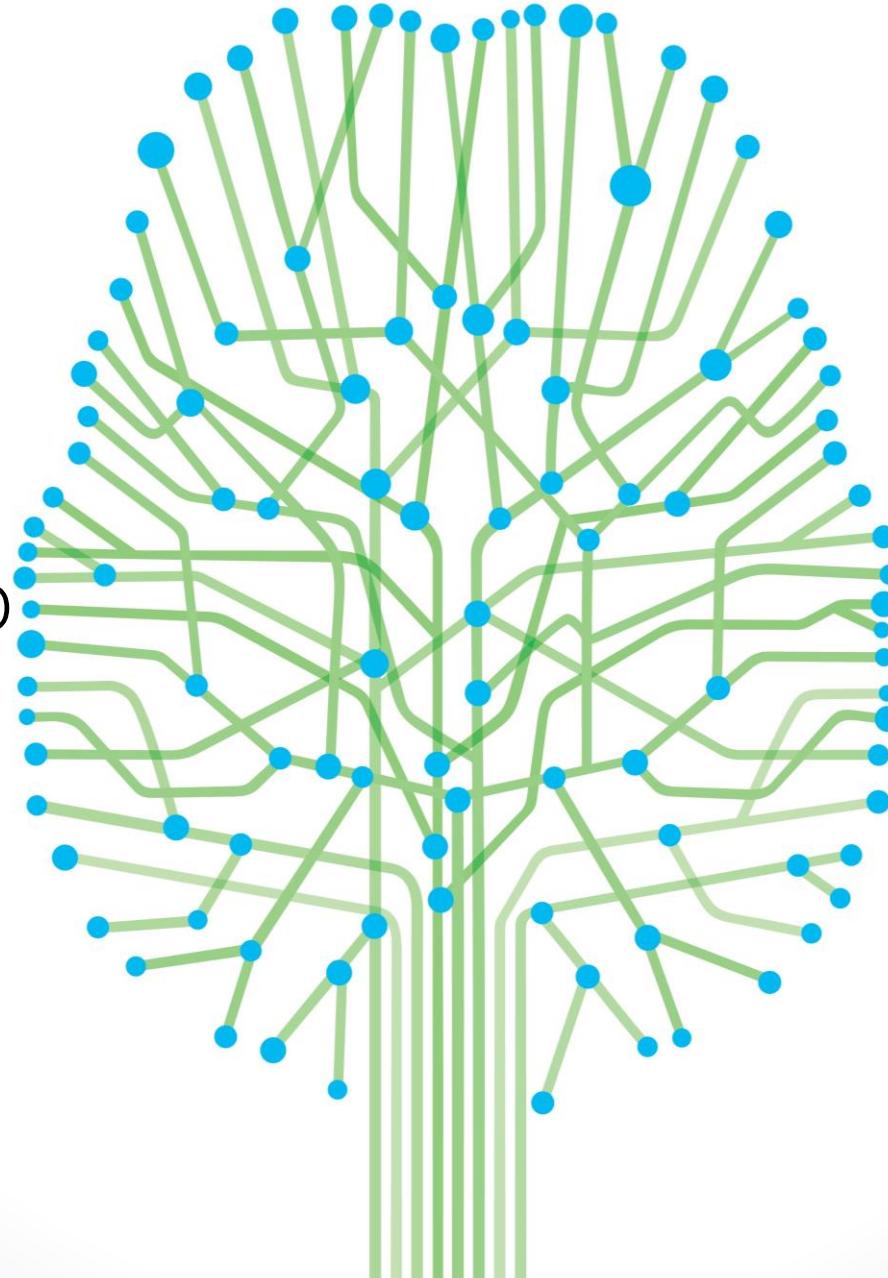
Intuiciones clínicas

Voces en la disociación	Voces disociativo-traumáticas en la esquizofrenia	Otras voces en la esquizofrenia
Más complejas	Complejidad media	Menor complejidad
Perspectiva de primera persona más frecuente (se siente una persona diferente)	Solo a veces perspectiva de primera persona	Sin perspectiva de primera persona
Alta fobia a las voces y conflicto interno	Fobia media a las voces, menos conflicto interno	Menor fobia a las voces, menor conflicto
El estado mental desde el que se genera la voz puede tomar el control de la conducta	El estado mental desde el que se genera la voz puede tomar el control de la conducta	No habría un estado mental detrás de la voz
No mejoran (apenas) con antipsicóticos	Mejoran menos con antipsicóticos	Pueden mejorar más con antipsicóticos
Tienen una clara conexión con la historia biográfica	Tienen una conexión con la historia biográfica, pero el trauma no lo explica todo	No tienen conexión con la historia biográfica, o ésta es irrelevante a nivel emocional
Requieren un trabajo específico antes de abordar el trauma	Requieren algo de trabajo, pero generalmente menos complejo, antes de trabajar el trauma	No tiene sentido trabajar con las voces o con el sistema interno

Redes sociales

Instagram
@AnabelGonzalez_Emociones5.0

Twitter @DAnabelGonzalez



Preguntas



¿Disponemos de un buen instrumento para evaluar las voces en cuanto a la diferenciación entre lo disociativo y lo psicótico?

¿Son lo mismo las voces que aparecen en la esquizofrenia y remiten con la medicación y las voces persistentes?

¿Pueden ser las voces persistentes más relacionadas con trauma, y por ello no mejoran si no se trata este aspecto psicoterapéuticamente?

¿Son iguales las voces en pacientes esquizofrénicos con sintomatología disociativa asociada y en los que no la tienen?

¿Pueden coexistir en el mismo paciente voces generadas por distintos mecanismos?



¿Preguntas?





Gracias por vuestra
atención