



John Blum

Varm teknologi mot hørselshallusinasjoner

Om lag 25 prosent av personer med psykoselidelser opplever hørselshallusinasjoner til tross for behandling. En ny digital intervensjon har gitt lovende resultater nettopp for denne gruppen.

Vi er i London. Vi er på en konferanse om «Trauma and Attachment». Men samtidig er vi på besøk i en hallusinasjon. Eller for å si det mer korrekt, vi benytter lunsjen til å besøke et lydisolert laboratorium i kjelleren på University College of London. Der har vi fått hjelp til å lage hver vår «avatar»; en individuelt utformet syns- og hørselshallusinasjon som vi kan snakke til hverandre med. Det Svein sier i mikrofonen i rommet ved siden av Patrick, blir forvrengt slik at det virker som om det er hallusinasjonen på Patricks datamaskin som snakker. Utenfor står professorene Mark Huckvale og Tom Craig. De har gjort dette før, men da sammen med pasienter med schizofreni og såkalt behandlingsresistent hallusinose. Eller for å si det mindre klinisk: folk som har slitt med jævlige stemmer i årevis.

«Patrick. Bare innrøm det. Du vet det jo. Du er en elendig professor.» Patrick ser trassig tilbake på ansiktet på skjermen foran seg. Stemmen og ansiktet på skjermen er en digital visuell representasjon av en hørselshallusinasjon. «Alle vet at dine ferdigheter i statistikk er håpløse. Og du vet det ikke, men du lukter også. Vondt! Du lukter dritt, Patrick, alle vet det.»

HVA ER AVATAR-BEHANDLING?

Vi så det først på BBC. En reportasje om den innovative kliniske forskningen på effekt av AVATAR Therapy for Refractory Auditory Hallucinations. Vi har i årevis hatt en fascinasjon for digitale helseløsninger. Patrick, som professor i psykologi på NTNU, var svært tidlig ute innen forskning på effekt av e-terapi i behandling av OCD. Svein, som grunnlegger av Superego AS, har i årevis mast om at digitale løsninger bør demokratiseres for å gi «psykologi til folket». Men teknologi skuffer ofte. Vi gikk derfor til forskningen bak AVATAR med en god dose skepsis.

Det terapeutiske miljøet i Storbritannia har alltid vært banebrytende når det gjelder å utforske psykologiske metoder for behandling av psykoser (Tarrrier et al., 1993; Garety et al., 2001, & Morrison, 2001). En nøkkelantagelse har vært at psykoser kan forstås på et kontinuum mellom normalitet og avvik. Ut fra denne forståelsen er ikke stemmehøring alene det avgjørende. Som kjent kan også ikke-psykotiske høre stemmer, men da vanligvis ikke-forstyrrende stemmer (de Leede-Smith & Barkus, 2013; Johns et al., 2014). Snarere er det antagelsene om og

SVEIN ØVERLAND,
seksjonssjef, Seksjon
for nasjonale
rettspsykiatriske
funksjoner, Avd. Brøset,
St. Olavs Hospital

PATRICK A. VOGEL,
professor emeritus,
Institutt for psykologi,
NTNU

ILLUSTRASJON
Åge Peterson

»

hvordan vi forholder oss til stemmene, som er det vesentlige. I tillegg har stemmehøring ofte en sammenheng med tidligere relasjonelle erfaringer av mindreverdighet og maktesløshet (Birchwood, 2000, 2004). Så mange som 25 prosent av personer med psykoselidelser plages av vedvarende hørselshallusinasjoner tross behandling (Craig et al., 2018). Dette er bakgrunnen for utviklingen av metoder innen kognitiv atferdsterapi som har fokusert på selvhedelsestrening og rollespill (to-stoler) for å øke pasientens opplevelse av akseptering og kontroll over tidligere nedbrytende opplevelser.

AVATAR-terapi (Leff et al., 2013; Craig, Ward, & Rus-Calafell, 2016) bygger videre på arbeidene til Birchwood og det britiske fagmiljøet. Det er utviklet programvare som gjør det mulig å lage en realistisk visualisering av en figur (menneskelig eller ikke-menneskelig) som representerer den som pasienter tror snakker til dem. I tillegg brukes programvaren til å endre terapeutens stemme slik at den matcher hallusinasjons-stemmen. Når pasienten tar på seg hodetelefon og sitter foran skjermen (med terapeut ved siden av eller i et annet rom), begynner sesjonen med at pasienten hører terapeutens stemme. Når de så sammen har konstruert en troverdig kopi av stemmen til hallusinasjonene, kan man gå videre til selve rollespillet. Slik får pasienten en trygghet på at hallusinasjonen ikke er reell. Målet er ikke å fjerne hallusinasjonene, men at pasienten skal oppleve mer kontroll og mestring i relasjon til stemmene.

Behandlingen består av seks sesjoner. De tre første konsultasjonene består hovedsakelig av selvhedelsestrening. De to neste sesjonene består av at hallusinasjonen (gjennom avataren) gir uttrykk for de positive kvalitetene pasienten har utvist. I siste sesjon diskuteres fremtidige ønsker og utvikling av en personlig teori/mening med tilfriskning. Pasienten får også opptak av sesjonene for avspilling hjemme.

Stemmen oppleves som troverdig av pasienten. Det blir som en form for *virtual reality* som muliggjør eksponering for fryktede opplevelser. Når det som fryktes, blir konfrontert, blir angsten redusert. Særlig vil maladaptive holdninger, både kognitive og metakognitive, bli avkrefte. Det er viktig at pasienten «ikke overgir seg» til stemmene. Dette tolkes som unnvikelse og konfronteres på en empatisk måte. Både pasient og terapeut kan derimot avbryte sesjonen ved bruke en «rød knapp». Det er også

mulig å dempe inntrykkene ved å forminske avataren, for eksempel slik at den kun vises i frimerkestørrelse. Å også høre avataren uttrykke støttende kommentarer til pasienten, kan i tillegg føre til at avataren etter hvert fremstår som en alliert for pasienten.

Resultater fra en pilotstudie (Leff et al., 2013) med 26 pasienter med kronisk psykose-problematikk var svært lovende. Frekvens og intensitet av stemmene ble rapportert med over 30 prosent reduksjon (effektstørrelse på .80). Noen av pasientene hadde hallusinert i 10 år på tross av medikasjon og psykoterapi. Dette er ganske oppsiktsvekkende for en så kortvarig intervensjon. Forsøket gjentas nå med et langt større utvalg (n = 140+).

MULIGE ANVENDELSESOMRÅDER

Psykososer har flere likhetstrekk med andre psykiske lidelser enn man ofte tror. De mest ødeleggende hallusinasjonene er de bydende (imperative), allmektige (omnipotente) og kritiserende (negative). Slik er det også med plagsomme tanker generelt. Som både psykologer og folk flest er klar over, er plagsomme tanker noe som sjelden forsvinner av seg selv eller av at vi forsøker å la være å tenke dem. Plagsomme tanker er fremtredende i angstlidelser som post-traumatisk stresslidelse og OCD. Ofre for mobbing beskriver at minnene fremtrer som gjenopplevelser av selve mobbesituasjonen. Og personer med rusavhengighet beskriver ofte de «tillatende stemmene» som «fristere» eller «små djevlere». Uansett lidelse, det er de plagsomme tankene og følelsene som gjør at pasientene søker hjelp. Teknologien bak AVATAR er enkel å bruke, og det er lett å tenke seg mange flere anvendelsesområder. For eksempel kan eksponeringsøvelser for sosial angst være krevende fordi man helst bør bruke andre enn terapeuten i de innledende rollespillene. Med AVATAR kan pasienten trene digitalt med individuelle utforminger og vanskelighetsgrader. Og den gode gamle to-stolsteknikken kan brukes på en mer fleksibel måte.

Selv om det allerede finnes en rekke imaginære teknikker for utforskning og eksponering av plagsomme tanker, gir AVATAR-behandling større fleksibilitet og har en ramme som for pasientene fremtrer som mer vitenskapelig. Den digitale formen gjør det dessuten mulig for terapeuten å bedre monitorere hvordan pasienten reagerer på metoden, og at behandlingen kan fortsette også mellom hver konsultasjon.

TEKNOLOGI KAN VÆRE KALD. ELLER VARM

Noe av skepsisen til innovative helseløsninger skyldes organisatoriske, juridiske og praktiske begrensninger. Men også psykologers og terapeuters holdninger og kunnskap (Chou et al., 2017). Vår erfaring er at psykologer fremhever relasjonen som sentralt i behandling. I verste fall virker teknologi fremmedgjørende gjennom å tilby pasienten en dings eller en app som fjerner eller hindrer en terapeutisk relasjon. Men varm teknologi, slik som AVATAR er et eksempel på, kan være et godt supplement til en terapeutisk relasjon. Varm teknologi kan til og med gjøre relasjonen sterkere. AVATAR tar som beskrevet utgangspunkt i terapeutens stemme. Den første fasen ligner på en slags felles «photoshopping» for å finne et passende ansikt og stemme. Prosessen gir også assosiasjon til politiets bruk av såkalte fantomteg-

ninger for å hjelpe vitner til å beskrive forbrytere. Eller til forberedelsen og «customization» av spillfiguren forut for et online-spill. Det er spennende og morsomt, og den individuelle tilpasningen styrker relasjonen mellom pasient og terapeut. Selv om det ikke er forskningsdata på dette, opplever vi at teknologien gjennom denne prosessen er en av styrkene med AVATAR. Og noe som gjør AVATAR til det vi kaller varm teknologi™.

Men alt som er nytt, kan virke skummelt. Også for psykologer. Da er det viktig å huske at dagens behandlingsformer generelt er kjent for psykologene, men som regel ikke for pasientene. Vi forventer at pasientene kommer til behandling og behandlere som de ikke kjenner til. Da bør vi som er psykologer og terapeuter, forvente av oss selv at vi har den samme holdningen til det som er nytt og fremmed. ✕

REFERANSER

- Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., Gilbert, P., Plaistow, J. (2000). The power and omnipotence of voices: subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychol Med* 30(2):337–344. doi:10.1017/S0033291799001828
- Birchwood, M., Gilbert, P., Gilbert, J., Trower, P., Meaden, A., Hay, J., Murray, E., Miles, J.N. (2004). Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant ‘voice’ in schizophrenia: a comparison of three models. *Psychol Med* 34(8):1571–1580
- 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
- Chou, T., Laura J Bry, L.J., Comer, J.S. (2017). Overcoming traditional barriers only to encounter new ones: Doses of caution and direction as technology-enhanced treatments begin to «Go Live». *Clinical psychology. Science and Practice*, 24, 3: 241– 244.
- Craig, T., Ward, T., & Rus-Calafell, M. (2016). AVATAR therapy for refractory auditory hallucinations. I B. Pradhan et al. (red.), *Brief interventions for psychosis: A clinical compendium*. DOI 10.1007/978-3-319-30521-9_4. 41–54.
- Craig, T.K.J, Rus-Calafell, M., Ward, T., Leff, J.P., Huckvale, M., Howarth, E., Emsley, R., Garety, P.A. (2017). AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: a single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, Available online 23. november 2017.
- de Leede-Smith, S., Barkus, E. (2013). A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Front Hum Neurosci* 7:367. doi:10.3389/Fnhum.2013.00367
- Garety, P.A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., Bebbington, P.E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol Med* 31(2):189–195.
- Johns, L.C., Kompus, K., Connell, M., Humpston, C., Lincoln, T.M., Longden, E., Preti, A., Alderson-Day, B., Badcock, J.C., Cella, M., Fernyhough, C., McCarthy-Jones, S., Peters, E., Raballo, A., Scott, J., Siddi, S., Sommer, I.E., Laroi, F. (2014). Auditory verbal hallucinations in persons with and without a need for care. *Schizophr Bull* 40:S255–S264. doi:10.1093/schbul/sbu005
- Leff, J., Williams, G., Huckvale, M.A., Arbuthnot, M., Leff, A.P. (2013). Computer-assisted therapy for medication-resistant auditory hallucinations: proof-of-concept study. *Br J Psychiatry* 202:428–433. doi:10.1192/bjp.bp.112.124883
- Morrison, A.P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behav Cogn Psychother* 29(3):257–276. doi:10.1017/S1352465801003010
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L., Ugarteburu, I. (1993). A trial of 2 cognitive behavioral methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients. 1. Outcome. *Br J Psychiatry* 162:524–532. doi:10.1192/bjp.162.4.524