

Forord

Gjennom studietiden har jeg jobbet på en psykiatrisk akuttpost, og i den tiden har jeg støtt på et bredt spekter av psykiske vansker. Av disse har psykoselidelsene skilt seg ut og jeg har utviklet en dyp fascinasjon for den virkelighetsfordreining som kan finne sted ved en psykose. I psykiatrien finnes det en lang tradisjon for medikamentell tilnærming til slike vansker, men som psykologstudent har jeg ønsket å lære mer om hvordan samtaleterapi kan hjelpe til i en bedringsprosess. Videre har jeg vært nysgjerrig på hvilke aspekter som kan forutsi bedring ved bruk av en slik tilnærming. Resultatet er denne oppgaven. Jeg vil benytte anledningen til å takke min veileder Roger Hagen, for hjelp og støtte gjennom hele prosessen. Han har vært tilgjengelig ved behov, og har bidratt med gode innspill og forslag.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
Sammendrag	3
Innledning	4
Metode	6
Inklusjonskriterier	6
Forskningsdesign	6
Pasientpopulasjon	6
Intervensjon.....	6
Utfallsmål.....	6
Prosedyre for søket	7
Kvalitativ vurdering.....	7
Resultater	7
Diskusjon	17
Kognitiv fleksibilitet og overbevisning om vrangforestilling.....	17
Mestringsstrategier.....	18
Innsikt	18
Normalisering.	19
Symptomtrykk.....	20
ToM emosjoner.....	20
Terapeutegenskaper	21
Oppsummering og konklusjon.....	22
Referanser	23
Appendiks	33

Sammendrag

Kognitiv atferdsterapi for psykose anbefales i Nasjonale retningslinjer som en psykososial intervensjon for pasienter med psykoselidelse. Med psykoselidelse menes schizofreni, schizoaffectiv lidelse, schizotyp lidelse, paranoid psykose eller akutt psykose. Denne systematiske gjennomgangen har hatt til hensikt å vurdere hvilke egenskaper ved pasient og terapeut som best kan predikere bedring ved kognitiv atferdsterapi hos denne populasjonen. Resultatene fra den systematiske gjennomgangen er ikke entydige. Noen variabler ser likevel ut til å ha en viss betydning, og dette gjelder spesielt variablene innsikt, kognitiv fleksibilitet og symptomtrykk.

Innledning

Kjernesymptomene ved psykose har tradisjonelt blitt inndelt i negative og positive symptomer. Positive symptomer er vrangforestillinger, hallusinasjoner, tankeforstyrrelser og vedvarende bisarr/påfallende atferd (O'Keefe, Conway, McGuire, 2016). Eksempler på negative symptomer er affektavflating, tiltaksløshet og oppmerksomhetsvansker (Andreasen & Olsen, 1982). Symptomene opptrer ikke nødvendigvis parallelt, men kan forekomme alene eller i sammenheng med flere (Bell, Halligan & Ellis, 2006). I tillegg til positive og negative symptomer inkluderes også en tredje kategori, kjent som desorganiserte symptomer. Disse kjennetegnes ved bisarr atferd, inadekvat affekt og formelle tankeforstyrrelser (Fuller et al, 2003). Psykoselidelser skaper en stor belastning både for de som lider av disse symptomer og deres pårørende. (Zimmermann et al., 2006). Det er påvist at individer med psykoselidelser er en belastet gruppe, hvor blant annet lav sosioøkonomisk status og suicidalitet er blant de konsekvenser som følger i kjølvannet av disse tilstander. Forskningsfunn viser en arbeidsledighet på 80 % og en selvmordsrisiko på 5 % (Zimmermann et al, 2006). Det er derfor et stort behov for en effektiv og god behandling. (NICE,2009)

Tradisjonelt sett er lidelsen blitt sett som en «ren biologisk tilstand». Dette har endret seg de siste tiårene, men medikamentell behandling ansees fremdeles som den viktigste delen av behandling (Barlow & Durland, 2012). Selv om enkelte studier viser til at medikamentell behandling er effektivt for mange (Kumari et al, 2010), er det likevel av verdi å integrere andre former for behandlingsmetoder, da det er flere problemer knyttet til medikamentell behandling (Kane, 1996). 40 % av pasienter som får antipsykotika oppnår ikke den ønskede effekten, til tross for at de opprettholder behandlingen (Kumari et al, 2010). Det er også en rekke bivirkninger ved antipsykotika som blir en ekstra belastning for den enkelte (Kane, 1996).

Grunnet disse problemene med medikamentell behandling som er beskrevet ovenfor kan man med en viss støtte hevde at en slik behandling alene ikke er tilstrekkelig. Det bør derfor også benyttes ikke-medikamentelle behandlingsformer i tillegg til nevroleptika (Pilling et al, 2002; Pfammatter et al, 2006). En av disse psykososiale behandlingsformene er kognitiv atferdsterapi for psykose (CBTp). Dette er en evidensbasert psykologisk intervensjon der det primære målet er å hjelpe pasienten til å bedre monitorere sine tanker og følelser, for på denne måten å gjøre de tilgjengelig for evaluering og endring (Hagen, Turkington, Berge & Gråwe, 2011). Nasjonale

retningslinjer anbefaler at kognitiv atferdsterapi tilbys til alle pasienter som lider av psykosesyntomer (Helsedirektoratet, 2013). En rekke studier har vist at CBTp kan gi en moderat bedring i både positive og negative symptomer (Lincoln et al., 2012). I løpet av de siste to tiårene har det vært økende evidens for effektiviteten av CBT for pasienter som lider av psykose (O'Keefe, Conway, McGuire, 2016). Senere meta-analyser (Jones et al, 2004, Lynch et al, 2010) har kommet til forskjellige konklusjoner i forhold effekt som kan skyldes mange faktorer slik som kjønn, alder, generelt symptomtrykk, lidelsens varighet, sykdomsinnsikt og nevrokognitive faktorer (O'Keefe, Conway, McGuire, 2016).

Det er viktig at en behandling er effektiv, men det er også viktig å forstå hvorfor en behandling virker. Dette fordi hvis man skal gi en behandling som virker må man vite hva de virksomme elementer i en behandling kan være, for å sørge for at den kan ha effekt til tross for individuelle forskjeller innad i pasientgruppen.

Denne oppgaven vil forsøke å se nærmere på hvilke prediktorer som kan si noe om bedring ved bruk av CBTp. Ved å gjøre en systematisk gjennomgang av relevante studier vil det forsøkes å tydeliggjøre hvilke (om noen), faktorer (pasient/ behandler) som best legger til rette for bedring ved behandling. En forståelse av disse virksomme faktorer kan være nyttig i arbeidet med å tilpasse behandlingen til den enkelte, samt kan også være relevant for å videreutvikle CBTp.

Metode

Inklusjonskriterier

En forutsetning for å inkluderes i denne systematiske gjennomgangen var at de ulike studiene oppfylte de krav som blir beskrevet nedenfor

Forskningsdesign

Eksperimentelle studier inkludert måtte være randomiserte og kontrollerte, med minimum 20 deltakere. Studiene måtte inkludere kontrollgrupper som mottok standard behandling («treatment-as-usual»), alternativ behandling («treatment-of-choice») eller ingen behandling. Kontrollgrupper der ingen behandling ble gitt ble kun akseptert i studier der billediagnostikk ble utført som et ledd i å avdekke nevrologiske prediktorer. Litteraturstudier ble inkludert dersom disse hadde gjennomgått en «peer-review».

Pasientpopulasjon

Pasientene måtte være diagnostisert med en psykoselidelse iht kriteriene i ICD-10. Psykoselidelsen måtte være av vedvarende karakter og deltakere med førstegangpsykose ble derfor ikke regnet som representative for pasientpopulasjon som er ønsket undersøkt. Studier som innebefattet disse ble derfor ikke inkludert i denne systematiske gjennomgangen.

Intervensjon

Studiene måtte benytte seg en psykologisk intervensjon der CBT var en aktiv komponent, gitt av kompetent personale, slik definisjon er gitt i retningslinjene fra NICE (2010).

Utfallsmål

Der kartleggingsverktøy ble brukt til å måle symptomtrykk skulle disse være validerte.

Prosedyre for søket

I arbeidet med å samle sammen artikler til oppgaven ble det gjennomført et systematisk litteratursøk i følgende databaser: ISI Web of Science (154), Cochrane Library (3), PubMed (209), Ovid (88) og Google Scholar (166). Det ble benyttet kombinasjoner av søkeordene: "psychosis", "cbt", "cbtp", "predictor", "outcome", "mediator", "treatment". Innledende inklusjon ble gjort på bakgrunn av a) relevans i tittel. Videre inklusjon av studier ble gjort på bakgrunn av: a) relevans i tittel; b) relevans i abstrakt; c) relevans i artikkelens innhold. Søket ble ikke begrenset med årstall, da effektstudier på CBTP er av relativt ny art. Det ble også foretatt en gjennomgang av referanselister knyttet til artikler - der dette ble vurdert hensiktsmessig.

Figur 1 her

Kvalitativ vurdering

Blant de inkluderte studiene ble det gjort en vurdering av forskningsmetodologiens kvalitet ut fra følgende punkter: forskningsdesign, pasientutvalg og utfallsmålinger. Det ble vurdert at studiene som undersøkte variabler for å predikere allianse ble unntatt kravet om kontrollgruppe, da slike studier ikke ble funnet.

Resultater

I denne følgende delen vil det gjennomgås i mer detalj hver av de inkluderte studiene. Beskrivelsen gir en oversikt over hver av studienes formål, design, intervensjon, kontrollgruppe, utfallsmål og resultater. Resultatene organiseres og i to kategorier; pasientvariabler og terapeutvariabler (se tabell 1, side 34)

Tabell 1 her

Lincoln et al., (2012) gjennomførte en sekundær data-analyse av resultater fra en randomisert kontrollert studie, som undersøkte effekten av å gi CBTP med en gang (n=40) sammenlignet med en gruppe som mottok CBTP etter først å ha stått på venteliste i fire måneder (n=40). Målet med studien var å utforske hvilke variabler som kunne predikere kort- og langtids forbedring i

positive og negative symptomer ved baseline, samt få mer kunnskap om hvilke prediktorer som kunne forutsi hvem som avsluttet behandling før endt behandlingsløp («drop-outs»).

CBTp-intervensjonen ble administrert som en individualterapi, og besto av kartlegging, etablering av arbeidsallianse, kasusformulering, arbeid med auditive hallusinasjoner og øvrige forstyrrende og funksjonsnedsettende symptomer, samt modifisering av vrangforestillinger og dysfunksjonelle antagelser. Forebygging av tilbakefall var også en del av behandlingen.. Antall pasienter som fullførte behandlingsløpet var 34 av 40 i CBTp gruppen og 33 av 40 i ventelistegruppen.

En rekke kartleggingsverktøy ble benyttet før oppstart, for å vurdere graden av styrke på hver av prediktorvariablene. Følgende verktøy ble benyttet. SCID, Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia (CDSS; Muller et al, 1999), Peters et al Delusion Inventory (PDI; Lincoln et al, 2012), Role Functioning Scale (RFS; Goodman et al, 1993), Social Performance Rating Scale (SPRS; Fydrich & Burgener, 1999), Weschler Memory Scale-Revised (WMS-R; Harting et al, 2000), Trail Making Test, del B (TMT; Reitan, 1992), Beads-test (Garety et al, 2005), Internal, Personal and Situational Attributions Questionnaire (IPSAQ; Kinderman & Bentall, 1996) og filmoppgaver (Mehl et al, 2011; Corcoran et al, 1995).Utfallsmål i studien var Positive and Negative Symptom Scale (PANSS; Kay, Fiszbein & Opler, 1987).

Alder, grad av depresjon, utdanningsnivå, negative symptomer og eksternaliserende attribuering ved oppstart var variabler som i denne studien viste en signifikant sammenheng i forhold til positive symptomer ved «follow-up». Lavt funksjonsnivå, høy overbevisning om egen vrangforestilling, og tilstedeværelsen av positive symptomer ved baseline hadde en signifikant sammenheng med tilstedeværelsen av negative symptomer ved avsluttet behandling: depresjon, negative symptomer, nedsatt sosial fungering, rollefungering og ToM kunne predikere 40% av variansen på positive symptomer målt ved oppfølging. Vedrørende negative symptomer ved oppfølging ble det funnet at disse ble predikert av lavt funksjonsnivå, overbevisning om egen vrangforestilling og positivt symptomtrykk ved baseline. Alder og utdanningsnivå var signifikant relatert til forbedring i både negative og positive symptomer ved oppfølging etter avsluttet behandling.

Brabban, Tai & Turkington (2009) gjorde en sekundær data-analyse på data samlet inn under en RCT som studerte effekten av CBT for pasienter med schizofreni (Turkington, Kingdon & Turner, 2002). Alle deltakerne i studien var diagnostisert med schizofreni. Deltakerne ble randomisert til en CBTp-gruppe (n=226) eller TAU-gruppe (n=128). CBTp-gruppen mottok 6 behandlingstimer i form av en CBT intervensjon og standard behandling (medikamentell behandling) TAU-gruppen fikk foruten antipsykotika også sin "vanlige" case-management. I de statistiske analysene ble følgende fem prediktorer undersøkt; kjønn, diagnose i løpet av siste 2 år, affektiv avflatning, alogia og innsikt.

Flere kartleggingsverktøy ble brukt i studien slik som Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS; Åsberg et al, 1978), Insight Rating Scale (IRS; David 1990), Psychotic Symptoms Rating Scale (PSYRATS; Haddock, McCarron, Tarrier, Faragher, 1999), og Negative Symptoms Rating Scale (NSRS; Hansen, Turkington, Kingdon, Smith, 2003). Utfallsmål i denne studien var CPRS, PSYRATS og NSRS og vurderingen var blindet i forhold til gruppetilhørighet

Resultatene viste at de fem overnevnte variablene kunne predikere pasienter som hadde 25% nedgang i en helhetlig symptomtrykk fra de som ikke hadde det. Når det gjaldt CBT-gruppen ble kjønn (kvinner) funnet som en viktig prediktor for en reduksjon i forhold til helhetlig symptomtrykk.. I en undergruppe der det ble analysert spesifikt for vrangforestillinger var variabelen kjønn (kvinner) en pålitelig prediktor for en 25 % nedgang i helhetlig symptomtrykk. Lav grad av overbevisning om egen vrangforestilling ble funnet å ha noe prediktiv verdi, men det nådde ikke et signifikant nivå.

Naem, Kingdon & Turkington (2008) utførte en sub-analyse på data fra to effektstudier på CBT for psykose. Hensikten med denne analysen var å få mer kunnskap om hvilke variabler som kan benyttes til å predikere hvem som får utbytte av CBTp.

Studiene dataen ble hentet fra to RCT (Turkington, Kingdon & Turner 2002; Sensky et al., 2000). I de opprinnelige studiene – The Insight Trial (n=422) og The Newcastle Trial (n=90), oppfylte alle pasientene kriteriene for diagnosen schizofreni, samt at de skulle ha positive symptomer som ikke oppnådde bedring gjennom medikamentell behandling. I begge studier hadde man kontrollgrupper som mottok TAU.

CBTp intervensjonen fulgte grunnleggende prinsipper for CBTp, med fokus på å etablere en forbindelse mellom tanker, følelser og handlinger og å utforske alternative forklaringer på forestillinger og persepsjoner.

Følgende verktøy ble benyttet til kartlegging: CPRS, David's Insight Scale (David et al., 1992), Burden of Care Questionnaire (Mueser et al., 1996), Schizophrenia Change Scale (Montgomery et al., 1978) Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS; Montgomery et al., 1979), og Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS; Wing et al., 1996). Newcastle Trial benyttet CPRS sammen med Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS; Andreasen et al., 1981). CPRS ble benyttet som primært mål både pre- og post-terapi.

Resultater fra studien tyder på at en høy grad av innsikt om både lidelsen og alvorlighetsgraden av psykotiske symptomer predikerte en høyere mottakelighet for CBTp og dermed bedring.

Premkumar et al, (2011) undersøkte hvilke kliniske og nevropsykologiske prediktorer som kunne benyttes for å anslå effekten av CBTp. Deltakerne (n=60) var alle diagnostisert med schizofreni eller en schizo-affektiv lidelse. Alle deltakere hadde vært stabilt medisinert i minimum to år og med sin nåværende antipsykotika dose i minimum tre måneder. Deltakerne ble delt i to undergrupper, der en gruppe mottok CBTp + standard behandling (SB) og den andre gruppen kun fikk standard behandling (SB). Deltakerne ble ikke randomisert til de to gruppene, men analyser viste at det var ingen nevneverdig forskjell på deltakernes sykdomsbilde eller motivasjon i noen av de to gruppene. CBTp intervensjonen inneholdt disse elementer; 1) etablere forbindelse mellom tanker, følelser og handlinger med tanke på nåværende eller tidligere symptomer og/eller fungering, 2) re-evaluere sine persepsjoner, antagelser eller resonnering relatert til symptomene som var mål for behandlingen. Terapien ble enten gitt hver eller annenhver uke, med et gjennomsnitt på 19 behandlingstimer. SB bestod av brukernes vanlige tverrfaglige behandlingstilbud, slik dette ble tilbudt av deres lokale helseforetak.

Ved baseline brukte man en rekke kartleggingsverktøy, i den hensikt å få et utførlig bilde av hver enkelt deltakers kliniske og nevropsykologiske status. De samme verktøy ble benyttet som utfallsmål etter endt behandling: Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; First et al., 2002), PANSS, Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck, 1996), Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck et al, 1988), Rosenberg Self-esteem Scale (Rosenberg, 1965), Beck Cognitive

Insight Scale (Beck et al., 2004), Schedule for the Assessment of Insight-utvidet (SAI-E; Kemp and David, 1997), Birchwood Insight Scale (BIS; Birchwood et al., 1994), og Coping Orientation to Problems Experience Inventory (COPE; Carver et al. 1989). Nevropsykologisk status ble gjennomført ved hjelp av Weschler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI; Weschler, 1999), National Adult Reading test (Nelson & Wilson, 1991), Behavioural Assessment of Dysexecutive Syndrome (BADs; Wilson et al., 1996), The Brixton Spatial Anticipation Test (BSAT; Burgess & Shallice, 1997), Wisconsin Card Sorting Test (WCST; Heaton et al., 1993), Letter Number test (Gold et al., 1997), Weschler Memory Scale III – Logisk Minne (Weschler, 1998), Hopking Verbal Learning test – Revised (Shapiro et al., 1999), Continuous Performance Test – Identical Pairs (CPT – IP; Cornblatt et al., 1988), Verbal Fluency Test (Milner, 1975), The Hayling Sentence Completion Test (HSCT; Burgess & Shallice, 1997), Iowa Gambling Task (IGT; Bechara et al, 1994).

Det ble funnet at en høy skår på mål for evne til selvrefleksjon målt med BCI, korrelerte med en bedring i totalt symptomtrykk hos CBT-gruppen, men ikke hos kontrollgruppen. Dette kan indikere at evne til selvrefleksjon er en prediktiv faktor i et samspill med elementer fra CBT-behandling, Evne til mestring, målt med COPE ved baseline, korrelerte med nedgang på mål for både negativt og totalt symptomtrykk, og også forbedringer i generell psykopatologi. Ingen nevropsykologiske mål predikerte bedring ved avsluttet behandling.

Premkumar et al., (2014) utførte en studie der de ved bruk av fMRI ønsket å se om mengden av grå masse i orbitofrontal cortex (GMV OFC) kunne predikere effekten av CBTp. Man var opptatt av OFC GMV sin prediktorverdi i forhold til effekten av CBT på grunn av dens rolle i emosjonell beslutningstaking og kognitiv fleksibilitet. Studien ble gjennomført som et ledd i et større prosjekt (Kumari et al., 2009;2011;2012), med 60 deltakere. I den opprinnelige studien ble gruppene delt og en gruppe mottok standard behandling + CBTp og den andre gruppen mottok kun standard behandling. Kartlegging av deltakerne ble gjort med PANSS og IGT. IGT er et validert mål på emosjonell beslutningstaking og det ble derfor valgt til denne undersøkelsen. Resultater fra PANSS ble benyttet både til å bekrefte deltakernes status presens. Utfallsmål ble gjort ved bruk av PANSS. CBTp intervensjonen fulgte retningslinjer beskrevet i National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2009). Behandlingen ble gitt enten hver eller annenhver uke, med et gjennomsnitt av 19 behandlingstimer. Kontrollgruppe på denne

studien var 25 friske deltakere. Kontrollgruppen ble målt på IGT og gjennomførte også bildediagnostiske kartlegginger. Studien fant at et større pre-terapeutisk OFC GMV var assosiert med større forbedringer i positive symptomer etter endt behandling. Denne forbedringen gjaldt symptomer som hallusinose og paranoide forestillinger, slik de ble målt ved bruk av PANSS. Det ble også funnet at større høyreventd OFC GMV asymmetri korrelerte med forbedringer i helhetlig symptomtrykk og generell psykopatologi.. Der hvor disse aspektene er svekket kan det tenkes at det finnes større hinder for læring knyttet til emosjonsregulering og selvrefleksjon.

Kumari et al., (2009) prøvde i sin studie å undersøke hvorvidt hjerneaktivitet assosiert med arbeidsminnet ved baseline–kunne benyttes til å predikere effekten av CBTP. Den nevralk strukturen som ble undersøkt var dorsolateral prefrontal cortex og årsaken til det var dens rolle ved eksekutive funksjoner. Studien ble gjennomført med 52 pasienter diagnostisert med schizofreni, og med 20 friske deltakere som en kontrollgruppe. Den friske populasjonen ble benyttet som referanse for bildediagnostikk. Gruppen på 52 ble delt i to grupper, der 26 mottok CBTP + SB og 26 kun mottok SB. I gruppen som mottok CBTP + SB fullførte 19 behandlingen, og i gruppen som mottok SB fullførte 17. Intervensjonen fulgte grunnleggende prinsipper for CBTP og var fokusert mot mål satt av pasienten i et samarbeid med terapeuten. I gjennomsnitt mottok hver deltaker 16 behandlingstimer. Kartlegging av symptomer ble gjort ved bruk av PANSS, ved oppstart og ved 6-8 måneder etter baseline. Effekten av behandlingen ble målt som nedgang i PANSS-skåre. Funn fra studien tyder på at en nedgang i total PANSS skåre var assosiert med spesifikke markører i de undersøkte nevralk strukturene. Det ble også funnet at positiv konektivitet mellom venstre DLPFC og cerebellum var sterkt assosiert med positiv respons til CBT. Et mønster i resultatene antyder at kognitive prosesser som tilskrives til frontallappen - spesielt DLPFC - er mer vesentlige til effekten av CBTP enn arbeidsminne generelt.

Garety et al., (1997) gjennomførte en større studie på effekten av CBTP, kognitiv atferdsterapi for psykose og hvor et av delmålene var å se på prediktorer for bedring. En rekke variabler ble undersøkt for prediktorer for utfall slik som ulike demografiske variabler, IQ, innsikt, kognitiv fungering, aktuelt symptomtrykk på behandlingstidspunkt og karakteristika knyttet til vrangforestillinger.

Studien var designet som en RCT der deltakerne (n=60) ble randomisert to forskjellige grupper; en gruppe som mottok CBTp+SB (n=30) og en gruppe som kun mottok SB (n=30). CBTp intervensjonen hadde som mål å redusere ubehaget knyttet til det å ha psykotiske symptomer, forbedre humør og involvere den enkelte i aktivt å jobbe med å regulererisiko for tilbakefall. Alle pasienter ble kartlagt ved bruk av følgende kartleggingsverktøy: Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Overall & Gorham, 1962), Maudsley Assessment of Delusions Schedule (MADS; Wessely, 1993), The Quick Test (Ammons & Ammons, 1962), The National Adult Reading Test (NART; Nelson, 1982), The Cognitive Estimates Test (Shallice & Evans, 1978), Verbal Fluency Test (Miller, 1984), Amador Insight Scale (Amador et al, 1993), Schedules for Clinical Assessment i Neuropsychiatry (SCAN, Versjon 1; WHO, 1992), Becks Depression Inventory (BDI; Beck et al, 1961), BAI, Beck Hopelessness Scale (BHS; Beck et al, 1974), Robson Self Concept Questionnaire (Robson, 1989) og Social Functioning Scale (Birchwood et al, 1990). Studiens utfallsmål på effekt var BPRS og deltakerne ble kartlagt med dette ved oppstart, etter tre-, seks-, ni-, og etter atten måneder etter endt behandling. En av variablene som ble funnet å predikere bedring var spesifikt knyttet til et punkt på MADS som gikk på "muligheten for å ta feil" (det vil si at deltakerne var åpne for at vrangforestillingerne ikke nødvendigvis var ekte). Antall innleggelses de siste fem årene var også en prediktor, da det ble funnet at deltakere med høyt antall tidligere innleggelses viste større mottakelighet for og dermed en bedre effekt av CBTp.

Freeman et al., (2012) ønsket å undersøke hvorvidt pasientenes syn på egen problematikk kunne benyttes til å predikere effekten av CBTp. Studien ble gjort som en delstudie av en større RCT- (Garety et al, 2008) som undersøkte effekten av CBTp og familieintervensjon for å redusere psykotiske tilbakefall. Den opprinnelige studien (Garety et al, 2008; Dunn et al, 2012) inkluderte 301 pasienter og 83 omsorgspersoner, og med bruk av en kontrollgruppe.

Inklusjonskriteriet for deltakerne i studien (Freeman et al, 2012) var at pasienten var diagnostisert med non-affektiv psykose. CBTp intervensjonen inneholdt minimum 12 behandlingstimer, gitt over et tidsrom på 9 måneder og var basert på sentrale prinsipper ved CBTp. Elementer som var tenkt å være tilbakefallsforebyggende ble forsterket i behandlingstimene.

Pasientgruppen (n=92) sine oppfatninger av egen lidelse ble kartlagt ved bruk av Illness Perception questionnaire, og andre kartleggingsverktøy som ble benyttet var PANSS, BDI og Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (Amador, 1993). Utfallsmål ble gjort i henhold til PANSS og BDI. Parallelt med pasientenes symptomtrykk ble det kartlagt kvaliteten på CBTP intervensjonen, ved bruk av The Revised Cognitive Therapy for Psychosis Adherence Scale (R-CTPAS; Rollinson et al, 2008) og Cognitive Therapy Scales (CTS; Young & Beck, 1980). Ved skåring av timene ble behandlingsløpene inndelt i kategoriene “full-therapy”, “partial-therapy” og “no-therapy”. Skåringen av timene ble gjort av kompetent helsepersonell, uten kjennskap til timene de vurderte. Pasienter som mottok “full-therapy” viste gode resultater, med nedgang i innleggelser og også lave skårer på utfallsmålene PANSS og BDI.

Resultatene tyder på at de som har et psykologisk orientert syn på sine problemer kan ha større sannsynlighet for både å engasjere seg i og lykkes med CBTP, uavhengig av alvorlighetsgraden av deres lidelse. Det ble funnet at oppfatning av egen sykdom predikerte mottakelighet av behandling ved psykose.

Dudley et al., (2007) gjorde en studie der det ble gjennomgått et utvalg av pasienter som etter terapi viste en nedgang på 50 % symptomer. Målet var å identifisere hvilken innvirkning de forskjellige komponentene i terapien har på bedringsprosessen

Data til denne studien ble hentet fra en randomisert kontrollert studie på CBTP for behandlingsresistent schizofreni (Sensky et al, 2000). Alle deltakere (n=87) oppfylte kriteriene for diagnosen schizofreni. Gruppen ble ved randomisert tildeling fordelt enten til gruppen for CBTP (n =45) eller kontrollgruppen (n=43), der «befriending» (støtteterapi) ble brukt. Ved oppfølging ni måneder etter behandling viste 21 av pasientene fra CBTP-gruppen og 9 fra kontrollgruppen tegn på bedring. Bedring blei denne studien definert som en 50% nedgang i symptomtrykk, målt med CPRS. Hver behandlingstime ble avsluttet ved at behandlerne fylte ut et egenkontruert evalueringsskjema, der det ble avdekket hvilke komponenter ved behandling som ble benyttet i timen. Listen bestod av totalt 49 elementer som ble videre sortert i 8 subskalaer, som for eksempel Relasjon og Psykose Spesifikk. Denne sorteringen av benyttede teknikker ble brukt til å se nærmere på hvilke prosesser som utspilte seg i terapirommet.

De individuelle teknikkene som kunne brukes til å differensiere mellom respondenter og ikke-respondenter var psykoedukasjon (om schizofreni) og selvavsløring. Forfatterene mener begge disse teknikkene er en form for normalisering og legger funnene til en grunn for en konklusjon om at normalisering er en aktiv komponent i en vellykket CBTp behandling ved psykose

Normalisering - som en del av en bredere prosess - var den eneste prediktoren som ble funnet å nå et signifikansnivå. Mer spesifikt viste det seg at når normalisering brukt i samspill teknikker, for å avdekke hva som ledet opp til et sammenbrudd, psykoedukasjon om den spesifikke lidelsen (schizofreni) og redusert katastrofetenkning, var det den viktigste faktoren for å predikere et godt klinisk utfall.

Wittorf et al. (2013) ønsket i sin studie å se på i hvilken grad generelle og spesifikke terapeutferdigheter var assosiert med pasienters opplevelse av endring, i terapi. Studien ble gjennomført som en del av en større RCT studie på effekten av CBT sammenlignet med støtteterapi. Den opprinnelige studien hadde 330 deltaker, hvorav 166 ble rekruttert til CBTp intervensjonen. Wittorf et al benyttet lydopptak samlet inn fra behandlingstimer hos 79 av disse 166 pasientene (for en nærmere informasjon om den opprinnelige studien henvises til Klingenberg et al.,2010). Det ble gjort en randomisert utvelgelse av et lydopptak fra behandlingssamtalene, fra hver av de 79 deltakerne som mottok CBTp.

CBTp-intervensjonen ble gitt over 20 timer individualterapi hvor hver av dem hadde 50 minutters varighet. CBT benyttet kjerneelementer slik de er gjengitt av behandlingsmanualene til Fowler et al., (1995) og Kingdon & Turkington (1994). Det ble arbeidet med kasusformulering og atferd, forståelse av positive symptomer og normalisering og opprettelse av en individuell behandlingsplan. Videre inneholdt intervensjonen fokus på kognitive atferdsstrategier vedrørende attribusjoner knyttet til vrangforestillinger, hallusinasjoner og kognitive skjema. I tillegg til disse elementene ble det arbeidet med krisehåndtering, forberedelse mot avslutning av terapi, problemløsning og sosial integrering.

Deltakernes sykdomsbilde ble kartlagt ved bruk av PANSS, Compliance Rating Scale (Kemp et al, 1996) og Global Assessment of Functioning (GAF; APA). Generelle og tekniske terapiferdigheter ble kartlagt ved bruk av Cognitive Therapy Scale for Psychosis (CTS-Psy; Haddock et al, 2001), og pasientenes opplevelse av endring ble kartlagt ved bruk av Bern Post

Session Report for Patients (BPSR-P; Fluckiger et al, 2010) Utfallsmål i denne studien var BPSR-P.

Studien fant at generelle terapeutiske ferdigheter som feedback og forståelse, forklarte 23 % av variansen i pasientens opplevelse av selvtillit og opptil 10% av variansen i mestring, klargjøring og opplevelse av tilfredshet. Studien viste også at visse tekniske ferdigheter som veiledet oppdagelse kan ha en negativ effekt. Sannsynligvis har dette en betydning fordi det presser pasientene til i større grad å forplikte seg til sine oppfatninger når de blir utfordret.

Jung, Wiesihan & Lincoln (2013) hadde en intensjon om å se på prediktorer knyttet til alliansebygging. De designet en studie der det ble tatt utgangspunkt i at en terapeutisk allianse inkluderer et samarbeidsforhold mellom pasient og terapeut, et affektivt bånd og en enighet om behandlingens oppgaver og mål (Martin, Garske & Davis, 2000) Studien jobbet fra en ide om at en bedre forståelse av alliansedannelse vil gjøre det mulig forbedre alliansen, og dermed gi et bedre terapiutfall.

Studien ble utført med en gruppe deltakere hentet fra en RCT studie på CBTp (N=80; Lincoln et al., 2012). Alle pasienter var diagnostisert med en lidelse i schizofrenispekteret, og pasientene ble enten randomisert til CBTp (n=40) eller en venteliste (n=40). CBTp gruppen ble kartlagt ved baseline, ved avsluttet behandling, og ved et års oppfølging. Ventelistegruppen ble kartlagt ved baseline, etter 4 måneders ventetid, ved avsluttet behandling og ved 1 års oppfølging. Det primære utfallsmålet var PANSS.

De følgende kartleggingsverktøy ble benyttet; CDSS, Symptom Check-List-90-Revised (SCL-90-R; Franke, 1995), Global Assessment of Function (GAF; Sass, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003), RFS, Theory of Mind oppgave (Tom intentions; ToM emotions; Mehl, Rief, Mink, Lullmann & Lincoln, 2010).

Resultatene av studien tyder på at elementer som predikerer en god allianse vurdert fra pasientens perspektiv er lavere nivå av negative symptomer, lavere nivå av generelle symptomer, lavere nivå av depresjon, høyere nivå av fungering og bedre evne til å forstå andres emosjoner.

Diskusjon

De inkluderte studiene i denne systematiske gjennomgangen viser funn som er både forskjellige og like. Enkelte studier har funn som andre ikke har lyktes å replikere, og det er også tilfeller hvor i ulike studier har motsatte funn. I denne drøftingsdelen er det gjort et skille mellom statiske og dynamiske variabler. Et eksempel på en statisk variabel er kjønn, mens graden av overbevisning om vrangforestilling kan være et eksempel på en dynamisk variabel. Det er blitt gjort et valg om i hovedsak å drøfte de dynamiske variablene. Årsaken til dette bunner i en vurdering av at statiske variabler er begrensende i kraft av å være «upåvirkelige» og kan i ytterste konsekvens lede til et deterministisk perspektiv på den enkeltes sykdomstilstand. De dynamiske variabler er i motsetning til de statiske tilgjengelige for endring og kan vurderes som et egnet mål for terapi

Kognitiv fleksibilitet og overbevisning om vrangforestilling.

Variablene kognitiv fleksibilitet og overbevisning om vrangforestillinger har til felles at de begge innebærer at pasienten har evne til å revurdere og om nødvendig endre på sine feilaktige overbevisninger. Dette er sentrale kognitive prosesser og med en redusert kognitiv fleksibilitet og en sterk overbevisning om at egne tanker er korrekte medfølger det en større rigiditet som vanskeliggjør terapeutens arbeid med å utforske alternative forklaringer.

Lincoln et al., (2014) fant ingen sammenheng mellom grad av kognitiv fleksibilitet og en nedgang i symptomer. Dette funnet står i kontrast til Brabban, Tai & Turkington (2008) som fant at en lavere grad av overbevisning hadde en viss prediktiv kraft i forhold til reduksjon av symptomer sammenlignet med en høy grad av overbevisning om at egne tanker var korrekte. Garety et al., (1997) fant også at kognitiv fleksibilitet i forhold til egne vrangforestillinger var viktig for hvorvidt bedring var oppnåelig ved bruk av CBTp. Alle funnene er viktige siden det er et vesentlig poeng i CBTp å kunne erstatte de eksisterende forklaringene med nye mer adaptive forståelsesmodeller. Det er derfor uklart om overbevisning om egne forestillinger har noe å si for en reduksjon av symptomer. En innvendig mot å forstå graden av overbevisning som en markør for bedringspotensiale er at det kan tolkes dithen at de pasientene som ikke er så fullt overbevist om sine vrangforestillinger er friskere og dermed lettere å behandle. Dette stemmer heller ikke helt med den kliniske praksis.

Mestringsstrategier

Gjennomgangen av ulike studier knyttet til dette temaet antyder at pasienters mestringsstrategier og evne til problemløsning etter endt terapi er prediktivt for et redusert symptomtrykk og en bedre sosial fungering. Med mestringsstrategier menes det her til metoder den enkelte kan bruke for å redusere eller omgå belastninger som følger av psykosen. Ulike mestringsstrategier som er gjennomgått i de ulike studier var blant annet positiv forsterkning, emosjonsfokus, emosjonsregulering og bruk av instrumentell sosial støtte og aksept.

Premkumar et al (2011) undersøkte i sin studie flere av disse variablene. Det ble funnet at en høy baselineskåre på mestringsstrategier kunne predikere hvilke pasienter som kan nyttiggjøre seg av CBTp. Det å forsterke av ulike mestringsstrategier, som for eksempel stressmestring er i noen tilfeller blitt inkludert som en del av CBTp (Andres et al, 2003; Tarrier et al, 1993; Tarrier et al., 1998;). I disse studier er det bedre behandlingsresultat enn ved standard behandling (Premkumar et al, 2011). Funnene kan forstås at det er grunnlag for å bruke ressurser på å lære pasienter gode mestringsstrategier og også hvordan de best kan ta de disse i bruk. En fordypet psykoedukasjon av pasienten med fokus på effektive mestringsstrategier vil da være effektivt for å innlære dette. I forhold til tilbakefalls-forebygging kan det å gi kunnskap om hvilke strategier som kan redusere stress kan da bli en vesentlig faktor i forhold til bedring.

Innsikt

Innsikt er sannsynligvis den variabelen som er mest undersøkt som prediktor for bedring ved CBTp. Innsikt har flere aspekter, deriblant sykdomsinnsikt og kognitiv innsikt. Sykdomsinnsikt betegner en erkjennelse av å ha en psykisk lidelse og hvilke konsekvenser dette innebærer, bevissthet om behov for behandling, samt kjennskap til spesifikke symptomer og at symptomene attribueres til sykdommen. Kognitiv innsikt refererer til evnen til å reflektere over egne erfaringer og anerkjenne at enkelte konklusjoner kan være feilaktige. Naeem et al. (2008) fant at høy grad av sykdomsinnsikt ved begynnelsen av behandling predikerte en reduksjon i alvorlighetsgraden av hallusinose og vrangforestillinger. Garety et al., (1997) sin studie antyder at innsikt i de sosiale konsekvensene av ens sykdom kunne predikere en symptomlette etter endt CBTp. Andre studier slik som Freeman et al (2012) viser også en sammenheng mellom innsikt og positive forbedringer hos pasienten, ved at innsikt predikerte grad av engasjement og delaktighet den enkelte viste ovenfor behandlingen. Funnene er likevel ikke entydige. Blant

annet viser Lincoln et al (2014) ingen sammenheng mellom innsikt og bedring i generelt symptomtrykk.

I denne litteraturgjennomgangen er det altså kun en av studiene som ikke har funnet at dette predikerer bedring, og man kan tenke seg dette er en robust prediktor. Det er likevel litt vanskelig å vite hvordan man kan benytte dette i en klinisk praksis. Det er problematisk å beskrive hva slags intervensjoner som tar sikte på å utvikle eller forsterke den enkeltes innsikt. Sykdomsinnsikt kan styrkes gjennom psykoedukasjon ved å gjøre den enkelte mer kjent med sitt sykdomsforløp. Arbeid med kognitive fordreininger kan også bidra til økt kognitiv innsikt, slik som gjennom Cognitive Remediation Training (Penandes et al., 2006).

Normalisering.

Normalisering består i å validere den enkeltes opplevelse og å gi opplevelsen en kontekst som er med på å alminneliggjøre tilstanden. Dette gjøres ut fra en CBTp tradisjon der målet er å jobbe med hvordan man forholder seg til hendelser og indre opplevelser. Normalisering fjerner stigma (Dudley & Turkington, 2011) og bidrar til at den enkelte kan se sine symptomer som noe egodystont. Normaliseringsarbeid har som mål å søke alternative forklaringer på psykosesymptomer, og også å gi psykoedukasjon.

Dudley et al., (2007) fant i sin studie at normalisering var den eneste variabelen som nådde signifikansnivå. Når normalisering ble brukt i samspill med andre teknikker, som psykoedukasjon var dette en viktigste faktoren for å predikere et godt klinisk utfall. I denne studien gikk normaliseringsarbeidet ut på psykoedukasjon om schizofreni og en redusert katastrofetenkning. En slik opplæring tenkes å hjelpe pasienten med å tillegge symptomene andre reaksjoner enn de har i utgangspunktet. Som i øvrig CBT-tenkning er det ikke opplevelsen i seg selv som er mest problematisk, men hvordan den som rammes reagerer på den. Ved hørselhallusinose kan en reduksjon i frykten dette utløser være et stort skritt i riktig retning. En mulig risiko ved å drive normaliseringsarbeid kan være at pasienten opplever at deres vansker bagatelliseres. Bevissthet rundt dette og også en viss seleksjon rundt hvilke symptomer det velges å rette fokus mot kan bidra til å redusere en slik risiko.

Symptomtrykk

Flere studier har undersøkt hvorvidt graden av symptomtrykk kan forstås som en prediktor for responsen for CBTp. Symptomtrykk defineres her som den samlede mengden og styrken av positive og negative symptomer.

Flere studier peker på at lavt symptomtrykk ved oppstart behandling er prediktiv for et godt utfall. Lincoln et al., (2014) fant at grad av depresjon og negativt symptomtrykk kunne predikere responsen ved CBTp. En lav baselineskåre på depresjonssymptomer og negative symptomer predikerte bedring ved oppfølging. Naem, Kingdon & Turkington (2008) fant at et høyt symptomtrykk, målt med CPRS predikerte bedring som står i kontrast til Lincoln et al., (2014) Funnene antyder at pasienter som har et lavt symptomtrykk responderer bedre på terapi. Dersom dette er tilfelle kan det indikere at samtalebehandling primært egner seg når pasientene allerede er i bedring og ikke alvorlig syke med et høyt symptomtrykk.

ToM emosjoner

ToM kjennetegner evnen til å forstå at mennesker er tenkende vesener og at deres handlinger baserer seg på hvordan de oppfatter situasjonen de befinner seg i (Goldman, 2012). ToM emosjonene vurderes som sentrale i hvordan den enkelte forstår egne og andres opplevelser og er derfor relevant i attribuering av årsak til ytre hendelser. Vesentlig i denne sammenheng er at menneskers handlinger styres av deres individuelle opplevelser av verden enn en objektiv virkelighet. Dette kan brukes til en forståelse av menneskers reaksjoner som styrt av indre prosesser enn ytre realiteter.

Lincoln et al., (2014) fant at ToM emosjoner var en av flere variabler som kunne predikere graden av symptomtrykk ved oppfølging etter avsluttet behandling. Videre fant samme studie at en ekstern attribuering av symptomer også predikerte bedring. Det er mulig å se en sammenheng mellom disse to variablene, da begge omhandler evnen til korrekt å attribuere årsaken til symptomer. , Det å forstå symptomene som et resultat av sykdomsbilde fremfor et resultatet av ytre faktorer er derfor viktig for bedring. Jung, Wiesjahn & Lincoln (2014) fant også at ToM emosjoner predikerte en god allianse vurdert av pasienten. En god allianse vet vi henger sammen med positive resultater for terapi (Jung, Wiesjahn & Lincoln, 2014)

Terapeutegenskaper

Flere studier har undersøkt til hvilken grad terapeutens individuelle egenskaper påvirker CBTp.

Wittorf et al (2013) fant at generelle terapeutferdigheter som feedback og forståelse, forklarte mye av variansen i pasientens opplevelse av selvtillit. Spesifikke terapiferdigheter i CBT som veiledet oppdagelse viste å være negativt assosiert med bedring. Dette kan forstås som at generelle terapeutegenskaper er viktig uavhengig av metodisk tilnærming. Funnene kan tyde på at pasientgruppen er sårbar og at det er viktig med en grunnleggende menneskelig tilknytning for å komme i posisjon til å iverksette spesifikke endringsprosesser som CBTp. Å skulle åpne om vrangforestillinger og andre redsler innebærer at både trygghet og tillit er tilstede i terapirommet. Hvilke strategier terapeuten benytter for å etablere tilknytning er ikke like viktig som at tilknytningen etableres.

Oppsummering og konklusjon

Denne systematiske gjennomgangen har funnet at de variablene som har størst betydning er overbevisning om vrangforestilling, innsikt, kognitiv fleksibilitet, mestringsstrategier og normalisering. Disse variablene har til felles at de betegner den enkeltes evne til å regulere, evaluere og påvirke sykdomsbildet. Det har vært et mål for oppgaven å finne punkter som kan omsettes i terapi. Innsikt er den variabelen som har de mest robuste funn. Overbevisning om vrangforestilling har en klar kobling til sykdomsinnsikt. Mestringsstrategier for å håndtere stressende belastninger sammen med normalisering, er også noe som kan formidles gjennom en god psykoedukasjon. Kunnskap om etiologi og forekomst av psykoselidelser er funnet å bidra til å redusere stigma forbundet med psykose, og også la den enkelte pasient se sine symptomer som en del av en sykdom heller enn en del av selvet.

Referanser

- Allott, K., Alvarez-Jimenez, M., Killackey, E. J., Bendall, S., McGorry, P. D., & Jackson, H. J. (2011). Patient predictors of symptom and functional outcome following cognitive behaviour therapy or befriending in first-episode psychosis. *Schizophrenia research*, 132(2), 125-130.
- Amador, X. F., Strauss, D. H., Yale, S. A., et al (1993) Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 150, 873–879
- Ammons, R. B. & Ammons, C. H. (1962) Quick Test. Missoula, MT: Psychological Test Specialists
- Andreasen, N., C., Olsen, S., 1982 Negative v positive schizophrenia: definition and validation, *Arch.Gen. Psychiatry* 39 (7), 789-794
- Andreason, N. C. (1981). Scale for the assessment of negative symptoms. Iowa City: University of Iowa
- Asberg M, Montgomery SA, Perris C, Schalling D, Sedvall G (1978). A comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatr Scand.*;(suppl 271):5–9.
- Bechara, A., Damasio, A.R., Damasio, H., Anderson, S.W (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*.50:7–15.
- Beck, A. T., Weissman, A. W., Lester, D., et al (1974) The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861–865.
- Beck, A.T. Beck Depression Inventory II. The Psychological Corporation, San Antonio; (1996.)
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A. (1988) An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56:893–897.
- Beck et al., 2004 Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J.M., Steer, R.A., Warman, D.M (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*. 68:319– 329.

- Bell, V., Halligan, P. W., & Ellis, H. D. (2006). Explaining delusions: A cognitive perspective. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(5), 219-226.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., et al (1990) The social functioning scale. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853–859
- Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., Macmillan, F., Slade, M (1994). A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 89:62–67.
- Brabban, A., Tai, S., & Turkington, D. (2009). Predictors of outcome in brief cognitive behavior therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(5), 859-864.
- Burgess, P.W., Shallice, T. (1997) *The Hayling and Brixton Tests*. Thames Valley Test Company, Bury St Edmunds
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56:267–283.
- Corcoran, R., Mercer, G., & Frith, C. D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating “theory of mind” in people with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 17(1), 5-13.
- Cornblatt, B.A., Risch, J.J., Faris, G., Friedman, D., Erlenmeyer-Kimling, L. (1988) The Continuous Performance Test, Identical Pairs Version (CPT-IP): I. new findings about sustained attention in normal families. *Psychiatry Research*. 26:223–238.
- David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*. (1990) 156: 798–808.
- David, A. S., Buchanan, A., Reed, A., & Almeida, O. (1992). The assessment of insight in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 161, 599–602.
- Dudley, R., Bryant, C., Hammond, K., Siddle, R., Kingdon, D., & Turkington, D. (2007). Techniques in cognitive behavioural therapy: Using normalising in schizophrenia. *Journal of the Norwegian Psychological Association (Tidsskrift for Kognitiv Terapi)*, 44, 562-571.

- Dunn, G, Fowler, D, Rollinson, R, Garety, P, Freeman, D, Kuipers, E, Smith, B, Steel, C, Onwumere, J, Jolley, S, Bebbington, P (2012). Effective elements of CBT for psychosis. *Psychological Medicine* 42, 1057–1068
- Durand, V. M., & Barlow, D. H. (2000). *Abnormal psychology: An introduction*. Wadsworth/Thomson Learning.
- First et al., 2002 First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W., (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders – Patient Edition (SCID-I/P, 11/2002 revision)*. Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, New York, NY.
- Flückiger, C., Regli, D., Zwahlen, D., Hostettler, S., Caspar, F. (2010) *Der Berner Patienten- und Therapeutenstundenbogen 2000. Ein Instrument zur Erfassung von Therapieprozessen [The Bern Post Session Report 2000, patient and therapist versions: measuring psychotherapeutic processes]*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 39:71–79.
- Fowler, D., Garety, P., Kuipers, E. (1995), *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis. Theory and Practice*. Wiley, Chichester
- Franke, G. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version [The Symptom Checklist by Derogatis – German version]*. Weinheim: Beltz.
- Freeman, D., Dunn, G., Garety, P., Weinman, J., Kuipers, E., Fowler, D., ... & Bebbington, P. (2013). Patients' beliefs about the causes, persistence and control of psychotic experiences predict take-up of effective cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychological medicine*, 43(2), 269-277.
- Fydrich, T., & Bürgener, F. (1999). *Ratingskala für soziale Kompetenz*. Margraf J, Rudolf K, Soziale Kompetenz, Soziale Phobie, eds. *Anwendungsfehler, Entwicklungslinien und Erfolgsaussichten*. Baltmannsweiler, Germany: Schneider-Verlag Hohengehren, 81-96.
- Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E., Freeman, D., Dunn, G., Bebbington, P., ... & Jones, S. (1997). *London–East Anglia randomised controlled trial of cognitive–behavioural*

- therapy for psychosis: II: Predictors of outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 171(5), 420-426.
- Garety, P. A., Freeman, D., Jolley, S., Dunn, G., Bebbington, P. E., Fowler, D. G., & Dudley, R. (2005). Reasoning, emotions, and delusional conviction in psychosis. *Journal of abnormal psychology*, 114(3), 373.
- Garety, P, Fowler, D, Freeman, D, Bebbington, P, Dunn, G, Kuipers, E (2008). A randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy and family intervention for the prevention of relapse and reduction of symptoms in psychosis. *British Journal of Psychiatry* 192, 412–423
- Gold, J.M., Carpenter, C., Randolph, C., Goldberg, T.E., Weinberger, D.R. (1997), Auditory working memory and Wisconsin Card Sorting Test performance in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 54:159–165.
- Goodman, S. H., Sewell, D. R., Cooley, E. L., & Leavitt, N. (1993). Assessing levels of adaptive functioning: the Role Functioning Scale. *Community mental health journal*, 29(2), 119-131.
- Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher B. (1999), Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptoms rating scales (PSYRATS). *Psychol Med*. 29:879–889.
- Haddock, G., Devane, S., Bradshaw, W.H., McGovern, J., Tarrier, N., Kinderman, P., Baguley, I., Lancashire, S., Harris, N. (2001), An investigation into the psychometric properties of the Cognitive Therapy Scale For Psychoses (CTS-Psy). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 29:221–233.
- Hagen, R., Turkington, D., Berge, T., & Gråwe, R. W. (2013). *CBT for psychosis: A symptom-based approach*. Routledge.
- Hansen L, Turkington D, Kingdon D, Smith P (2003), Brief rating instrument for assessment of negative symptoms: derived from the Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS). *Int J Psychiatry Clin Pract*. 7:113–116.

- Heaton, R.K., Chelune, G.J., Tally, J.L., Kay, G.G., Curtiss, G. (1993), Wisconsin Card Sorting Test Manual: Revised and Expanded. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL
- Härting, C., Markowitsch, H.J., Neufeld, H., Calabrese, P., Deisinger, K., Kessler, J., (2000). Wechsler Gedächtnistest – Revidierte Fassung (WMS-R) (Wechsler Memory Test-revised version). Verlag Hans Huber, Bern.
- Jones, C., Cormac, I., Silveira da Mota Neto, J.I., Campbell, C., (2004). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst. Rev.* 4.
- Jung, E., Wiesjahn, M., & Lincoln, T. M. (2014). Negative, not positive symptoms predict the early therapeutic alliance in cognitive behavioral therapy for psychosis. *Psychotherapy research*, 24(2), 171-183.
- Kane JM. (1996), Treatment-resistant schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry.* 57:35–40.
- Kemp, R., David, A. Insight and compliance. in: B. Blackwell (Ed.) (1997), *Treatment Compliance and the Therapeutic Alliance*. Gordon and Breach, Newark, New Jersey
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., David, (1996) A. Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal.* 312:345–349.
- Kingdon, D., Turkington, D. (1994) *Cognitive Behavior Therapy of Schizophrenia*. Guilford Press, New York
- Kirkpatrick, B., Fenton, W. S., Carpenter, W. T., & Marder, S. R. (2006). The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 214-219.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opfer, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261.
- Kinderman, P., & Bentall, R. P. (1996). A new measure of causal locus: the internal, personal and situational attributions questionnaire. *Personality and Individual differences*, 20(2), 261-264.
- Klingberg, S., Jakobi-Malterre, U.E., Wittorf, A. Supportive Therapie bei schizophrenen Störungen [Supportive therapy for schizophrenic disorders]. *Verhaltenstherapie*.

- 2010;20:167–174 Kumari, V., Antonova, E., Fannon, D., Peters, E. R., Ffytche, D. H., Premkumar, P., & Williams, S. C. (2010). Beyond dopamine: functional MRI predictors of responsiveness to cognitive behaviour therapy for psychosis. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 4, 4.
- Kumari, V., Barkataki, I., Goswami, S., Flora, S., Das, M., Taylor, P. (2009) Dysfunctional, but not functional, impulsivity is associated with a history of seriously violent behaviour and reduced orbitofrontal and hippocampal volumes in schizophrenia. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 173:39–44.
- Kumari, V., Fannon, D., Peters, E.R., Ffytche, D.H., Sumich, A.L., Premkumar, P., Anilkumar, A.P., Andrew, C., Phillips, M.L., Williams, S.C., Kuipers, E. (2011), Neural changes following cognitive behaviour therapy for psychosis: a longitudinal study. *Brain*. 134:2396–2407.
- Kumari, V., Peters, E., Fannon, D., Antonova, E., Premkumar, P., Anilkumar, A., Williams, S., Kuipers, E.(2009) Dorsolateral prefrontal cortex activity predicts responsiveness to cognitive- behavioral therapy in schizophrenia. *Biological Psychiatry*. 66:594–602.
- Kumari, V., Premkumar, P., Fannon, D., Aasen, I., Raghuvanshi, S., Anilkumar, A.P., Antonova, E., Peters, E.R., Kuipers, E. (2012) Sensorimotor gating and clinical outcome following cognitive behaviour therapy for psychosis. *Schizophrenia Research*, 2012;134:232–238.
- Lynch, D., Laws, K.R., McKenna, P.J., (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol. Med.* 40 (1), 9–24.
- Lincoln, T. M., Ziegler, M., Mehl, S., Lüllmann, E., Kesting, M.L., Westermann, S., Rief, W., (2012). Moving from efficacy to effectiveness in CBT for psychosis. A randomized-controlled clinical practice trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 80, 674–686.
- Lincoln, T. M., Rief, W., Westermann, S., Ziegler, M., Kesting, M. L., Heibach, E., & Mehl, S. (2014). Who stays, who benefits? Predicting dropout and change in cognitive behaviour therapy for psychosis. *Psychiatry research*, 216(2), 198-205.

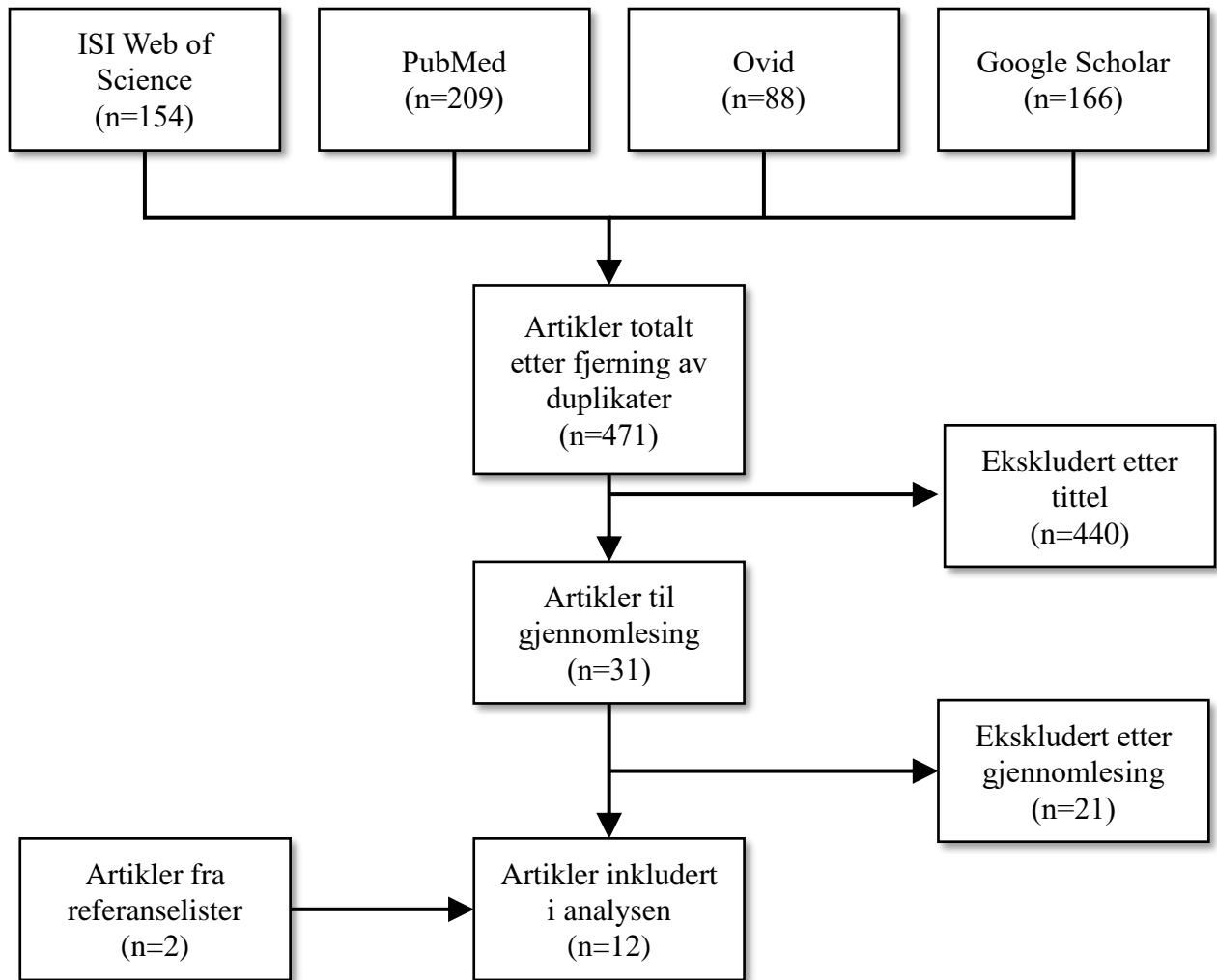
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450.
- Mehl, S., Rief, W., Mink, K., Lüllmann, E., & Lincoln, T. M. (2010). Social performance is more closely associated with theory of mind and autobiographical memory than with psychopathological symptoms in clinically stable patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry research*, 178(2), 276-283.
- Miller, E. (1984) Verbal fluency as a function of a measure of verbal intelligence and in relation to different types of cerebral pathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 53–57.
- Milner, B. Psychological aspects of focal epilepsy and its neuropsychological management. in: D.P. Purpura, J.K. Penry, R.D. Walter (Eds.) (1975) *Advances in Neurology*. Raven Press, New York; 229–321.
- Montgomery, S., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382–389.
- Montgomery, S. A., Taylor, P., & Montgomery, D. (1978). Development of a schizophrenia scale sensitive to change. *Neuropharmacology*, 17, 1061–1063.
- Morrison, A.P., French, P., Stewart, S.L., Birchwood, M., Fowler, D., Gumley, A.I., Dunn, G., (2012). Early detection and intervention evaluation for people at risk of psychosis: multisite randomised controlled trial. *BMJ* 344.
- Mueser, K. T., Webb, C., Pfeiffer, M., Gladis, M., & Ledinson, D. F. (1996). Family burden of schizophrenia and bipolar disorder: Perceptions of relatives and professionals. *Psychiatric Services*, 47, 507–511.
- Müller, M. J., Marx-Dannigkeit, P., Schlösser, R., Wetzel, H., Addington, D., & Benkert, O. (1999). The Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia: development and interrater reliability of a German version (CDSS-G). *Journal of psychiatric research*, 33(5), 433-443.

- Naeem, F., Kingdon, D., & Turkington, D. (2008). Predictors of response to cognitive behaviour therapy in the treatment of schizophrenia: a comparison of brief and standard interventions. *Cognitive Therapy and Research*, 32(5), 651-656.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010). *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (opdatert utg)*. Great Britain: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Nelson, H. E. (1982) *The National Adult Reading Test*. Windsor. Berks: NFER–Nelson
- Nelson, H.E., Wilson, J. (1991) *National Adult Reading Test Manual*. 2nd ed. NFER-Nelson, Windsor;
- O'Keeffe, J., Conway, R., & McGuire, B. (2017). A systematic review examining factors predicting favourable outcome in cognitive behavioural interventions for psychosis. *Schizophrenia research*, 183, 22-30.
- Overall, J. E. & Gorham, D. R. (1962) *The Brief Psychiatric Rating Scale*. *Psychological Reports*, 10, 799–812.
- Pfammatter, M., Junghan, U.M., Brenner, H.D., (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophr. Bull.* 32, S64– S80.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., et al., (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol. Med.* 32 (5), 763–782.^[L]_[SEP]
- Penadés, R., Catalán, R., Salamero, M., Boget, T., Puig, O., Guarch, J., & Gastó, C. (2006). Cognitive remediation therapy for outpatients with chronic schizophrenia: a controlled and randomized study. *Schizophrenia research*, 87(1), 323-331.
- Premkumar, P., Fannon, D., Sapara, A., Peters, E. R., Anilkumar, A. P., Simmons, A., & Kumari, V. (2015). Orbitofrontal cortex, emotional decision-making and response to cognitive behavioural therapy for psychosis. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 231(3), 298-307.

- Premkumar, P., Peters, E. R., Fannon, D., Anilkumar, A. P., Kuipers, E., & Kumari, V. (2011). Coping styles predict responsiveness to cognitive behaviour therapy in psychosis. *Psychiatry research*, 187(3), 354-362.
- Reitan, R. M. (1992). *Trail Making Test: Manual for Administration and Scoring [adults]*: Reitan Neuropsychology Laboratory. Tucson, Ariz.
- Robson, P. (1989) Development of a new self-report questionnaire to measure self-esteem. *Psychological Medicine*, 9, 513–518
- Rollinson, R, Smith, B, Steel, C, Jolley, S, Onwumere, J, Garety, PA, Kuipers, E, Freeman, D, Bebbington, PE, Dunn, G, Startup, M, Fowler, D (2008). Measuring adherence in CBT for psychosis: a psychometric analysis of an adherence scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 36, 163–178
- Rosenberg, M.(1965) *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton University Press, Princeton, New Jersey.
- Sass, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Houben, I. (2003). Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV-TR [Diagnostic criteria from the diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR]. Göttingen: Hogrefe
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J. L., Scott, J., Siddle, R., O’Carroll, M., & Barnes, T. R. (2000). Randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General psychiatry*, 57, 165–172.
- Shallice, T. & Evans, M. (1978) The involvement of the frontal lobes in cognitive estimation. *Cortex*, 14, 292–303.
- Shapiro, A.M., Benedict, R.H., Schretlen, D., Brandt, J. (1999) Construct and concurrent validity of the Hopkins Verbal Learning Test—revised. *The Clinical Neuropsychologist*. 13:348–358.
- Turkington D, Kingdon D, Turner T. (2002) Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *Br J Psychiatry*.180:523–527.

- Wechsler, D. (1998) Wechsler Memory Scale III — Administration and Scoring Manual. Psychological Corporation Limited, London
- Wechsler, D. (1999) Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI) Manual. Psychological Corporation, San Antonio, TX.
- Wessely, S., Buchanan, A., Reed, A., et al (1993) Acting on delusions. I: Prevalence. *British Journal of Psychiatry*, 163, 69–76
- Wilson, B.A., Alderman, N., Burgess, P.W., Emslie, H., Evans, J.J. (1996) Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome. Thames Valley Test Company, Bury St Edmunds
- Wing, J. K., Curtis, R., & Beevor, A. (1996). The health of the nation outcome scales. London: Royal College of Psychiatrists.
- Wittorf, A., Jakobi-Malterre, U. E., Beulen, S., Bechdorf, A., Müller, B. W., Sartory, G., & Klingberg, S. (2013). Associations between therapy skills and patient experiences of change processes in cognitive behavioral therapy for psychosis. *Psychiatry research*, 210(3), 702- 709.
- World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical description and diagnostic guidelines. Geneva: WHO
- Young, J., & Beck, A. T. (1980). Cognitive therapy scale: Rating manual. Unpublished manuscript, 36th.
- Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V. H., & Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 77(1).

Appendiks



Figur 1: Flytdiagram

Tabell 1: Artikler inkludert i studien

Terapivariabler og pasientvariabler

Referanse	Design	Deltakere	Intervensjon	Kontrollgruppe	Variabler undersøkt	Resultater	Utfallsmål
Brabban, Tai & Turkington, 2009	Gruppestudie (n=354) der en CBT-gruppe ble analysert for bedring basert på 5 prediktorvariabler	Totalt n= 354, hvorav CBT+TAU (n=226) og TAU (n=128)	En gruppe mottok CBT+TAU, en gruppe kun TAU	TAU (n=128)	Kjønn, diagnose, negative symptomer (avflatning, alogia og innsikt)	Som et sett skilte prediktorene ut en gruppe med 25% nedgang i symptomtrykk. Lav overbevisning om vrangforestilling hadde noe prediktiv kraft. Kjønn en pålitelig prediktor for bedring når undersøkt spesifikt for vrangforestillinger.	CPRS, SAI, PSRS, NSRS
Freeman, Gunn, Garety, Weinmann, Kuipers, Fowler, Jolley & Bebbington, 2012	Studie på hvorvidt pasientens syn på egen problematikk kan predikere utfall av CBTp. Baselinemål på IPQ som referansepunkt.	Pasienter (n=92)	Manualbasert CBTp	SB-gruppe	Sykdomsinnsikt	Sykdomsinnsikt predikerer grad av engasjement i- og opptak av behandling	IPQ
Garety, Fowler, Kuipers, Freeman, Gunn, Bebbington, Hadley & Jones, 1997	Randomisert studie av CBT, der en av analysene undersøkte prediktorer for bedring.	Pasienter (n=60)	Manualbasert CBTp	Kun SB	Demografiske variabler, IQ, innsikt, symptomtrykk, overbevisning om vrangforestillinger	Kognitiv fleksibilitet vedr.vrangforestillingerog et høyt antall tidligere innleggelses predikerte godt utfall.	BPRS

Dudley, Bryant, Hammond, Siddle, Kingdom & Turkington, 2007	Subanalyse på data fra randomisert effektstudie på CBTp	Pasienter(n=87)	En gruppe mottok CBTp (n=45), en gruppe mottok støtteterapi (n=43)	Kontrollgruppen (n=43) mottok støtteterapi	Virkningsmekanismen er i en terapiprosess som benytter CBTp	Normalisering var eneste prediktor som nådde signifikansnivå	Egenkonstruert evalueringsskema som måler behandlingskomponenter benyttet i terapien
Kumari, Peters, Fannon, Antonova, Premkumar, Anilkumar, Williams & Kuipers, 2009	Prediksjonsstudie der fMRI målinger ble undersøkt for å se om noen ved disse hadde en prediktiv verdi for responsivitet på CBTp	Pasienter (n=56) Friske (n=20)	CBTp + TAU, eller TAU	TAU-gruppe v/ behandling. Friske individer ved fMRI	Nevrale strukturer (IFG, thalamus, medial prefrontal, inferior parietal, precuneus).	Implikasjoner om at språkområder (venstre IFG), oppmerksomhet (thalamus) og innsikt og selvbevissthet (medial prefrontal, inferior parietal, precuneus) kan benyttes til å predikere responsivitet for CBTp	PANSS
Lincoln, Rief, Westermann, Ziegler, Kesting, Heibach & Mehl, 2014	Sekundær analyse av data fra venteliste kontrollert, parallel gruppestudie	Pasienter (n=80)	En gruppe (n=40) mottok CBTp uten ventetid, en gruppe (n=40) etter fire måneder ventetid	Venteliste-gruppe	Alder, kjønn, utdanningsnivå, tid avubehandlet lidelse, symptomtrykk, innsikt, sysselsetting (arbeid), funksjonsnivå, nevrokognisjon, kognitiv bias (Jumping To Conclusions, Theory of Mind)	Depresjon, negative symptomer, nedsatt sosial rolle fungering og ToM predikerte 40 % av variansen på grad av symptomtrykk (positive) ved oppfølging. Lav baselineskåre på depresjonsnivå, negative symptomer og eksternaliseringsbias predikerte bedring på oppfølging.	PAANS

Naem, Kingdon & Turkington, 2008	Sub-analyse fra RCT studie på effekt av CBTp; (The Insight Trial og The Newcastle Trial)	Pasienter (n=90, The New-castle Trial, n=433, The Insight Trial)	Manual-basert CBTp	Tau-grupper I begge nevnte studier.	Generell psykopatologi, grad av vrangforestilling, innsikt, hallusinose, negative og positive symptomer.	Høy innsikt og høy global CPRS-skåre predikert godt utfall på CBTp gruppe.	CPRS
Premkumar,Fannon, Sapara, Peters, Anilkumar, Simmons, Kuipers & Kumari, 2015	Randomisert effektstudie der fMRI ble benyttet til å vurdere responsivitet for CBTp I sammenheng med nevralt strukturer.	Pasienter (n=60). Friske (n=20)	Manual-basert CBTp+SC	Friske individer v/fMRI. Standard Care-gruppe v/CBTp	Orbito-Frontal Cortex Grey Matter Volume (OFC GMV) som opphav til emosjonell beslutningstaking.	OFC GMV (både høyre og venstre) korrelerte med symptomlette og forbedret innsikt. Assymetri i OFC korrelerte med bedring i helhetlig symptomtrykk, negative symptomer og generell psykopatologi.	PANSS
Premkumar,Peters,Fannon,Anilkumar, Kuipers,Kumari, 2011	Studie for å undersøke kliniske og nevropsykologisk prediktorer for responsivitetfor CBTp	Pasient-er (n=60)	Manual-basert CBTp+SC (30)	SC-gruppe (n=30)	Lidelsens varighet, kognitiv innsikt, aktiv mestring, verbal hukommelse, kognitiv fleksibilitet	Høy baselineskåre på mestringsstrategier og kognitiv innsikt predikerte bedring hos CBT+SC-gruppe, men ikke SC-gruppe	PANSS

Referanse	Design	Deltakere	Intervensjon	Variabler undersøkt	Kontrollgruppe	Resultater	Utfallsmål
Currel, Christodoulides, Siitarinen & Dudley, 2016	Q-metodologisk studie som undersøkte hvilke pasientkarakteristika som predikerte utbytte av CBT	Terapeuter (n=21)	Manualbasert CBTp	Ingen kontrollgruppe	Generelle terapifaktorer	4 faktorer ved pasienter predikerte responsivitet i terapi: aksept og applikasjon av den kognitive modellen; forholde seg til øyeblikket; trygg base; meningsfylt aktivt samarbeid.	Q-set med 61 klient karakteristikk, utviklet av forskningsteamet
Jung, Wiesjahn & Lincoln, 2014	Prediksjonsstudie på terapeutisk allianse ved CBTp. Baselinemål på pasientkarakteristikk (PANSS, CDSS, GSI, GAF, RF S, ToM) brukt for å karakterisere pasienter. Alliansen vurder fra pasient- og terapeutperspektiv. Alliansen målt med STEP	Pasienter (n=56) Terapeuter (n=7)	Manualbasert CBTp.	Ingen	Psykotiske symptomer, innsikt, depresjon, generell psykopatologi, generelt funksjonsnivå, sosial fungering, Theory of Mind, veldikeholdelse av medikamentell behandling	Lavere nivå av negative-, generelle-, depressive symptomer, funksjonsnivå og ToM-emotions predikerer god pasientvurdert allianse. Lavt nivå negative symptomer, vedlikeholdt medikamentell behandling og høy sosial rollefungering predikerer god terapeutvurdert allianse.	STEP
Witorff, Jakobi-Malterre, Beulen, Bectholf, Muller, Sartory & Klingenberg, 2013	Analyse av lydopptak fra terapi, i den hensikt å måle sammenheng mellom generelle-, spesifikke terapeutferdigheter og pasienters opplevelse av endring.	Pasienter (n=79)	Manualbasert CBTp	Ingen	Terapeutferdigheter som utslagsgivende for endring.	Generelle ferdigheter forklarte 23% av variansen i pasientens opplevelse av selvtilit og opptil 10% av variansen i <i>mastery, clarification og contentment experience</i>	CTSP, BPSRP

CPRS; Comprehensive Psychological Rating Scale, SAI: Schedule of Assessment of Insight, PSRS: Psychotic Symptoms Rating Scale, NSRS: Negative Symptoms Rating Scale, IPQ: Illness Perception Questionnaire, BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale, PANSS: Positive and Negative Symptoms Scale, Q-Set, STEP: Short Inventory for Individual Psychotherapy and Counseling, CTSP:

CognitiveTherapy Scale for Psychosis, BPSRP: Bern Post Sessions Report for Patients, CBTp: Cognitive Behavior Therapy for Psychosis,TAU: Treatment As Usual,SC: Standard Care ,fMRI: functional Magnetic Resonance Imaging,OFC: Orbito-Frontal Cortex, GMV: Grey Matter Volume

