

**Astrid Helene Unhjem**

# **Kunst- og uttrykksterapi som behandling for psykose lidelser**

**- En systematisk gjennomgang**

**Hovedoppgave**

**Trondheim, høsten 2012**

**Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet**



## **Forord**

Jeg har alltid hatt en tilknytning til kreative uttryksmåter og tror det har hatt en betydningsfull plass i min selvutvikling. Derfor ble min oppmerksomhet raskt fanget av et lysbilde hvor det stod ”kunst- og uttrykksterapi” under en forelesning om ulike behandlinger ved psykoser holdt av førsteamanuensis og psykologspesialist Roger Hagen. Dette terapifeltet har ellers aldri blitt nevnt gjennom profesjonsstudiet og nysgjerrigheten min krevde å finne ut mer om det. Resultatet er denne hovedoppgaven.

Jeg vil benytte anledningen til å takke min veileder Roger Hagen som har vært svært tilgjengelig gjennom hele semesteret med raske og gode tilbakemeldinger. Gikk alltid ut av hans kontor med en ny dose motivasjon. Og tusen takk til Aslaug Skjold Unhjem og Martin Unhjem for korrekturlesing av oppgaven på kort varsel. En stor takk sendes også til min kjære samboer og grafisk designer Olav Åsheim for utforming av omslaget.



## **Innholdsfortegnelse**

<b>Sammendrag</b>	<b>5</b>
<b>Introduksjon</b>	<b>7</b>
<b>Metode</b>	<b>10</b>
Inklusjonskriterier	10
Forskningsdesign	10
Pasientpopulasjon	10
Intervensjon	10
Kontrollgrupper	10
Prosedyre	10
Kvalitativ vurdering	11
<b>Resultater</b>	<b>11</b>
Søkeresultat	11
Beskrivelse av inkluderte studier og behandlingseffekt	11
Billedterapi	12
Danseterapi	15
Dramaterapi	16
Musikkterapi	20
<b>Diskusjon</b>	<b>27</b>
Oppsummering av hovedfunn	27
Kvalitetsvurdering av studienes forskningsmetodologi	27
Forskningsdesign	27
Utvalg	30
Utfallsmålinger	31
Statistiske analyser	32
Vurdering av behandlingseffekt og generaliserbarhet	33
Billedterapi	33
Danseterapi	34
Dramaterapi	34
Musikkterapi	35
Svakheter ved denne gjennomgangen	36
Styrker ved denne gjennomgangen	36
Konklusjon og implikasjoner for klinisk praksis	36
Konklusjon og implikasjoner for videre forskning	37
<b>Referanser</b>	<b>38</b>
<b>Tabell 1. Beskrivelse av inkluderte studier</b>	<b>50</b>



## Sammendrag

Kunst- og uttrykksterapi er anbefalt som spesifikk psykososial intervensjon rettet mot reduksjon av negative symptomer i behandlingen av psykoselidelser. Formålet med denne systematiske gjennomgangen er å undersøke den metodologiske kvaliteten og behandlingseffekten relatert til studier som benyttet kunst- og uttrykksterapi som behandling for psykoselidelser. Den systematiske gjennomgangen inkluderer kun randomiserte kontrollerte studier som benyttet billed-, danse-, drama- eller musikkterapi som behandling for personer over 18 år diagnostisert med en psykoselidelse, herunder schizofreni, schizoaffektiv lidelse, schizotyp lidelse, paranoid psykose eller akutt psykose. En kvalitetsvurdering av forskningsdesign, utvalg, utfallsmålinger og statistiske analyser blir fulgt av en vurdering av behandlingseffekt og generaliserbarhet. Best evidensgrunnlag er funnet for musikkterapi hvor en reduksjon av negative symptomer er dokumentert både i gruppeterapiformat og døgnpostsetting. Langtidseffekten er uviss. For de øvrige kunst- og uttrykksterapiene er evidensgrunnlaget av en slik art at det vanskelig kan trekkes noen konklusjoner. En anbefaling om at kunst- og uttrykksterapi bør tilbys alle med psykoselidelser, kan derfor ikke støttes på grunnlag av denne gjennomgangen. Videre forskning bør etterstrebe større grad av metodisk kvalitet ved hjelp av standardiserte intervensjoner, større utvalg, randomisert fordeling, aktive kontrollgrupper, sammenlignbare valide utfallsmål, rater-blindhet og oppfølgingsmålinger. En ”power”-analyse og vurdering av tiltak for forebygging av frafall og håndtering av manglende data bør bli utført på forhånd.



## Introduksjon

Blant de mest alvorlige psykiske lidelser som kan ramme et individ finner vi psykosene som øver en sterk negativ innvirkning på individets psykologiske og sosiale fungering. Begrepet *psykose* er et samlebegrep og refererer til positive, negative og desorganiserte symptomer. Positive symptomer er et tillegg til eller forstyrrelse av normal funksjon, og omfatter vrangforestillinger og hallusinasjoner. Vrangforestillinger kan defineres som ekstreme overbevisninger eller kognitive skjevheter i oppmerksomhet, resonnering, attribusjon og metakognisjoner (Bell, Halligan, & Ellis, 2006). Hallusinasjoner kan defineres som en sensorisk persepsjon med en virkelighetsfølelse lik en ekte persepsjon, men som oppstår uten en ekstern stimulering av relevant sensorisk organ, og kan være av visuell, auditiv, taktil, gustatorisk eller olfaktorisk karakter (APA, 1994; WHO, 1992). Negative symptomer er reduksjon av normal funksjon, og omfatter symptomer slik som affektavflatning (reduert nonverbalt uttrykk), alogia (reduert verbalt uttrykk), avolisjon (reduert konstruktiv atferd eller vilje), anhedoni (interesseløshet og tomhetsfølelse) og asosialitet (sosial tilbaketrekning) (Kirkpatrick, Fenton, Carpenter, & Marder, 2006). Innenfor de desorganiserte symptomene inkluderes bisarr atferd, upassende affekt og formelle tankeforstyrrelser, hvor sistnevnte kommer til uttrykk som begrenset eller forstyrret tale (Andreasen et al., 1995; Fuller et al., 2003; Liddle, 1987, alle omtalt i Stolar & Grant, 2007). Av alle psykoselidelsene, så er schizofreni mest utbredt med en prevalens på 0,30 - 0,66 % av befolkningen (van Os & Kapur, 2009).

I retningslinjene for en evidensbasert behandling av schizofreni og relaterte psykoselidelser utledet i regi av "National Institute for Health and Clinical Excellence" (NICE, 2010) fremgår det at både psykofarmakologiske og psykososiale intervensjoner bør tilbys alle personer diagnostisert med en psykoselidelse. Disse anbefalingene er basert på en systematisk gjennomgang av evidensgrunnlaget for ulike typer av aktuelle intervensjoner. Antipsykotisk medikasjon er fortsatt den mest foretrukne primærintervensjonen ved psykoselidelser, og medikamentell behandling kan vise til en grundig dokumentasjon i forhold til effekt på akutte psykotiske episoder og som tilbakefallsprevensjon (NICE, 2010). Med bakgrunn i forskningsevidensen har både PORT ("Schizophrenia Patient Outcomes Research Team") og NICE anbefalt kognitiv atferdsterapi og familieintervensjoner som spesifikke psykososiale intervensjoner i behandlingen av psykoselidelser (Dixon et al., 2010; NICE, 2010). I retningslinjene utledet av NICE (2010) er i tillegg forskningsevidensen for kunst- og uttrykksterapi tatt med i vurderingen og danner grunnlaget for at også kunst- og



uttrykksterapi anbefales som spesifikk psykososial intervensjon i behandlingen av psykoselidelser.

I de siste 20 årene er det vist en økende interesse for anvendelsen av kunst- og uttrykksterapi i behandling innenfor psykisk helsevern (Heenan, 2006), og er ansett som spesielt egnet når meningsfull verbal kommunikasjon er vanskelig å gjennomføre (Odell-Miller, Hughes, & Westacott, 2006; Richardson, Jones, Evans, Stevens, & Rowe, 2007). Røttene til kunst- og uttrykksterapi strekker seg tilbake til starten av 1900-tallet i USA og Europa, og terapiformen fikk større fotfeste i forbindelse med behandlingen av krigsveteraner på 1940-tallet (NICE, 2010). I retningslinjene til NICE (2010) defineres kunst- og uttrykksterapi på følgende måte:

*Arts therapies are complex interventions that combine psychotherapeutic techniques with activities aimed at promoting creative expression. In all arts therapies:*

- *the creative process is used to facilitate self-expression within a specific therapeutic framework*
- *the aesthetic form is used to 'contain' and give meaning to the service user's experience*
- *the artistic medium is used as a bridge to verbal dialogue and insight-based psychological development if appropriate*
- *the aim is to enable the patient to experience him/herself differently and develop new ways of relating to others.*

*Arts therapies currently provided in the UK comprise: art therapy or art psychotherapy, dance movement therapy, body psychotherapy, drama therapy and music therapy (NICE, 2010, side 252).*

Det teoretiske grunnlaget innen kunst- og uttrykksterapi bygger både på psykodynamiske teorier, kognitive og atferdsmessige læringsteorier, samt humanistiske teorier (Heenan, 2006; Patterson, Debate, Anju, Waller, & Crawford, 2011; Ødegaard, 2003). Dette er en bred tilnærming som inkluderer både billedterapi, danseterapi (også kalt bevegelses- eller kropporientert terapi), dramaterapi og musikkterapi. Innen billedterapi utgjør prosessen knyttet til å danne bilder (ved hjelp av ulike materialer, slik som maling, blyanter og kullstifter) en sentral rolle for den terapeutiske relasjonen og benyttes for å fremme selvuttrykksevne og ofte en innsiktsbasert endring (Odell-Miller et al., 2006;

Richardson et al., 2007). Danseterapi er basert på antagelsen om at kroppsbevegelse og emosjonell opplevelse er biologisk og erfaringsmessig assosiert (Röhricht & Priebe, 2006), og fokuserer på samspillet mellom kropp, mentalitet og emosjoner, hvor kroppsbevegelser benyttes for blant annet å endre kroppsoppfattelse (Odell-Miller et al., 2006). Dramaterapi involverer bruk av dramatisering, rollespill og historiefortelling for å øke den sosiale kompetansen og evnen til å uttrykke seg (Odell-Miller et al., 2006). Musikkterapi involverer strukturert bruk av musikk for å fremme gunstige psykologiske og fysiologiske effekter (Peng, Koo, & Kuo, 2010). Det skiller mellom aktiv musikkterapi som omfatter synging og bruk av instrumenter (improvisert, egenkomponert eller ferdigkomponert) og passiv musikkterapi som omfatter lytting til avspilt musikk eller ”live” opptredener, hvor type musikk kan være selvvalgt eller valgt av terapeut (Odell-Miller et al., 2006; Peng et al., 2010).

Negative symptomer og kognitiv svikt er blant de mest behandlingsresistente symptomene ved psykoselidelser (Arango, Buchanan, Kirkpatrick, & Carpenter, 2004; Xia & Grant, 2009), og hvor medikamentell behandling ser ut til å ha liten effekt (Robinson et al., 1999). I NICE's (2010) systematiske gjennomgang ble det funnet at kunst- og uttrykksterapi for psykoselidelser er den eneste intervensjonen, sammenlignet med både psykososiale og psykofarmakologiske intervensjoner, som kan vise til konsistent effekt på reduksjon av negative symptomer forbundet med psykoselidelser, og medium til stor effekt på reduksjon av negative symptomer ved seks måneders oppfølging etter endt behandling. Denne behandlingseffekten ble funnet uavhengig av type modalitet som ble benyttet i de inkluderte studiene i NICE's gjennomgang (det vil si billed-, danse- eller musikkterapi), og uavhengig om det var pasienter knyttet til en døgnpost eller poliklinisk behandlingsevne. I retningslinjene anbefales det at kunst- og uttrykksterapi tilbys i akutt- og rehabiliteringsfasen, og da spesifikt rettet mot å redusere negative symptomer.

Kunst- og uttrykksterapi fremstår som et voksende felt med mange tilnærminger og ulik grad av strukturerte teknikker og standardiserte behandlingsprogrammer. Kun én tidligere gjennomgangsstudie av forskningslitteraturen har sett på både billed-, danse-, drama- og musikkterapi samlet som behandlinger for alvorlige psykiske lidelser (Gühne et al., 2012). Formålet med denne systematiske gjennomgangen er å gi en grundigere gjennomgang av evidensgrunnet ved systematisk å gjennomgå randomiserte kontrollerte studier hvor kunst- og uttrykksterapi (inkludert billed-, danse-, drama- og musikkterapi) er benyttet som en behandling ved psykoselidelser. De inkluderte studiene vil gjennomgås og vurderes i forhold til forskningsmetodologi og behandlingseffekt, og implikasjoner for klinisk praksis og videre forskning vil bli foreslått.

## Metode

### Inklusjonskriterier

For å bli inkludert i denne systematiske gjennomgangen, måtte de ulike studier oppfylle visse krav som er beskrevet nedenfor.

*Forskningsdesign.* Studiene måtte være randomiserte og kontrollerte med minimum ti deltagere per betingelse.

*Pasientpopulasjon.* Personer måtte være 18 år eller eldre og være diagnostisert med en psykoselidelse, herunder schizofreni, schizoaffektiv lidelse, schizotyp lidelse, paranoid psykose eller akutt psykose. Personer diagnostisert med andre psykoselidelser ble ikke inkludert i denne gjennomgangen.

*Intervensjon.* Studiene måtte ta i bruk intervensjoner relatert til kunst- og uttrykksterapi, inkludert billed-, danse-, drama-, og musikkterapi, i henhold til definisjonen gjengitt i retningslinjene utledet i regi av NICE (2010).

*Kontrollgrupper.* Disse kunne være passive hvor de fikk ingen psykososial behandling eller stod på venteliste, eller aktive hvor de fikk standard behandling ("treatment as usual"), alternativ behandling ("treatment of choice") eller psykologisk placebo.

### Prosedyre

Følgende søkemetoder ble benyttet for å identifisere relevante studier.

*Søk i elektroniske databaser.* Det ble foretatt søk i følgende elektroniske databaser: ISI Web of Science, Medline, PsycINFO og Embase, samt søk ved hjelp av Google Scholar. Det ble benyttet ulike kombinasjoner av følgende søkeord i tittel- og/eller nøkkelordfeltet: "arts therapies", "art therapy", "music therapy", "dance therapy", "body-oriented therapy", "drama therapy", "role-play", "movement", "creative", "painting", "drawing", "sound\*", "gim", "improvis\*", "psychosis", "psycho\*", "randomi\* control\*" og "randomi\* control\* trial\*".

*Referansesøk.* Referanselister i relevante studier og systematiske gjennomganger av kunst- og uttrykksterapier ble også undersøkt, inkludert Gold, Solli, Kruger og Lie (2009); Gühne et al. (2012); Mössler, Chen, Heldal og Gold (2011); NICE (2010); Ruddy og Dent-Brown (2007); Ruddy og Milnes (2005); Silverman (2003); Xia og Grant (2009).

*Personlig kontakt.* Det ble sendt e-post til forfattere av relevante studier og systematiske gjennomganger for å få tak i oversettelser og fulltekstformater av relevante studier.

## **Kvalitativ vurdering**

*Vurdering av metodologisk kvalitet og behandlingseffekt blant inkluderte studier.* Det ble utført en kvalitetsvurdering av forskningsmetodologien blant de inkluderte studier med følgende vurderingsområder: forskningsdesign (randomisering, intervensjon og kontrollgrupper), utvalg (pasientpopulasjon og størrelse), utfallsmålinger (prosedyre, type måleinstrumenter, rater-blindhet) og statistiske analyser. Rapportert behandlingseffekt og generaliserbarhet av funnene ble diskutert i lys av dette.

## **Resultater**

### **Søkeresultat**

Etter litteratursøket ble det identifisert 67 relevante studier, hvorav 45 studier ble ekskludert på grunnlag av manglende randomisering og/eller manglende kontrollgruppe (18 stykker), annen type pasientpopulasjon (24 stykker) eller annen type behandlingsintervensjon (3 stykker) enn det som er beskrevet ovenfor. Det ble derfor inkludert 22 randomiserte kontrollerte studier, og det trengtes oversettelse av åtte av studiene siden de ikke var skrevet på engelsk (Ceccato et al., 2009; He, Liu, & Ma, 2005; Li, Ren, Li, & Li, 2007; Meng et al., 2005; Qu, Li, & Xia, 2000; Su, Fan, & Qu, 1999; Wen, Cao, & Zhou, 2005; Zhou & Tang, 2002). Forfatterne av disse studiene og forfattere av systematiske gjennomganger som inkluderte studiene, ble kontaktet per e-post for etterspørsel av engelsk oversettelse av studiene, men kun én oversettelse ble mottatt. Dermed er det inkludert 15 studier i denne gjennomgangen (Ceccato et al., 2009; Crawford et al., 2012; De Sousa & De Sousa, 2010; Green, Wehling, & Talsky, 1987; Gutride, Goldstein, & Hunter, 1973; Morgan, Bartrop, Telfer, & Tennant, 2011; Nitsun, Stapleton, & Bender, 1974; Peng et al., 2010; Richardson et al., 2007; Röhrlich & Priebe, 2006; Talwar et al., 2006; Tang, Yao, & Zheng, 1994; Ulrich, Houtmans, & Gold, 2007; Whetstone, 1986; Yang, Li, Weng, Zhang, & Ma, 1998).

### **Beskrivelse av inkluderte studier og behandlingseffekt**

Det vil herved følge en beskrivelse av de inkluderte studienes formål, design, deltagere, intervensjon, kontrollgruppe, utfallsmål og resultater. Se tabell 1 side 50 for en oversikt over dette.

Sett inn tabell 1 her.

*Billedterapi.* Fire billedterapistudier møtte kriteriene for inkludering, hvorav én er skrevet på kinesisk og som det ikke lyktes å finne engelsk oversettelse av (Meng et al., 2005). Dermed er tre billedterapistudier inkludert i denne gjennomgangen (Crawford et al., 2012; Green et al., 1987; Richardson et al., 2007).

Crawford og kolleger (2012) utførte MATISSE-studien ("Multicentre evaluation of Art Therapy In Schizophrenia: Systematic Evaluation") som undersøkte effekten av billedterapi i grupper som et tillegg til standard behandling, med primærutfallsmålene globalt funksjonsnivå og symptomuttrykk blant pasienter diagnostisert med schizofreni. MATISSE-studien søkte i tillegg å evaluere kostnadseffektiviteten ved billedterapi som et tillegg til standard behandling. Studien var pragmatisk, parallell, tre-armet med en intervensjonsbetingelse og to kontrollbetingelser, randomisert og stratifisert etter institusjon, rater-blind, med pre- og posttest (utfallsmåling før og etter behandling) og med tolv måneders oppfølgingsdata. Den ble utført ved fire ulike institusjoner (både døgnpost og poliklinikk) i England (tre stykker) og Nord-Irland. Deltagerne ( $n = 417$ ) var alle diagnostisert med en schizofrenilidelse, var mellom 18-72 år gamle (gjennomsnittlig 41 år), og 67 % ( $n = 279$ ) var menn. Personer som ikke ga skriftlig samtykke, hadde alvorlig kognitiv svekkelse, ikke snakket engelsk godt nok eller mottok andre former for kunst- og uttrykksterapier (danse-, drama- eller musikkterapi) ble ekskludert fra studien. Både intervensjons- og kontrollgruppene innebar ukentlige sesjoner på 90 minutter i ett år. Den ene kontrollgruppen ( $n = 140$ ) deltok i aktivitetsgrupper og standard behandling, den andre ( $n = 137$ ) mottok standard behandling alene. Standard behandling ble av Crawford og kolleger (2012) beskrevet som oppfølging av andrelinjetjenesten, tjenestekoordinasjon, psykofarmakologisk behandling og muligheten til å delta i andre former for psykoterapi enn kunst- og uttrykksterapier. Aktivitetsgruppene (totalt 15 grupper) var pragmatiske og ble utformet til å kontrollere for uspesifikke effekter ved billedgruppeterapi, slik som strukturert tid med en empatisk terapeut og interaksjon med andre gruppedeltagere. Gruppeleder og medfasilitator i aktivitetsgruppene ble anmodet til å avstå fra psykoterapeutiske teknikker, slik som utforskning av deltagerens tanker og følelser. De skulle benytte distraksjon eller henviser til andre profesjonelle, dersom deltagerne ønsket å diskutere sin mentale helse. Billedterapigruppene (15 stykker), i likhet med aktivitetsgruppene, bestod av åtte deltagere, en gruppeleder og en medfasilitator. Gruppeleder var utdannet billedterapeut og registrert i "Health Professions Council" i England med tidligere erfaring fra arbeid med psykoselidelser. Medfasilitator var enten frivillig eller en annen ansatt ved institusjonen. Billedterapien ble utført etter retningslinjene utformet av "British Association of Art Therapists". En rekke billedmaterialer var tilgjengelig og

deltagerne ble oppmuntret til å benytte det for å uttrykke seg fritt og spontant. Billedterapeutene hadde hovedsakelig en støttende og empatisk tilnærming, og benyttet sjeldent symbolske fortolkninger av interpersonlige prosesser eller bilder laget av deltagerne. Gruppeleder og medfasilitator i alle gruppene (både billedterapi gruppene og aktivitetsgruppene) fikk månedlig oppsyn og tilbakemeldinger vedrørende utførelsens overensstemmelse med retningslinjene for praksis. Følgende primærutfallsmål for å vurdere effekt ble benyttet: "Global Assessment of Functioning Scale" (GAF; Jones, Thornicroft, Coffey, & Dunn, 1995) og "Positive and Negative Symptom Scale" (PANSS; Kay, Fiszbein, & Opler, 1987). Det ble også benyttet sekundærutfallsmål relatert til andre relevante effekter. Disse var: "Social Function Questionnaire" (SFQ; Tyrer et al., 2005), "Morisky Scale" (George, Peveler, Heiliger, & Thompson, 2000), "Client Satisfaction Questionnaire" (CSQ; Atkinson & Greenfield, 1994), "General Wellbeing Scale" (GWBS; Norman et al., 2000), "European Quality of Life-5 Dimensions" (EQ-5D; Brooks, 1996), "Adult Service Use Schedule" (AD-SUS; Barrett et al., 2006; Kuyken et al., 2008) og "Service Engagement Scale" (SES; Tait, Birchwood, & Trower, 2002). Det ble i tillegg benyttet et proforma basert på det som er benyttet av Johnson et al. (1998) for registrering av suicidal, voldelig eller aggressiv atferd siste tolv måneder. Variabler slik som gruppeoppmøte, arbeidssituasjon og boligsituasjon ble også undersøkt i studien. Ved posttest ble det funnet at deltagerne i billedterapi gruppene hadde et lignende globalt funksjonsnivå (målt med GAF) og symptomreduksjon (målt med PANSS) som deltagerne i aktivitetsgruppene og standard behandlingsgruppen. Billedterapi ble ikke funnet mer kostnadseffektivt enn de andre intervensjonene. Eneste signifikante forskjell som ble funnet var ved tolv måneders oppfølging, hvor aktivitetsgruppene hadde større reduksjon av positive symptomer målt med PANSS. Sannsynligheten for oppmøte var høyere blant billedterapi gruppene, men både blant billedterapi gruppene og aktivitetsgruppene var det mange som aldri møtte opp (henholdsvis 39 og 48 %). Totalt var det ytterligere 13 % ( $n = 56$ ) som hadde falt fra studien ved behandlingsslutt, og det var 15 % ( $n = 62$ ) frafall ved tolv måneders oppfølging.

Green og kolleger (1987) hadde som formål å undersøke effekten av billedterapi i grupper som et tillegg til standard behandling på de psykologiske dimensjonene selvtillit og sosial interaksjon blant pasienter diagnostisert med en alvorlig psykisk lidelse. Dette ble sammenlignet med effekten av standard behandling alene. Studien var randomisert, kontrollert, parallell, rater-blind, med pre- og posttest, samt med ni måneders oppfølgingsdata. Deltagerne ( $n = 47$ ) var diagnostisert med schizofreni (50 %), annen psykoselidelse eller alvorlig affektiv lidelse (21 %), eller en nevrotisk lidelse og komorbid personlighets-

forstyrrelse (18 %). De var gjennomsnittlig 40 år gamle og 25 % ( $n = 17$ ) var menn. Studien ble utført i 1980 ved en psykiatrisk poliklinikk i Cincinnati, USA. Billedterapien ( $n = 24$ ) ble gjennomført med tolv deltagere og en billedterapeut i hver gruppe. Sesjonene ble holdt annenhver uke i 90 minutter, totalt ti ganger. Sesjonene startet med introduksjon og sosialisering kombinert med puste- og avslapningsøvelser. Et nytt prosjekt og billedmaterialer ble utdelt i hver sesjon, og mot slutten ble deltagerne oppfordret til å beskrive det de hadde laget. Billedterapeuten oppmuntret deltagerne til å uttrykke seg selv i en støttende atmosfære hvor målet var å øke toleransen for deling av emosjonelt ladet materiale, fremme gruppetilhørighet ("group cohesion") og interaksjon mellom deltagerne. Kontrollgruppen ( $n = 23$ ) mottok standard behandling med medikasjon og individuell samtaleterapi i 20 minutter, hver 2. til 4. uke, og en månedlig samtale med psykiater om medikamentell behandling i 10-15 minutter. Samtaleterapien hadde fokus på deltagerens ressurser hvor målet var å øke selvstendighet og redusere behovet for innleggelse. Det ble benyttet en støttende orientering i motsetning til en utforskende og fortolkende orientering i både billedterapigruppen og kontrollgruppen. Utfallsmålene som ble benyttet var "Progress Evaluation Scales" (PES; Ihlevich & Gleser, 1982) for mål av psykososial fungering, og "Rosenberg's Self-Esteem Scale" (RSES; Rosenberg, 1965). Det ble funnet en signifikant forbedring blant billedterapigruppene målt på to underskalaer med PES, nemlig selvrapportskalaen "attitudes toward self" og terapeutrapportskalaen "getting along with others". Denne forbedringen var fortsatt signifikant ved ni måneders oppfølging, hvor 40 % ( $n = 19$ ) av deltagerne hadde falt fra studien.

I studien utført av Richardson og kolleger (2007) ble det undersøkt effekten av billedterapi i grupper som et tillegg til standard behandling, på sosialt funksjonsnivå og symptomuttrykk blant pasienter diagnostisert med schizofreni sammenlignet med effekten av standard behandling alene. Forskningsdesignet var randomisert, kontrollert, parallell, raterblind, med pre- og posttest, samt med seks måneders oppfølgingsdata. Deltagerne ( $n = 90$ ) var alle diagnostisert med en schizofrenilidelse som hadde vedvart over to år, var mellom 23-69 år gamle (gjennomsnittlig 41 år) og 65 % ( $n = 59$ ) var menn. Studien ble utført mellom 1997-1999 ved en poliklinikk i London. Billedterapien ( $n = 43$ ) ble holdt i grupper med fire eller fem deltagere i hver gruppe og involverte tolv ukentlige sesjoner som varte i 90 minutter. Gruppeleder omtales som billedterapeut, men dette er ikke spesifisert av forfatterne av studien. Det er imidlertid rapportert at billedterapien ble utført i henhold til publiserte retningslinjer (Waller, 1993, side 22-34). Det teoretiske grunnlaget for disse retningslinjene er at bruk av billedmateriale legger til rette for læring av atferdsmønstre som trigger symptomer,

og at bildet kan fungere som en beholder ("container") for problematiske emosjoner, samt fremme engasjement for terapien. Kontrollgruppen ( $n = 47$ ) mottok standard behandling som involverte medikamentell behandling kombinert med samtaleterapi (frekvensen regulert av alvorlighetsgrad), samt tilgang på ulike fasiliteter og aktiviteter ved institusjonen. I denne studien ble det benyttet følgende utfallsmål: "Brief Psychiatric Rating Scale" (BPRS; Overall & Gorham, 1962), "Brief Symptom Inventory" (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983), "Scale for the Assessment of Negative Symptoms" (SANS; Andreasen, 1989), "Inventory of Interpersonal Problems-32" (IIP-32; Barkham, Hardy, & Startup, 1996), "Social Functioning Scale" (SFS; Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton, & Copestake, 1990), "Lancashire Quality of Life Profile" (Perc QoL; Oliver, Huxley, Bridges, & Mohamad, 1996) og "Health of the Nation Outcome Scales" (HoNOS; Wing et al., 1998). Det ble funnet en signifikant reduksjon av negative symptomer målt med SANS blant billedterapi gruppene, som fortsatt var signifikant ved seks måneders oppfølging. Eksakt hvilke SANS-skårer dette gjelder er ikke beskrevet i artikkelen. Ved behandlingsslutt hadde 18 % ( $n = 16$ ) av deltagerne falt fra studien, og frafallet hadde steget til 66 % ( $n = 50$ ) ved seks måneders oppfølging.

*Danseterapi.* To studier møtte kriteriene for inkludering. Én er skrevet på kinesisk og det lyktes ikke å finne engelsk oversettelse av denne (Su et al., 1999). Dermed ble kun studien utført av Röhrich og Priebe (2006) inkludert.

Studien utført av Röhrich og Priebe (2006) undersøkte effekten av kropporientert psykoterapi i grupper som et tillegg til standard behandling, på negative symptomer blant pasienter diagnostisert med schizofreni. Denne intervensjonen ble sammenlignet med effekten av støttende psykoterapi i grupper som et tillegg til standard behandling. Studien var randomisert, kontrollert, parallell og rater-blind. Data ble innhentet med pre- og posttest, samt ved fire måneders oppfølging. Studien ble utført ved en poliklinikk i London. Deltagerne ( $n = 45$ ) var alle diagnostisert med en schizofrenilidelse i henhold til diagnosemanualen DSM-IV ("Diagnostic and statistical manual of mental disorders"; APA, 1994). Deltagernes psykoselidelse hadde vedvart i minst seks måneder med minst to akuttpsykotiske episoder, og de hadde et høyt nivå av negative symptomer målt med PANSS (Kay et al., 1987). De var mellom 20-55 år gamle (gjennomsnittlig 38 år) og 48 % ( $n = 22$ ) var menn. Både intervensjonsbetingelsen og kontrollbetingelsen involverte 20 sesjoner på 60-90 minutter i løpet av ti uker, med maksimum åtte deltagere og én gruppeterapeut per gruppe. Danseterapien ble gjennomført i henhold til et manualbasert behandlingsprogram utviklet av Röhrich (2000). En godkjent danseterapeut gjennomførte danseterapien, og alle terapeuter hadde tidligere erfaringer fra arbeid med psykoselidelser. Oppsyn og tilbakemeldinger ble gitt



terapeutene tre ganger for å sikre overholdelse til behandlingsmanual. Både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen mottok i tillegg standard behandling for psykoselidelser, men det er ikke beskrevet nærmere hva dette innebar. Intervensjonsbetingelsen ( $n = 24$ ) involverte kropporientert psykoterapi som er manualbasert og følger fem seksjoner i hver behandlingssesjon: a) innsjekk/åpning av sirkel hvor deltagerne er sittende og beskriver sitt energinivå og hvordan kroppen føles, samt deltar i enkle oppvarmingsøvelser; b) stående oppvarming i sirkelen med bevegelse av hele kroppen og fokus på grunnleggende fysiologiske funksjoner slik som pust og puls; c) strukturert oppgaveseksjon som innebærer blant annet speiling av hverandres bevegelser, utforskning av emosjonelt ekvivalente bevegelser og å lage kroppsbildeskulpturer med hverandre eller på papir; d) kreativ bevegelseseksjon i sirkelen hvor gruppen speiler hver deltagers bevegelse stimulert av musikk eller tema, dannelse av gruppeskulptur og refleksjon rundt øvelsene; e) utsjekk/lukking av sirkel med kropporienterte øvelser og verbal integrering hvor gruppen reflekterer rundt erfaringer og energinivå. Kontrollgruppen ( $n = 21$ ) mottok støttende psykoterapi som et tillegg til standard behandling. Gruppeterapeut søkte å fremme en trygg og støttende atmosfære hvor deltagerne fikk anledning til å dele sine vansker med gruppen, diskutere hvor mye symptomene påvirket dem og hvilke faktorer som bidro til å opprettholde symptomene, og til slutt fokusere på problemløsning og integrering av ulike aspekter ved sesjonen. I denne studien ble følgende utfallsmål benyttet: PANSS (Kay et al., 1987), ”Extrapyramidal Symptom Rating Scale” (EPS; Simpson & Angus, 2007), ”Manchester Short Assessment of Quality of Life” (MANSA; Priebe, Huxley, Knight, & Evans, 1999), ”Client’s Assessment of Treatment Scale” (CAT; Priebe, Gruyters, Heinze, Hoffmann, & Jakel, 1995) og ”Helping Alliance Scale” (HAS; Priebe & Gruyters, 1993). Det ble funnet en signifikant reduksjon av negative symptomer blant danseterapigruppen målt med PANSS ved posttest på følgende underskalaer: ”negative symptoms”, ”blunted affect” og ”motor retardation”. Denne forskjellen var også signifikant ved fire måneders oppfølging. Det ble også funnet signifikant flere oppmøter blant danseterapigruppen sammenlignet med kontrollgruppen. I danseterapigruppen var det 8 % ( $n = 2$ ) som aldri møtte opp til sesjonene og blant kontrollgruppen var det 33 % ( $n = 7$ ). Ved posttest hadde 6 % ( $n = 3$ ) av deltagerne falt fra studien (seks av de som aldri møtte ble fulgt opp) og ved oppfølging hadde frafallet steget til 35 % ( $n = 16$ ).

*Dramaterapi.* Det ble funnet fem dramaterapistudier som oppfylte inklusjonskriteriene, hvorav to er skrevet på kinesisk og som det ikke lyktes å finne engelske oversettelser av (Qu et al., 2000; Zhou & Tang, 2002). Derfor er det inkludert tre dramaterapistudier i denne gjennomgangen (Gutride et al., 1973; Nitsun et al., 1974;

Whetstone, 1986). To av studiene er ikke utført av dramaterapeuter (Gutride et al., 1973; Whetstone, 1986), men involverer rollespill og er dermed konsistent med beskrivelsen av dramaterapi nevnt tidligere. Studien utført av Whetstone (1986) har et mindre utvalg enn hva inklusjonskriteriene tilsier, men er tatt med for å danne et bredest mulig bilde av forskningsgrunnlaget.

Studien utført av Gutride og kolleger (1973) undersøkte effekten av det som er beskrevet som ”structured learning therapy” (strukturert læringsterapi) på dimensjonen sosial interaksjon blant pasienter med schizofreni eller annen psykisk lidelse. Studien var randomisert, parallell, med pre- og posttest, men var ikke blind og var uten oppfølgingsdata. Studien ble utført på en døgnpost ved et sykehus i Pennsylvania, USA. Forhøyet sosiale vansker ble brukt som et screeningskriterium for inkludering av deltagere ( $n = 87$ ). Kjønn og alder er ikke presisert. De fleste av deltagerne var diagnostisert med en schizofrenilidelse (75 %). Andre diagnoser var depressiv psykose, schizoid personlighetsforstyrrelse og det som rapporteres som en ”inadekvat personlighet”. Før randomisert fordeling til betingelsene, så ble det skilt mellom akutt og kronisk problematikk, hvor 30 deltagere hadde akutt problematikk (det vil si mindre enn ett års sykehistorie og maksimum to innleggelser) og 57 deltagere hadde kronisk problematikk (det vil si over ett års sykehistorie og mer enn to innleggelser). Det ble benyttet et 2x2x2 kovarians design med tre uavhengige variabler, nemlig strukturert læringsterapi, pasientstatus (akutt eller kronisk) og tilstedeværelse eller fravær av psykoterapi. Intervensjonsgruppen ( $n = 45$ ) ble delt inn i åtte grupper med fem til åtte deltagere og to gruppeledere per gruppe som mottok strukturert læringsterapi tre ganger ukentlig i fire uker. Gruppelederne var frivillige studenter som hadde gjennomgått et tolv timers treningsprogram. Sesjonenes varighet er ikke nevnt, men de startet med visning av video med sosiale interaksjoner av økende kompleksitet med fokus på både verbale og nonverbale aspekter som ble diskutert i gruppen. Deretter deltok gruppen i rollespill basert på både videosekvensene og individtilpassete sekvenser med tilbakemeldinger fra gruppeledere og andre deltagere. Kontrollgruppen ( $n = 42$ ) fungerte som en passiv ventelistekontroll som fikk beskjed om at standard behandling var forsinket på grunn av tekniske problemer. Denne studien kompliseres av at halvparten fra intervensjonsgruppen og halvparten fra kontrollgruppen i tillegg mottok individuell eller gruppebasert psykoterapi tre ganger ukentlig. Hva psykoterapien eller standard behandling inneholdt er ikke beskrevet. Følgende utfallsmål ble benyttet i studien: ”Fundamental Interpersonal Relations Orientation-Behavior” (FIRO-B; Schutz, 1967), ”Psychotic Inpatient Profile” (PIP; Lorr & Vestre, 1968), ”Ward Atmosphere Scale” (WAS; Moos, 1969), ”Psychiatric Outpatient Mood Scales” (POMS; McNair & Lorr, 1964),

standardisert observasjonsprosedyre og naturalistisk observasjon av deltagerens sosiale interaksjon. Resultatene viste at for både akutt og kronisk problematikk hadde psykoterapi kombinert med strukturert læringsterapi signifikant større effekt enn psykoterapi alene målt med naturalistisk observasjon og POMS. For strukturert læringsterapi ble det funnet signifikant større effekt for både akutt og kronisk problematikk sammenlignet med ingen intervensjon (ventelistekontroll) på målene naturalistisk observasjon, standardisert observasjonsprosedyre og POMS. Dette ble også funnet for psykoterapi sammenlignet med ingen intervensjon. Frafall fra studien er ikke beskrevet.

Nitsun og kolleger (1974) undersøkte effekten av bevegelses- og dramaterapi som et tillegg til standard behandling, på klinisk, psykologisk og sosial fungering blant pasienter diagnostisert med schizofreni. Effekten ble sammenlignet med modifisert psykoterapi som et tillegg til standard behandling. Studien var randomisert, kontrollert, parallell, med pre-, inter- og posttest, men var ikke blind og var uten oppfølgingsdata. Studien ble utført på en døgnpost ved et sykehus i England, og før randomisering ble deltagerne delt inn i to grupper som ble ”matchet” etter alder, intelligens og innleggelseslengde. Deltagerne ( $n = 24$ ) var alle diagnostisert med schizofreni som ble karakterisert som kronisk (det vil si innlagt i over to år), hadde en intellektuell funksjon innenfor normalområdet, var mellom 25-46 år gamle (gjennomsnittlig 38 år) og 58 % ( $n = 14$ ) var menn. Alle deltagerne i studien mottok standard behandling beskrevet som medikamentell behandling, ”occupational or industrial therapy” og andre aktiviteter ved sykehuset. Bevegelses- og dramaterapi ble gitt i gruppeformat med åtte gruppefasilitatorer (én dramaterapeut) og tolv deltagere. Det involverte både enkle aktiviteter og komplekse dramatiske improvisasjoner, samt dramatisering av hverdagslige situasjoner. I hver sesjon var det mulighet for både et individuelt, parvis eller gruppevis arbeid. Noen aktiviteter benyttet også andre kreativetsmoduler, slik som å male et bilde, lage en leirefigur og bygge et hus sammen med andre i gruppen. Dramaterapeuten tok en mindre aktiv rolle etter hvert i terapiforløpet, hvor deltagerne i større grad valgte tema og aktiviteter på egen hånd. Musikk ble spilt av dersom det var passende. Kontrollgruppen mottok modifisert gruppepsykoterapi med tre gruppefasilitatorer og tolv deltagere. Dette ble holdt i en sittende sirkel hvor diskusjon mellom deltagerne ble oppmuntret og fortolkende kommentarer ble gitt av fasilitatorene. Både bevegelses- og dramaterapi og modifisert psykoterapi ble gitt ukentlig i 60 minutter, 22 ganger totalt. Følgende utfallsmål ble benyttet i studien: ”Wing scale of Schizophrenic Symptoms” (WSS; Wing, 1961), ”Becker’s genetic analysis of the Rorschach test” (BR; Becker, 1956; Friedman, 1952), ”Draw-a-person Body Image Scale” (DBIS; Nitsun, 1968), ”Venables rating scale for Activity Withdrawal” (VAW; Venables, 1957) og

“Weschler Adult Intelligence Scale” (WAIS; Wechsler, 1957). Det ble også benyttet tre andre utfallsmål, men disse er oppgitt uten referanser og har ikke blitt validert i studier: ”Global assessment of illness”, ”Rating of improvement” og ”Quantitative features of performance on the Rorchach test”. Det ble kun undersøkt for statistisk signifikante forskjeller mellom pretest, intertest og posttest *innad* i gruppene, det vil si forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen ble ikke analysert statistisk. Det ble funnet en signifikant forbedring hos begge gruppene på flere av utfallsmålene (WSS, VAW og WAIS, sistnevnte medregnet en test-retest effekt), noe som indikerer effekten av fellesfaktorer mellom terapiformene. Det ble imidlertid også funnet spesifikke signifikante forbedringer på enkelte av utfallsmålene før, under og etter terapiforløpet blant bevegelses- og dramaterapigruppen. Kun bevegelses- og dramaterapigruppen viste signifikant forbedring mellom pre- og posttest på DBIS, og det ble funnet større signifikante forskjeller innad i bevegelses- og dramaterapigruppen på WSS enn hva som ble funnet blant modifisert psykoterapigruppen. Bevegelses- og dramaterapigruppen ble i tillegg vurdert av uavhengige observatører (en dramaprofessor og to psykologer) på områder slik som koordinering (motorisk og talemessig), forestillingsevne, kommunikasjon, samarbeid, interaksjon med andre og emosjonell involvering. Sammenlignet med hvordan bevegelses- og dramaterapigruppen skåret i starten av terapiforløpet, så ble det funnet en signifikant forbedring av totalskåren utledet fra disse atferdsskårene på slutten av terapiforløpet. I denne studien var frafallet lavt, det vil si 8 % ( $n = 2$ ), og var fra kontrollgruppen.

Studien utført av Whetstone (1986) undersøkte effekten av sosial dramaterapi som et tillegg til standard behandling, på sosiale ferdigheter blant pasienter diagnostisert med schizofreni, sammenlignet med effekten av standard behandling alene. Studien var randomisert, kontrollert, parallell, med kun posttest, ikke blind og uten oppfølgingsdata. Studien ble utført på en døgnpost ved et sykehus i Missouri, USA. Deltagerne ( $n = 15$ ) var alle diagnostisert med schizofreni karakterisert som kronisk, hadde vært innlagt i fire måneder eller lenger, var mellom 20-55 år gamle (gjennomsnittlig 38 år) og 53 % ( $n = 8$ ) var menn. Intervensjonsgruppen ( $n = 5$ ) mottok sosial dramaterapi i gruppeformat (ingen informasjon om gruppeleder) i 120 minutter ukentlig i åtte uker totalt. Sosial dramaterapi involverte dramatisering av tolv ulike sosiale scenarioer hvor deltagerne (to og to) ble oppfordret til å rollespille vignetten (i minimum fem minutter) så spontant som mulig. Hvert rollespill ble filmet og tilbakemeldinger på filmen ble gitt når alle hadde deltatt på minst ett scenario. Kontrollgruppen ( $n = 10$ ) mottok standard behandling ved sykehuset og er ikke beskrevet nærmere. Innen to uker etter behandlingsslutt ble utfallsmålet ”Nurses’ Observation Scale for

Inpatient Evaluation” (NOSIE-30; Honigfeld, Gillis, & Klett, 1966) benyttet på både intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. NOSIE-30 ble utfylt av 14 psykiatriske sykepleiere. Det ble funnet en signifikant forbedring av underskalaen ”social competence” blant intervensjonsgruppen, men det ble ikke funnet en signifikant forskjell på NOSIE-30 totalskåren eller de andre underskalaene. Frafall fra studien er ikke rapportert.

*Musikkterapi.* Det ble funnet elleve musikkterapi studier som møtte kriteriene for inkludering, hvorav én er skrevet på italiensk (Ceccato et al., 2009) og tre er skrevet på kinesisk (He et al., 2005; Li et al., 2007; Wen et al., 2005). Det ble mottatt engelsk oversettelse av studien utført av Ceccato og kolleger (2009), og dermed er det inkludert åtte musikkterapi studier (Ceccato et al., 2009; De Sousa & De Sousa, 2010; Morgan et al., 2011; Peng et al., 2010; Talwar et al., 2006; Tang et al., 1994; Ulrich et al., 2007; Yang et al., 1998). Studien utført av Morgan og kolleger (2011) benyttet et kvasi-randomisert design og er således ikke fullt ut konsistent med inklusjonskriteriene for denne gjennomgangen, men er likevel tatt med for å danne et bredest mulig bilde av forskningsgrunnlaget.

Studien utført av Ceccato og kolleger (2009) undersøkte effekten av musikkterapi som et tillegg til standard behandling, på kognitive symptomer blant pasienter diagnostisert med schizofreni, sammenlignet med standard behandling alene. Studien var randomisert, kontrollert, parallell, rater-blind, med pre- og posttest, men uten oppfølgingsdata. Studien ble utført i Italia ved fire ulike rehabiliteringssentre; tre poliklinikker i Veneto-regionen og en døgnpostklinikk i Lombardi-regionen. Deltagerne ( $n = 67$ ) var alle diagnostisert med en schizofrenilidelse i henhold til diagnosemanualen ICD-10 (”International statistical classification of diseases and related health problems”; WHO, 1992) og var i det som er beskrevet som en subakutt fase av lidelsen. De var mellom 20-60 år gamle og 61 % ( $n = 41$ ) var menn. Både intervensjonsgruppen ( $n = 37$ ) og kontrollgruppen ( $n = 30$ ) mottok standard behandling som involverte medikamentell behandling (fastsatt dose gjennom behandlingsforløpet) og annen terapeutisk behandling indikert for schizofreni. Intervensjonsgruppen mottok i tillegg musikkterapi i gruppeformat basert på protokollen ”Sound Training Attention and Memory” (STAM, referanse er ikke nevnt i artikkelen). Dette innebar ukentlige sesjoner (varighet ikke rapportert) i 16 uker totalt. Antall deltagere og gruppefasilitatorer/ - ledere per gruppe og karakteristika ved gruppeleder er ikke rapportert. STAM-protokollen består av fire moduler (en modul består av fire sesjoner) med økende vanskelighetsgrad. Den enkelte modul er rettet mot en bestemt kognitiv funksjon, henholdsvis selektiv oppmerksomhet, vedvarende oppmerksomhet, vekslende oppmerksomhet og arbeidsminne. I første modul skal deltagerne koble ulike lyder og bevegelser sammen. I andre modul skal deltagerne lytte til ulike lyder

blandet med bakgrunnsstøy, hvor oppgaven er å gjenkjenne ulike lyder og holde telling på frekvensen av lydene. I tredje modul får deltagerne en "Go/No-Go"-oppgave hvor de skal respondere (klappe med hendene) når gruppeleder spiller på trommer ("Go"-betingelsen), og ikke klappe dersom trommene er etterfulgt med lyden av cymbaler ("No-Go"-betingelsen). Betingelsene reverseres når gruppeleder gir signal om det, og oppgaven stiger i vanskelighetsgrad ved at signalet gis oftere. Videre består tredje modul av at deltagerne får i oppgave å veksle mellom å klappe med hendene eller trampe med føttene avhengig av type trommeslag som blir spilt. I fjerde modul skal deltagerne gjenkjenne og repetere (forlengs og baklengs) ulike avspilte lydsekvenser med økende lengde. I denne studien ble det benyttet følgende nevropsykologiske tester som utfallsmål: "Paced Auditory Serial Addition Test" (PASAT; Gronwall, 1977; Tombaugh, 2006) som måler arbeidsminnet, "Wechsler Memory Scale" (WMS; Saggino, 1983; Wechsler, 1963-1997) som måler innlæring og hukommelse, "Conners Continuous Performance Task" (CCPT; Conners, Epstein, Angold, & Klaric, 2003; Rosvold, Mirsky, Sarason, Bransome, & Beck, 1956) som måler vedvarende oppmerksomhet, og "Berg's Card Sorting Test" (BCST; Berg, 1948) som måler eksekutive funksjoner. Pretest med alle utfallsmål viste ingen signifikant forskjell mellom musikkterapigruppen og kontrollgruppen. Ved posttest ble det funnet en signifikant forbedring målt med PASAT blant musikkterapigruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Det ble også funnet en signifikant forbedring fra pre- til posttest *innad* i musikkterapigruppen på utfallsmålet WMS, men dette var ikke signifikant forskjellig fra kontrollgruppen ved posttest. Resultatet forklares med at PASAT kan være et spesielt sensitivt utfallsmål for STAM-protokollen, ettersom den er en auditiv-verbal test. Ingen utslag på testen BCST foreslås å være på grunn av for kort intervensjonsvarighet i forhold til kompleksiteten ved utviklingen av eksekutive funksjoner. Ingen deltagere falt fra i denne studien.

Studien utført av Avinash De Sousa og Jaya De Sousa (2010) undersøkte effekten av musikkterapi som et tillegg til medikamentell behandling, på symptomuttrykket hos pasienter diagnostisert med schizofreni, sammenlignet med medikamentell behandling alene. Studien var randomisert, kontrollert, parallell, rater-blind, med pre- og post test, men uten oppfølgingsdata. Studien ble utført på en døgnpost ved et privat sykehus i Mumbai, India. Deltagerne ( $n = 272$ ) var alle diagnostisert med schizofreni i henhold til diagnosemanualen DSM-IV (APA, 1994), med kronisk problematikk (sykehistorie lengre enn tre år), var mellom 18-60 år gamle og 70 % ( $n = 190$ ) var menn. Musikkterapien ( $n = 136$ ) ble holdt daglig i 30 minutter i en måned. Karakteristika ved gruppeleder eller terapeut er ikke beskrevet, heller ikke hvorvidt musikkterapien ble holdt individuelt eller i gruppeterapiformat. Musikkterapien

involverte passiv lytting med øynene lukket mens det ble avspilt klassisk indisk musikk fulgt av en seksjon med refleksjon. Både musikkterapigruppen og kontrollgruppen mottok medikamentell behandling som ble holdt på et konsistent nivå gjennom hele terapiforløpet. Som utfallsmål for effekt ble PANSS (Kay et al., 1987) benyttet. Det ble funnet en signifikant forbedring blant musikkterapigruppen på PANSS-underskalaene ”anergia”, ”activation” og ”depression”, samt underskalaene ”positive syndrome” og ”negative syndrome”. Frafall fra studien er ikke rapportert.

Morgan og kolleger (2011) undersøkte effekten av individuell musikkterapi som et tillegg til medikamentell behandling, på symptomuttrykk, kommunikasjon og sosial interaksjon, blant pasienter diagnostisert med akutt psykoselidelse, sammenlignet med alternativ behandling i tillegg til medikamentell behandling. Studien var kvasi-randomisert, kontrollert, sekvensiell, både rater- og deltagerblind, med pre- og posttest og en måneds oppfølgingsdata. Studien ble utført på en døgnpost ved et sykehus i Sydney, Australia. Det ble rekruttert 60 deltagere til studien, men elleve fullførte ikke behandlingen. Deltagerne ( $n = 49$ ) var diagnostisert med schizofreni (51 %), schizoaffektiv lidelse (24,5 %) og bipolar affektiv lidelse med psykose (24,5 %), alle i henhold til DSM-IV (APA, 1994) og med akutt problematikk, hvor det var under 24 timer siden innleggelse. De var mellom 19-55 år gamle (gjennomsnittlig 35 år) og 47 % ( $n = 23$ ) var menn. Både musikkterapien og alternativ behandling ble gitt individuelt i 10-30 minutter, to ganger ukentlig i to uker (fire sesjoner), og ble gitt i tillegg til medikamentell behandling. Den samme forskeren (som var musikkterapeut) holdt sesjonene for både den eksperimentelle gruppen og kontrollgruppen, og det ble benyttet uavhengige blinde ratere (to psykiatere og en psykiatrisk sykepleier). Musikkterapien ( $n = 25$ ) bestod av både aktiv improvisasjon og låtskriving (hver for seg eller i kombinasjon). Improvisasjonsdelen bestod ofte av at musikkterapeuten satt ved pianoet og deltager fikk anledning til å spille et annet instrument eller benytte halvparten av pianotangentene. Låtskriving innebar at deltager ble oppfordret til å skrive et dikt som musikkterapeuten foreslo melodilinjer til, og som deltageren deretter ble oppmuntret til å spille eller synge. Kontrollgruppen ( $n = 24$ ) mottok alternativ behandling som bestod av passiv lytting til CD med avslappende naturlyder sammen med en terapeut. Det ble benyttet følgende utfallsmål i studien: BPRS (Overall & Gorham, 1962), NOSIE-30 (Honigfeld et al., 1966), “Calgary Interview Guide for Depression” (CIGD; Addington, Addington, & Maticka-Tyndale, 1993) og “Depression Anxiety Stress Scale” (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995). Variabler som antall dager innlagt, antall kritiske hendelser, medikasjonsbruk og rusmisbruk ble også undersøkt i studien. Kvasi-randomiseringen ble vurdert som suksessfull ettersom det ikke var

en signifikant forskjell mellom eksperimentell og kontrollgruppe ved pretest. Ved posttest ble det kun funnet en statistisk signifikant forskjell på utfallsmålet BPRS, hvor musikkterapi-gruppen hadde signifikant større forbedring på totalskåren og alle underskalaene. Dette inkluderer en forbedring av både positive og negative symptomer. Deltagerne i musikkterapi-gruppen hadde tilnærmet to dager kortere innleggelse ved sykehuset enn deltagerne i kontrollgruppen. Ingen signifikante forskjeller ble funnet ved en måneds oppfølging, hvor 46 % ( $n = 23$ ) av deltagerne hadde falt fra studien.

Peng og kolleger (2010) undersøkte effekten av musikkterapi som et tillegg til medikamentell behandling, på symptomuttrykket blant pasienter diagnostisert med schizofreni, sammenlignet med effekten av medikamentell behandling alene. Studien var randomisert, kontrollert, parallell, med pre- og posttest, men var ikke blind og savner oppfølgingsdata. Studien ble utført på en døgnpost ved et sykehus sør i Taiwan. Det ble rekruttert 67 deltagere, men åtte fullførte ikke behandlingen. Deltagerne ( $n = 59$ ) var alle diagnostisert med schizofreni med akutt problematikk i henhold til DSM-IV (APA, 1994), var mellom 22-50 år gamle (gjennomsnittlig 36 år) og 54 % ( $n = 32$ ) var menn. Musikkterapien ble holdt i gruppeformat med fire til fem deltagere per gruppe, fem ganger ukentlig i 50 minutter, to uker totalt (ti sesjoner). Gruppelederne var psykiatriske sykepleiere, antall per gruppe eller form for opplæring er ikke beskrevet i artikkelen. Musikkterapigruppen ( $n = 29$ ) deltok i både aktiv synging og passiv lytting til avspilt musikk. En karaokemaskin ble benyttet for syngingen som ble utført både som solo og duett, hvor deltagerne selv kunne velge type sang. Kontrollgruppen ( $n = 30$ ) mottok kun standard medikamentell behandling. Som utfallsmål ble en kinesisk versjon (referanse ikke oppgitt i artikkel) av BPRS (Overall & Gorham, 1962) benyttet. Det ble funnet en signifikant reduksjon i BPRS-totalskåre og underskalaene "affect", "positive symptoms", "negative symptoms" og "resistance" blant musikkterapigruppen sammenlignet med kontrollgruppen.

Talwar og kolleger (2006) undersøkte effekten av musikkterapi som et tillegg til standard behandling på psykisk helse, globalt funksjonsnivå og behandlingstilfredshet blant pasienter diagnostisert med schizofreni, sammenlignet med effekten av standard behandling alene. Studien var randomisert og stratifisert etter institusjon, kontrollert, parallell, rater-blind, med pre- og posttest, men uten oppfølgingsdata. Studien ble utført på døgnposter ved fire ulike sykehus i London. Deltagerne ( $n = 81$ ) var alle diagnostisert med schizofreni eller med en annen schizofrenilignende psykose i henhold til diagnosemanualen ICD-10 (WHO, 1992), alle med akutt problematikk. De var mellom 18-64 år gamle (gjennomsnittlig 37 år) og 74 % ( $n = 60$ ) var menn. Musikkterapien ( $n = 33$ ) ble holdt i individuelle ukentlige sesjoner på 45



minutter, tolv ganger totalt, av fem ulike musikkterapeuter som var godkjent av "Health Professions Council" i UK. Musikkterapeutene fikk oppsyn av en senior musikkterapeut annenhver uke for tilbakemelding om praksis. Innen musikkterapien ble det fokusert på improvisasjon hvor terapeutene lyttet til deltagerens musikk før de akkompagnerte improvisasjonen. Verbal dialog ble benyttet for å guide, tolke eller fremme den musikalske opplevelsen. Sesjonene ble innspilt digitalt som en del av forskningsprosjektet og et tilfeldig utvalg av disse opptakene (21 stykker) ble, etter behandlingsslutt, evaluert for å kvalitetskontrollere terapisesjonene. Disse opptakene viste at musikkterapien involverte improvisasjon med ulike instrumenter sammen med terapeuten i 80 % av tiden, verbal dialog i 14,5 % av tiden, synging eller spilling sammen med terapeuten i 2 % av tiden, stillhet i 1,6 % av tiden og deltageren uledsaget sang eller spilte instrumenter i 1,4 % av tiden. Kontrollgruppen ( $n = 48$ ) mottok standard behandling som involverte medikamentell behandling, "nursing care" og tilgang på yrkesmessige, sosiale og andre aktiviteter ved sykehusavdelingen. I denne studien ble PANSS (Kay et al., 1987), GAF (Jones et al., 1995) og CSQ (Atkinson & Greenfield, 1994) benyttet som utfallsmål for å vurdere effekten av behandlingen. Det ble funnet en signifikant forbedring av PANSS-totalskåren blant musikkterapigruppen, men denne forskjellen forsvant når det ble justert for kjønn og pretestskårer. Ved posttest hadde 15 % ( $n = 12$ ) av deltagerne falt fra studien.

Tang og kolleger (1994) undersøkte effekten av musikkterapi som et tillegg til medikamentell behandling, på negative symptomer og generelt funksjonsnivå blant pasienter diagnostisert med residual schizofreni, sammenlignet med effekten av medikamentell behandling alene. Studien var randomisert, kontrollert, parallell, rater-blind, med pre- og posttest, men mangler oppfølgingsdata. Den ble utført i 1988 på en døgnpost ved et sykehus i Shanghai, Kina. Deltagerne ( $n = 76$ ) var alle diagnostisert med residual schizofreni i henhold til DSM-III-R (APA, 1987). De hadde vært innlagt på døgnposten i minst en måned, var mellom 17-52 år gamle (gjennomsnittlig 33 år) og 80 % ( $n = 61$ ) var menn. Musikkterapien ble holdt i gruppeformat med alle deltagerne ( $n = 38$ ) i samme gruppe, fem ganger ukentlig i 60 minutter, 19 sesjoner totalt i løpet av en måned. Gruppeleder er ikke spesifikt beskrevet, men er omtalt som musikkterapeut. Musikkterapien involverte både aktiv synging (på rundgang i mindre grupper eller felles i hele gruppen) og passiv lytting til et utvalg av musikklåter (enkeltvis med øretelefoner eller sammen over høyttaleranlegg). På slutten av sesjonene hadde deltagerne også muligheten til å improvisere med instrumenter og holde forestillinger. Kontrollgruppen ( $n = 38$ ) mottok standard medikamentell behandling, det vil si de fikk et typisk antipsykotikum. I denne studien ble det benyttet Xia (1990) sin kinesiske

oversettelse av utfallsmålet SANS (Andreasen, 1989) og en upublisert kinesisk oversettelse av utfallsmålet "Disability Assessment Schedule" (DAS; WHO, 1988), samt nattevaktens journalnotater for å få et innblikk i deltageres søvnmønstre. Det ble funnet en statistisk signifikant forbedring av SANS-totalskåren og alle underskalaer blant musikkterapigruppen. Det ble også funnet en signifikant forbedring blant musikkterapigruppen på følgende DAS-underskalaer: "conversation ability", "level of social withdrawal" og "interest in external events". Videre ble det funnet en signifikant reduksjon av medikamentell dose fra pretest til posttest *innad* i musikkterapigruppen. Denne reduksjonen var ikke signifikant forskjellig fra kontrollgruppen som startet med en signifikant lavere dose sammenlignet med musikkterapigruppen ved pretest. Det ble ikke funnet en forskjell i søvnmønstre. Ingen deltagere falt fra i denne studien.

Ulrich og kolleger (2007) undersøkte effekten av musikkterapi som et tillegg til standard behandling, på interpersonlig kontakt, negative symptomer og livskvalitet blant pasienter diagnostisert med schizofreni eller annen relatert psykoselidelse, sammenlignet med effekten av standard behandling alene. Studien var randomisert, kontrollert, parallell, raterblind, med pre- og posttest, men også denne studien var uten oppfølgingsdata. Studien ble utført på en døgnpost ved et sykehus i Bedburg-Hau, Tyskland. Deltagerne ( $n = 37$ ) var alle diagnostisert med schizofreni (73 %) eller en annen relatert psykoselidelse i henhold til diagnosemanualen ICD-10 (WHO, 1992). Deltagerne var mellom 22-58 år gamle (gjennomsnittlig 38 år) og 54 % ( $n = 20$ ) var menn. Musikkterapien ble holdt i gruppeformat med sesjoner på 45 minutter, tilsvarende 1,6 ganger i uka, gjennomsnittlig 7,5 (SD 3,5) ganger totalt (åtte måneders varighet). Informasjon om antall deltagere per gruppe er ikke rapportert, og gruppeleder er omtalt som musikkterapeut uten at dette er gjort eksplisitt. I musikkterapigruppen ( $n = 21$ ) ble deltagerne oppfordret til å synge og spille sammen på rytmeinstrumenter mens musikkterapeuten benyttet musikalske teknikker for å strukturere, legge trykk på eller appellere til spilling. Det ble også benyttet strukturerte eller semi-strukturerte musikalske øvelser. Gruppediskusjoner ble benyttet til refleksjon. Fokus var også på å stimulere til sosial interaksjon og samarbeid, og håndtering av problemer som oppstod rundt dette. Den terapeutiske metoden beskrives som eklektisk med atferdsmessig vektlegging. Kontrollgruppen ( $n = 16$ ) mottok standard behandling som inkluderte medikasjon og aktiviteter ved døgnpostavdelingen. Utfallsmålene som ble benyttet var "Geißen-Test" (G-T; Beckmann, Brähler, & Richter, 1990) som er et mål av interpersonlig kontakt (både selvrapport og observatørrapport), en tysk versjon av SANS (Andreasen, 1989; Dieterle, Ackenheil, & Eben, 1985) for mål av negative symptomer (observatørrapport) og "Skalen zur Psychischen

Gesundheit” (SPG; Tönnies, Plöhn, & Krippendorf, 1996) for mål av livskvalitet (selvrapport). Det ble funnet en signifikant forbedring på totalskåren på selvrapportversjonen av ”Geißen-Test” og to av tre underskalaer på samme mål blant musikkterapigruppen. Det ble ikke funnet en signifikant forskjell i SANS-skårer. En sensitivitetsanalyse ble utført, hvor det ble funnet en signifikant reduksjon av SANS-totalskåre og fire av underskalaene blant deltagerne som mottok musikkterapi og som var diagnostisert med schizofreni. Ingen statistiske signifikante forskjeller i livskvalitet ble funnet mellom musikkterapigruppen og kontrollgruppen. I denne studien var det 27 % ( $n = 10$ ) frafall ved posttest.

Yang og kolleger (1998) undersøkte effekten av musikkterapi som et tillegg til medikamentell behandling, på negative symptomer og sosialt funksjonsnivå blant pasienter diagnostisert med schizofreni, sammenlignet med effekten av medikamentell behandling alene. Studien var randomisert, kontrollert, med pre- og posttest, men igjen savner man data relatert til oppfølging. Blindhet er ikke beskrevet. Studien ble utført på en døgnpost ved et sykehus i Kina. Alle deltagerne ( $n = 70$ ) var diagnostisert med schizofreni i henhold til den kinesiske diagnosemanualen CCMD-2 (”Chinese Classification of Mental Disorders”, referanse ikke oppgitt i artikkel) som tar i betraktning kulturelle hensyn og tilsvarende diagnosemanualene ICD og DSM (Lee, 2001). Schizofreniproblematikken er beskrevet som kronisk, hvor deltagerens sykehistorie var lengre enn to år. De var mellom 21-55 år gamle (gjennomsnittlig 38 år) og 59 % ( $n = 41$ ) var menn. Både musikkterapigruppen ( $n = 40$ ) og kontrollgruppen ( $n = 30$ ) mottok medikamentell behandling med fastsatt dose gjennom behandlingsforløpet. Musikkterapien involverte både individuell terapi og gruppeterapi. Deltagerne som mottok musikkterapi ble delt inn i grupper med 10-15 deltagere og én terapeut. Sesjonene varte i 120 minutter og ble holdt seks ganger ukentlig, 78 ganger totalt (tre måneders varighet). Forfatterne av studien omtalte de to terapeutene som utførte musikkterapien som musikere. Musikkterapien inneholdt aktiv synging og improvisasjon, passiv lytting til musikk, gruppeøvelser og gruppediskusjoner (med fokus på deltagelse, sosial kommunikasjon og emosjonell kommunikasjon), samt opplæring i musikkteori (slik som å skille mellom ulike melodier og rytmer). Det ble benyttet kinesiske versjoner av fire ulike utfallsmål, men dessverre manglet studien referanser til alle utfallsmålene og kun tre mulige referanser er identifisert. Følgende utfallsmål ble benyttet: SANS (Andreasen, 1989), BPRS (Overall & Gorham, 1962), ”Present State Examination Change Rating Scale” (PSE; Tress, Bellenis, Brownlow, Livingston, & Leff, 1987) og ”Social Disability Schedule for Inpatients” (SDSI). Det ble funnet en signifikant forbedring blant musikkterapigruppen på totalskårene tilhørende SANS, BPRS og SDSI. Det ble videre funnet en signifikant forbedring fra pre- til

posttest *innad* i musikkterapigruppen på følgende SANS-underskalaer: ”flattened affect”, ”poverty of thought”, ”lack of motivation”, ”loss of interests” og ”attention deficit”, men som ikke skilte seg signifikant fra kontrollgruppen ved posttest. Ingen deltagere falt fra i denne studien.

## **Diskusjon**

### **Oppsummering av hovedfunn**

Både forskjellige resultater og fellesfunn er fremtredende etter gjennomgangen av de inkluderte studiene. Blant studiene som undersøkte effekten av billedterapi ble det funnet signifikante resultater ved posttest og oppfølging relatert til forbedret psykososial fungering (Green et al., 1987) og reduserte negative symptomer (Richardson et al., 2007), samtidig som en av studiene fant ingen statistisk signifikante resultater for billedterapi (Crawford et al., 2012). Danseterapistudien utført av Röhrich & Priebe (2006) fant signifikant reduksjon av negative symptomer ved posttest og oppfølging, samt signifikant flere oppmøter blant danseterapigruppen. Studiene som undersøkte effekten av dramaterapi viste signifikante resultater ved posttest relatert til forbedret affekt (Gutride et al., 1973), økt sosial kompetanse (Gutride et al., 1973; Whetstone, 1986) og forbedret kroppsoppfattelse (Nitsun et al., 1974). Innen musikkterapistudiene ble det funnet signifikant forbedring ved posttest relatert til både positive og negative symptomer (De Sousa & De Sousa, 2010; Morgan et al., 2011; Peng et al., 2010; Yang et al., 1998), reduksjon av negative symptomer alene (Tang et al., 1994; Ulrich et al., 2007), forbedret globalt og sosialt funksjonsnivå (Tang et al., 1994; Yang et al., 1998), forbedret interpersonlig kontakt (Ulrich et al., 2007) og forbedret arbeidsminne (Ceccato et al., 2009), samtidig som at en studie fant ingen signifikante resultater (Talwar et al., 2006). Dersom økt sosial kompetanse kan inkluderes som reduksjon av negative symptomer, så er reduksjon av negative symptomer et fellesfunn for både billedterapi, danseterapi, dramaterapi og musikkterapi.

Det vil herved følge en kvalitetsvurdering av de inkluderte studienes forskningsmetodologi som omfatter en vurdering av forskningsdesignet, utfallsmålinger og statistiske analyser. Dette blir fulgt med en vurdering av behandlingseffekten og funnenes generaliserbarhet.

### **Kvalitetsvurdering av studienes forskningsmetodologi**

*Forskningsdesign.* Det er kun inkludert randomiserte kontrollerte studier og dette forskningsdesignet anses som selve gullstandarden når det gjelder en vurdering av

behandlingseffekt dersom det utføres godt nok (Higgins & Green, 2008). Rekrutteringen av deltagere til studiene ble utført på basis av tilgjengelighet, det vil si pasienter som allerede var i kontakt med helsevesenet og ga sitt informerte samtykke. Det er dermed ikke mulig å konkludere med at deltagerne er representative for alle med psykoselidelser. Dette er dog en utfordring som gjelder for kliniske forskningsstudier generelt. Av like stor betydning er en randomisert fordeling av deltagerne til de ulike betingelsene for å gjøre disse sammenlignbare. Utvalget bør bli stratifisert for å balansere faktorer som kan påvirke utfallet. Ved små utvalgsstørrelser bør deltagerne i tillegg bli ”matchet” i forhold til demografiske variabler, symptomatologi, alvorlighetsgrad og funksjonsnivå. I de fleste av de inkluderte studiene er det ikke rapportert hvordan randomiseringen ble utført. To av billedterapistudiene og én av musikkterapistudiene skiller seg ut ved å presisere at det ble benyttet en sentral randomiseringstelefon og et dataprogram som gir beskjed om tildelingen (Crawford et al., 2012; Richardson et al., 2007; Talwar et al., 2006). Randomiseringen ble også stratifisert med hensyn til institusjonssentre og/eller andre variabler som beskrevet ovenfor. Dette styrker kvaliteten ved disse studiene. Andre randomiseringsprosedyrer som ble rapportert er bruk av forseglete konvolutter (De Sousa & De Sousa, 2010; Röhrich & Priebe, 2006) og sekvensiell fordeling (kvasi-randomisering) hvor deltagerne ble tildelt intervensjonsgruppen den første måneden og kontrollgruppen den neste måneden etter hvert som de ble rekruttert til studien (Morgan et al., 2011). Spesielt sistnevnte prosedyre øker risikoen for at gruppene ikke er så tilnærmet ekvivalente som mulig og er dermed en trussel for den indre validiteten.

Kontrollgruppene i de inkluderte studiene varierer fra passive medikamentelle behandlinger uten psykoterapi (De Sousa & De Sousa, 2010; Gutride et al., 1973; Peng et al., 2010; Tang et al., 1994; Yang et al., 1998) til aktive kontrollgrupper som mottok standard behandling, (Ceccato et al., 2009; Crawford et al., 2012; Green et al., 1987; Richardson et al., 2007; Talwar et al., 2006; Ulrich et al., 2007; Whetstone, 1986) eller alternativ behandling som et tillegg til standard behandling (Crawford et al., 2012; Gutride et al., 1973; Morgan et al., 2011; Nitsun et al., 1974; Röhrich & Priebe, 2006). Forskjellige kontrollgrupper gir forskjellige sammenligningsgrunnlag både innad i studiene og på tvers av studier. Studiene som benyttet passive kontrollgrupper testet kun hvorvidt intervensjonen hadde en effekt uten å kontrollere for ulike terapikomponenter. Disse studiene støter på etiske problemer fordi kontrollgruppen ikke mottok tilstrekkelig behandling så raskt som mulig. Med aktive kontrollgrupper blir den relative effekten ved intervensjonen testet og det blir kontrollert for uspesifikke terapikomponenter slik som terapeutisk allianse og interaksjon med andre gruppedeltagere. I studiene utført av Crawford og kolleger (2012) og Morgan og kolleger

(2011) kan kontrollgruppene beskrives som psykologisk placebokontroller hvor det ble benyttet lignende materialer (billedmaterialer og musikkavspilling) som i intervensjonsbetingelsene, men uten aktive terapeutiske elementer slik som utforskning og tolkning av deltagerens psykiske helse. Dette kontrollerer for effekten av forventninger og oppmerksomhet, men må oppleves som troverdig av deltagerne og er vanskelig å gjennomføre helt fri for terapeutiske elementer. I danseterapistudien utført av Röhricht og Priebe (2006) ble støttende psykoterapi benyttet som alternativ behandling i tillegg til standard behandling. Støttende psykoterapi ble opprinnelig utviklet som en kontrollbetingelse for kognitiv atferdsterapi som ikke skulle inneholde spesifikke terapeutiske teknikker (Silverman, 2008), men i denne studien involverte dette teknikker slik som fokus på vedlikeholdende faktorer og problemløsning, noe som kan karakteriseres som aktive terapeutiske teknikker. Disse studiene med aktive kontrollgrupper har et ”strengere” sammenligningsgrunnlag som gir mer empirisk tyngde til eventuelle signifikante funn.

Intervensjonene i studiene utført av Röhricht og Priebe (2006) og Ceccato og kolleger (2009) er manualbaserte og standardiserte. Dette øker den metodologiske kvaliteten ettersom terapiens komponenter, varighet og frekvens er operasjonalisert, noe som gjør det mulig å replikere studiene og forenkler sammenligning på tvers av studier. Dette er essensielt i opparbeidelsen av en evidensbasert behandling. Ulempene knyttet til dette er at manualene kan begrense terapeutens fleksibilitet i forhold til valg av teknikker og strategier, samt at behandlingen i mindre grad kan individtilpasses. Her går intern validitet på bekostning av en ekstern validitet. Billedterapistudien utført av Crawford og kolleger (2012) har på denne måten en større generaliserbarhet ettersom intervensjonen er pragmatisk, det vil si billedterapien ble gjennomført slik som det vanligvis blir gjort innen psykisk helsevern i England. Billedterapien i studien utført av Richardson og kolleger (2007) ble praktisert i henhold til publiserte retningslinjer for billedterapi, og kan dermed antas å være pragmatisk. I de øvrige studiene er som regel intervensjonene godt beskrevet, men det nevnes ikke i hvilken grad de er pragmatiske eller standardiserte. For å fremme ekstern validitet er det gunstig å benytte godkjente terapeuter i stedet for forskere eller frivillige til å gjennomføre behandlingen, noe som ble benyttet innen alle billedterapistudiene (Crawford et al., 2012; Green et al., 1987; Richardson et al., 2007) og danseterapistudien (Röhricht & Priebe, 2006). Innenfor dramaterapistudiene er dette sprikende, hvor det ble benyttet dramaterapeuter i én studie (Nitsun et al., 1974) og frivillige studenter som hadde gjennomført et tolv timers treningsprogram i en annen (Gutride et al., 1973), og den siste studien manglet informasjon om dette (Whetstone, 1986). I halvparten av musikkterapistudiene ble det rapportert at

musikkterapeuter ble benyttet (Morgan et al., 2011; Talwar et al., 2006; Tang et al., 1994; Ulrich et al., 2007). I andre halvpart ble det benyttet psykiatriske sykepleiere i én studie (Peng et al., 2010) og terapeuter som var musikere uten at det ble presisert hvorvidt de var musikkterapeuter i en annen studie (Yang et al., 1998). I de to gjenværende studiene manglet det informasjon om dette (Ceccato et al., 2009; De Sousa & De Sousa, 2010). Terapeutenes tidligere yrkeserfaringer, ekspertisefelt og utdanningsnivå vil kunne påvirke utførelsen av intervensjonene. Dermed er det viktig med tilnærmet likt kompetansenivå og kvalitetssikring av at intervensjonen gjennomføres tilfredsstillende. En slik kvalitetssikring lar seg gjøre ved å benytte uavhengige observatører som gir tilbakemeldinger til terapeutene angående deres praksis, noe som ble gjennomført i tre av studiene (Crawford et al., 2012; Röhrich & Priebe, 2006; Talwar et al., 2006). Ulik terapeutkompetanse og ulik grad av standardisering påvirker sammenlignbarheten av studiene, slik at intervensjonene ikke nødvendigvis kan sammenlignes selv om de blir kalt det samme. Dette gjelder spesielt innenfor dramaterapi og musikkterapi, hvor variasjonen er størst. Studiene er videre utført i ulike nasjoner og innen ulike tiår. Dermed kan både kulturforskjeller og samtidig ha hatt forskjellige påvirkninger på utførelsen av intervensjonene. Det kan også argumenteres for at dette er en styrke på den måten at resultatene i studiene er funnet på tvers av tid og kultur. Dette er viktig siden forskningsresultater stiller seg sterkere dersom de er funnet av flere uavhengige forsknings-team, noe som kan hevdes er funnet i forhold til reduksjon av negative symptomer i de inkluderte studiene. Denne påstanden hadde stilt seg enda sterkere dersom intervensjonene i større grad kunne sammenlignes.

*Utvalg.* Studiene varierer fra å inkludere blandete psykoselidelser og andre psykiske lidelser, til å benytte ”strengere” kriterier som kun inkluderer schizofrenidiagnoser. Både akutt døgnpostvirksomhet og kronisk poliklinisk problematikk er representert. Benyttelsen av klinisk henviste pasienter øker ekstern validitet, noe som er av stor betydning for de kliniske implikasjonene. Blandete utvalg har fordelen med at den eksterne validiteten økes ytterligere, men på bekostning av en intern validitet. Omvendt er gjeldende for de rene schizofreni-utvalgene hvor den interne validiteten er styrket. Alle utvalgene består av både kvinner og menn over 18 år, unntatt studien av Tang og kolleger (1994) hvor yngste deltager var 17 år. Presisjonen av rapporteringen av inklusjons- og eksklusjonskriterier varierer mellom studiene. Dette bør inkludere informasjon om både diagnosegrupper (helst i henhold til hvilken diagnosemanual), alvorlighetsgrad og demografiske variabler inkludert kjønn, alder, etniskhet, sivilstatus, utdanning og yrke. På denne måten forenkles vurderingen av hvorvidt funnene kan generaliseres til klinisk praksis.

Det kan forventes en stor variasjon innen pasientpopulasjonen som utvalgene i de inkluderte studiene skal representere, og dette fordrer en viss størrelse på utvalgene. Utvalgsstørrelsene varierer fra beskjedne 15 deltagere (Whetstone, 1986) til hele 417 deltagere (Crawford et al., 2012). Standard rutine bør være å utføre en statistisk ”power”-analyse (Cohen, 1977, 1992; Keppel, 1991) på forhånd som rettleiding for hvilken utvalgsstørrelse som bør etterstrebes. Statistisk ”power” angir sannsynligheten for korrekt å avvise nullhypotesen når en spesifikk forskningshypotese er sann, det vil si når forskjeller i utvalget gjenspeiler faktiske forskjeller i populasjonen, og påvirkes av faktorer slik som varians, utvalgsstørrelse, signifikansnivå, effektstørrelse og valg av statistiske analyser (Howell, 2007). Ofte anses det som nødvendig å ha minimum 30 deltagere for å optimalisere de statistiske analysene og sannsynligheten for å finne en effekt dersom det foreligger (Meltzoff, 1998). To av dramaterapistudiene har færre deltagere enn dette (Nitsun et al., 1974; Whetstone, 1986), og ytterligere fire studier har hva som kan beskrives som små utvalg med mindre enn 50 deltagere (Green et al., 1987; Morgan et al., 2011; Röhrich & Priebe, 2006; Ulrich et al., 2007). Dette er en typisk svakhet ved kliniske forskningsstudier og større utvalg bør etterstrebes for å øke representativitet og sannsynligheten for å finne en eventuell effekt.

*Utfallsmålinger.* Dersom en bred utforskning av mulige behandlingseffekter er ønskelig, så bør det inkluderes utfallsmål for ulike perspektiver (selvrapport, observatør-rapport og komparentopplysninger), ulike symptomdomener (affekt, kognisjon og atferd) og ulike funksjonsdomener (sosialt, privat, yrkesmessig og skolerelatert). Måleinstrumentene som velges er uansett nødt til å være valide for den populasjonen som studien undersøker. Utfallsmålet HoNOS (Wing et al., 1998) benyttet i studien utført av Richardson og kolleger (2007) har ikke et klinisk normgrunnlag og bør derfor ikke benyttes. En svakhet ved alle studiene er en inkonsistent rapportering av reliabiliteten og validiteten ved anvendte utfallsmål. Det virker heller ikke som det råder en enstemmighet rundt hvilke utfallsmål for behandlingseffekt som bør benyttes. Dette kompliserer og svekker mulighetene for å syntetisere funn på tvers av studier. En positiv trend blant de nyere studiene (f.o.m. 1990-tallet) er at følgende måleinstrumenter som er funnet reliable, valide og sensitive for endringer er benyttet: BPRS (Overall & Gorham, 1962), PANSS (Kay et al., 1987), SANS (Andreasen, 1989) og GAF (Jones et al., 1995). Tidspunkt for utfallsmåling bør også være felles på tvers av studier. Alle, utenom studien utført av Whetstone (1986), inkluderte både pre- og posttest. Nitsun og kolleger (1974) inkluderte i tillegg en midtttest for måling av eventuelle effekter som oppstår underveis i terapiforløpet. Dette er metodologiske styrker ved studiene, men de relative tidspunktene er knyttet til intervensjonslengden som ofte ikke er standardisert. Altså



må det tas hensyn til ulike tidspunkter for posttester når de sammenlignes på tvers av studier. Det samme gjelder for måling av oppfølgingsdata. Tidspunkt for måling av oppfølgingsdata i de inkluderte studiene varierer fra én, fire, seks, ni og tolv måneder etter behandlingsslutt, og ingen har utført flere enn én oppfølgingsmåling. Føringer for antall og tidspunkt for oppfølgingsmålinger er relatert til lidelsenes natur, spesielt grad av tilbakefallsrisiko som er relativt høy blant psykoselidelser (NICE, 2010).

En annen viktig faktor knyttet til utfallsmåling er rater-blindhet for å minimalisere påvirkningen av forhåndsoppfatninger og teoretiske standpunkter. I tre studier var ikke raterne blinde for gruppetildeling (Gutridge et al., 1973; Peng et al., 2010; Whetstone, 1986), og i en studie ble ikke rater-blindhet nevnt (Yang et al., 1998). I studien utført av Nitsun og kolleger (1974) ble rater-blindhet forsøkt sikret, men deltagerne røpet sin gruppetildeling under intervjuene. I flere andre studier er det nevnt at de ikke kunne utelukke at deltagerne hadde røpet sin gruppetildeling. Dette betyr at resultatene kan være skjeve ("biased") og dermed mindre gyldige. Andre studier har suksessfullt sikret rater-blindhet, spesielt stiller billedterapistudien utført av Crawford og kolleger (2012) seg sterk ved at de byttet ut ratere dersom gruppetildelingen ble avslørt til tross for instruksjoner om ikke å avsløre dette. Musikkterapistudiene utført av Morgan og kolleger (2011) og Ulrich og kolleger (2007) har også metodologiske fordeler ved at de sikret både en rater- og deltager-blindhet.

*Statistiske analyser.* Alle studier unntatt én (Nitsun et al., 1974) benyttet statistiske analyser som kan oppdage forskjeller mellom grupper. To studier fant ingen signifikante resultater (Crawford et al., 2012; Talwar et al., 2006), og den ene studien utført av Talwar og kolleger (2006) kan kritiseres for manglende "power"-analyse og fare for Type II feil (forskningshypotesen forkastes feilaktig). Selv om flere av studiene har små utvalg, så har de funnet signifikante resultater, dermed kan forekomsten av Type II feil utelukkes for disse studiene. Signifikante funn er svært relevant, men dessverre preges samtlige studier av et ensidig fokus på hvorvidt resultatene var signifikante. Dette er ofte misvisende ettersom signifikante funn ikke er synonymt med en meningsfull terapeutisk endring. Signifikante funn betyr at dersom nullhypotesen er sann, så er dette sannsynligheten for å oppnå en slik forskjell. Signifikante funn sier ikke noe om grad av effekt eller effektens validitet. På forhånd bør det være presisert hvilket funksjonsnivå som representerer normalnivå og hvilke terskelverdier som representerer terapeutisk endring. For å nyansere grad av effekt bør konfidensintervaller, effektstørrelser og "numbers needed to treat" kalkuleres. Det kan også være gunstig å undersøke hvorvidt deltagerne oppfyller diagnosekriteriene før og etter intervensjonen. Mange av studiene hadde et høyt frafall av deltagere, men svært få beskrev

hvordan de skulle håndtere mangelfullt datamateriale. De fleste testet hvorvidt deltagerne som falt fra og de som fullførte behandlingen var signifikant forskjellige, noe som i tilfelle ville redusert studiens interne validitet. Enkelte av de inkluderte studiene utførte ”intention to treat”-analyser og forsøkte å oppnå oppfølgingsdata fra deltagerne som ikke hadde gjennomført behandlingen, noe som styrker den metodologiske kvaliteten ved disse studiene (Crawford et al., 2012; Röhrich & Priebe, 2006). Studien utført av Richardson og kolleger (2007) hadde det høyeste frafallet ved oppfølging og en ”intention to treat”-analyse burde vært gjennomført.

### **Vurdering av behandlingseffekt og generaliserbarhet**

*Billedterapi.* Innen billedterapi er styrken at alle studiene hadde middels til store utvalgsstørrelser, aktive kontrollgrupper, utdannede billedterapeuter, rater-blindhet og bruk av oppfølgingsdata. To av studiene fant signifikante resultater for billedterapi ved posttest og oppfølging (Green et al., 1987; Richardson et al., 2007). Funnene ved posttest og oppfølging i studien utført av Richardson og kolleger (2007) vurderes som mindre valide fordi det ble funnet en signifikant forskjell mellom gruppene målt med SANS (Andreasen, 1989) ved pretest. Dermed er det usikkert om effekten kan forklares av intervensjonen alene. Studien utført av Crawford og kolleger (2012) fant ingen signifikante resultater, og denne studien hadde (i tillegg til de ovenfor nevnte metodologiske styrker) fordelen ved å være en pragmatisk studie. En slik terapissetting og bruk av teoriguidehypoteser (ingen post hoc analyser) fremmer en ekstern validitet. Dermed er det av stor klinisk betydning at billedterapien slik den ble utført ikke fremmet terapeutisk endring utover eller forskjellig fra de andre intervensjonene. En vesentlig svakhet ved denne studien er imidlertid at 39 % av deltagerne i billedterapigruppen aldri møtte opp til en eneste sesjon, med ytterligere frafall underveis. Gjennomsnittlig oppmøte per billedterapigruppe var to til tre deltagere, og kun én til to deltagere møtte opp regelmessig. Det store utvalget er dog mindre sårbart for frafall og eneste signifikante forskjell mellom de som fullførte og de som ikke fullførte var høyere frafall blant institusjonen i vest-London. Forfatterne av studien poengterer at det lave oppmøtet ga terapeuten muligheten til å gi mer oppmerksomhet til hver enkel deltager, men muligheten til å dra nytte av gruppeprosesser var mer begrenset. Videre foreslår de at årsaker til lavt oppmøte kan være utilfredsstillende intervensjon, utilstrekkelig oppmuntring av oppmøte og svekket motivasjon og planmessig atferd blant deltagerne, jamfør negative symptomer. Uansett var det nærmere halvparten av deltagerne som mottok ikke intervensjonen, og dette er også en mulig forklaring på hvorfor ingen signifikant effekt på

negative symptomer og globalt funksjonsnivå ble funnet. Men studien utført av Crawford og kolleger (2012) har mest statistisk ”power” og resultatene i denne studien burde vekte like tungt som resultatene i de to tidligere studiene. Dermed er det et behov for flere randomiserte kontrollerte studier før noe kan konkluderes i forhold til behandlingseffekt.

*Danseterapi.* Danseterapistudien utført av Röhricht og Priebe (2007) har også en rekke metodologiske styrker ved at det ble benyttet aktiv kontrollgruppe, manualbasert terapi og utdannet danseterapeut. Videre var den rater-blind og det ble samlet inn oppfølgingsdata ved fire måneder etter behandlingsslutt. Siden kontrollgruppen mottok alternativ behandling, så er det et tungtveiende empirisk funn at danseterapien oppnådde signifikant større reduksjon av negative symptomer ved posttest og oppfølging. Frafallet er lavt ved posttest, men er dessverre svært høyt ved oppfølgingsmåling. Dersom funnene kan replikeres ved både posttest og oppfølging i fremtidige studier, vil det danne grunnlaget for en anbefaling av danseterapi for psykoselidelser. Generaliserbarheten kan argumenteres for å være begrenset på grunn av et homogent utvalg, men terapien ble utført av terapeuter ved en poliklinikk og dette øker generaliserbarheten betraktelig. Uansett er evidensgrunnlaget per dags dato verken for eller imot anvendelsen av danseterapi.

*Dramaterapi.* Blant dramaterapistudiene er styrken at alle har benyttet aktive kontrollgrupper og studien utført av Gutride og kolleger (1973) har også et relativt stort utvalg. Studien utført av Whetstone (1986) kan kritiseres for å ha utilstrekkelig antall deltagere i tillegg til manglende bruk av pretest, noe som vanskeliggjør vurderingen av hvorvidt det har forekommet en endring og om denne er forårsaket av intervensjonen. Nitsun og kolleger (1974) valgte å analysere forskjellene mellom pretest og posttest innad i gruppene, og mangler dermed en vurdering av dramaterapiens relative effekt sammenlignet med kontrollgruppen. Ingen av studiene innen dramaterapi har samlet inn oppfølgingsdata, noe som ytterligere snevrer inn den kliniske nytteverdien av funnene ettersom det er uvisst hvorvidt effekten var midlertidig. Ingen av dramaterapistudiene hadde suksessfull rater-blindhet, altså kan resultatene være skjeve (”biased”). Dermed tilfredsstillers ikke de inkluderte dramaterapistudiene essensielle metodologiske krav for klinisk forskning. Videre er det uklarerhet rundt hvorvidt intervensjonene kan kalles dramaterapi. Dette gjelder spesielt for studiene utført av Gutride og kolleger (1974) og Whetstone (1986), hvor begge intervensjonene ligner på det som kan kalles sosial ferdighetstrening (Dixon et al., 2010; NICE; 2010). Det kan dermed rettes kritikk mot inkluderingen av disse studiene både i denne gjennomgangen og i Cochrane gjennomgangen (Ruddy & Dent-Brown, 2007). Dramaterapien i studien utført av Nitsun og kolleger (1974) involverte også andre modaliteter, slik som

billedkunst og avspilling av musikk. Svak metodologisk kvalitet og en manglende replikering av forskningsfunn gjør at det ikke kan konkluderes noe om effekten av dramaterapi.

*Musikkterapi.* Musikkterapi er området med flest studier og har dermed et bredest evidensgrunnlag. Her er det også størst variasjon innen metodologisk kvalitet blant studiene. Musikkterapistudien med størst utvalg (De Sousa & De Sousa, 2010) har dessverre en mangelfull rapportering av hva musikkintervensjonen bestod av og type terapiformat ble ikke presisert. Denne studien samt tre andre studier (Peng et al., 2010; Tang et al., 1994; Yang et al., 1998) benyttet passive kontrollgrupper som kun mottok medikamentell behandling. Dette begrenser den kliniske nytteverdien ved at resultatene kun sier intervensjonen er bedre enn medikasjon uten psykososiale intervensjoner. Studien utført av Morgan og kolleger (2011) er eneste studien med oppfølgingsdata og har ”strengest” kontrollgruppekriterier hvor alternativ behandling ble gjennomført i tillegg til standard behandling. Studien er også både rater- og deltager-blind, noe som styrker gyldigheten av funnene betraktelig. Det ble funnet signifikant forbedring av både positive og negative symptomer målt med BPRS (Overall & Gorham, 1962) som er et mye brukt og validert måleinstrument. Pasientutvalget bestod av blandete psykoselidelser med akutt problematikk, og er dermed et nyttig tilskudd til fem av de andre musikkterapistudiene med rene schizofreniutvalg. Det nevnes at det ikke var signifikante forskjeller mellom deltagerne som fullførte behandlingen og de som ikke gjorde det, men høyt frafall og kvasi-randomisering reduserer både studiens statistiske ”power” og generaliserbarhet. Det ble ikke funnet noen signifikante oppfølgingsdata for musikkterapi, så den kliniske langtidseffekten er uviss.

Både studien utført av Morgan og kolleger (2011) og Talwar og kolleger (2006) undersøkte effekten av individuell musikkterapi. Begge pasientutvalgene er beskrevet som å ha en akutt problematikk og begge studiene har tilsvarende metodologisk kvalitet med aktive kontrollgrupper, rater-blindhet og valide instrumenter for utfallsmåling. Talwar og kolleger (2006) har størst utvalg, men fant ikke signifikante resultater. Dermed har individuell musikkterapi et svært tynt evidensgrunnlag. Studien utført av Yang og kolleger (1998) er den eneste studien hvor deltagerne mottok både individuell terapi og gruppeterapi, men ingen analyser ble utført for å undersøke hvor mye av variansen de ulike formatene forklarte. Fire av studiene undersøkte effekten av musikkterapi i grupper og fant signifikante resultater (Ceccato et al., 2009; Peng et al., 2010; Tang et al., 1994; Ulrich et al., 2007). Bare to av disse benyttet aktive kontrollgrupper (Ceccato et al., 2009; Ulrich et al., 2007), hvor studien av Ulrich og kolleger (2007) i tillegg var både rater- og deltager-blind. Studien utført av Ceccato og kolleger (2009) benyttet manualbasert terapi og nevropsykologiske utfallsmål, og fant

signifikant forbedring av arbeidsminnet. I tillegg til de tre symptomfaktorene positive, negative og desorganiserte symptomer, blir det mer og mer vanlig å betrakte kognitive vansker som enda et kjernetrekk ved schizofreni (Nuechterlein et al., 2012; Zakzanis & Heinrichs, 1999). Harvey og Keefe (2009) hevder at en moderat (-0,5 standardavvik til -1,5 standardavvik) til alvorlig (under -1,5 standardavvik) kognitiv svekkelse sammenlignet med premorbid funksjon forekommer hos majoriteten av personer med schizofreni og er til stede under hele sykdomsutviklingen. Dersom funnene i studien til Ceccato og kolleger (2009) kan replikeres med både posttest og oppfølgingsdata, så vil det utvide det kliniske anvendelsesområdet for musikkterapi i behandlingen av psykoselidelser. Med hensyn til alle musikkterapistudiene, så kan det konkluderes med at det er funnet en korttidseffekt for negative symptomer som er best dokumentert i gruppeterapiformat. Relatert til generaliserbarheten av behandlingseffekten er det en styrke at alle studiene ble utført i en klinisk setting og at utvalgene representerer flere deler av pasientpopulasjonen. Imidlertid har kun én studie (Ceccato et al., 2009) inkludert poliklinisk virksomhet, slik at studiene kan kun generaliseres til pasienter innlagt på døgnpostavdelinger.

### **Svakheter ved denne gjennomgangen**

Gjennomgangen begrenses av sju studier som ikke kunne inkluderes på grunn av manglende engelske oversettelser: én billedterapistudie (Meng et al., 2005), én danseterapistudie (Su et al., 1999), to dramaterapistudier (Qu et al., 2000; Zhou & Tang, 2002) og tre musikkterapistudier (He et al., 2005; Li et al., 2007; Wen et al., 2005). Alle er av relativt nyere dato og spesielt innen dramaterapi er det behov for oppdatert forskning.

### **Styrker ved denne gjennomgangen**

Dette er så langt den eneste systematiske gjennomgangen av både billed-, danse-, drama- og musikkterapi som behandling for psykoselidelser, og er således et nyttig tilskudd til forskningslitteraturen. Gjennomgangen er utført grundigere enn tidligere gjennomganger ved å vurdere både metodologisk kvalitet og behandlingseffekt, samt mer oppdatert med inkludering av to nye studier (Crawford et al., 2012; De Sousa & De Sousa, 2010).

### **Konklusjon og implikasjoner for klinisk praksis**

Det samlede evidensgrunnlaget er snevert og åpner ikke for generelle anbefalinger relatert til klinisk praksis. Best evidensgrunnlag er funnet for musikkterapi med en korttidseffekt som er replikert med flere utfallsmål for negative symptomer, men for de øvrige kunst-

og uttrykksterapiene er det verken evidens for eller imot. Dette på grunn av behovet for replikering av forskningsfunn hvor det benyttes sammenlignbare intervensjoner og utfallsmål. Effekten av kunst- og uttrykksterapi ser ut til å avhenge av at det benyttes terapeuter som har fått grundig opplæring og helst fullført en formell utdanning innen kunst- og uttrykksterapi. Retningslinjene utledet av NICE (2010) anbefaler at kunst- og uttrykksterapi tilbys i gruppe-terapiformat ledet av en formelt utdannet terapeut med tidligere erfaring fra arbeid med psykoselidelser, og hvor strukturerte psykoterapeutiske teknikker benyttes i kombinasjon med kreative ustrukturerte prosesser. Anbefalingen om at kunst- og uttrykksterapi bør tilbys alle med psykoselidelser, kan derimot ikke støttes på grunnlag av denne gjennomgangen. I stedet anses det som hensiktsmessig med en individuell vurdering av den enkeltes motivasjon og interesse som en del av rutinepraksis, slik at intervensjonene kan rettes mot de som mest sannsynlig vil ha nytte av dem.

### **Konklusjon og implikasjoner for videre forskning**

Felles for forskningen innenfor både billedterapi, danseterapi, dramaterapi og musikkterapi er nødvendigheten av store utvalg som kan representere heterogeniteten innenfor psykosepopulasjonen og standardisering av intervensjoner som øker muligheten for replikering og syntetisering av forskningsfunn. En ”power”-analyse og vurdering av tiltak for forebygging av frafall og håndtering av manglende data bør bli utført på forhånd. Studier som undersøker effekten av danseterapi bør også inkludere andre psykoselidelser enn schizofreni. Forskning innenfor dramaterapi står ovenfor en særskilt utfordring i forhold til behovet for en tydelig operasjonalisering av hva dramaterapi involverer. Innenfor musikkterapi er det et spesielt behov for studier med oppfølgingsdata og inkludering av poliklinisk behandlingsevne i motsetning til døgnpostsettinger. For å vurdere om kunst- og uttrykksterapi har en rolle blant mangfoldet av behandlinger for psykoselidelser, vil det være nødvendig med flere studier som benytter aktive kontrollgrupper.

Kunst- og uttrykksterapi for psykoselidelser er et relativt nytt forskningsfelt. Områder for videre forskning er blant annet undersøkning av hvilke terapier eller hvilken kombinasjon av terapier som har størst og mest langvarig effekt på ulike symptomkonstellasjoner. Videre vil det også være nødvendig å utforske hvilken behandlingsdose som leder til en gunstig og varig terapeutisk endring. Effekten av en tidlig intervensjon bør også undersøkes nærmere.

## Referanser

Referanser markert med asterisk indikerer studier som er inkludert i gjennomgangen.

- Addington, D., Addington, J., & Maticka-Tyndale, E. (1993). Assessing depression in schizophrenia: The calgary depression scale. *The British Journal of Psychiatry*, 163(Suppl. 22), 39-44.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3. utg., revidert). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. utg.). Washington, DC: APA.
- Andreasen, N. C. (1989). The scale for the assessment of negative symptoms (SANS) - Conceptual and theoretical foundations. *British Journal of Psychiatry*, 155(Suppl. 7), 49-52.
- Arango, C., Buchanan, R. W., Kirkpatrick, B., & Carpenter, W. T. (2004). The deficit syndrome in schizophrenia: Implications for the treatment of negative symptoms. *European Psychiatry*, 19(1), 21-26.
- Atkinson, C., & Greenfield, T. (1994). Client satisfaction questionnaire-8 and service satisfaction scale-30. I M. Maraish (Red.), *Psychological testing: treatment planning and outcome assessment* (side 404-420). San Francisco, CA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the inventory of interpersonal problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 21-35.
- Barrett, B., Byford, S., Crawford, M. J., Patton, R., Drummond, C., Henry, J. A., & Touquet, R. (2006). Cost-effectiveness of screening and referral to an alcohol health worker in

- alcohol misusing patients attending an accident and emergency department: A decision-making approach. *Drug and Alcohol Dependence*, 81(1), 47-54.
- Becker, W. C. (1956). A genetic approach to the interpretation and evaluation of the process-reactive distinction in schizophrenia. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 53(2), 229-236.
- Beckmann, D., Brähler, E., & Richter, H. E. (1990). *Der Geißen-Test (GT). Ein test für individual- und gruppendiagnostik. [The Geißen-Test. A test for the diagnoses of individuals and groups]*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bell, V., Halligan, P. W., & Ellis, H. D. (2006). Explaining delusions: A cognitive perspective. *Trends in Cognitive Sciences*, 10(5), 219-226.
- Berg, E. A. (1948). A simple objective technique for measuring flexibility in thinking. *Journal of General Psychology*, 39, 15-22.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. (1990). The social functioning scale - The development and validation of a new scale of social-adjustment for use in family intervention programs with schizophrenic-patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859.
- Brooks, R. (1996). EuroQol: The current state of play. *Health Policy*, 37(1), 53-72.
- \*Ceccato, E., Lamonaca, D., Caneva, P. A., Gamba, L., Poli, R., & Agrimi, E. (2009). Musicoterapia nella riabilitazione cognitiva del paziente schizofrenico. Studio multicentrico randomizzato controllato in singolo cieco di applicazione del protocollo STAM. [A multicentre study to test the effectiveness of the STAM (sound training attention and memory) protocol in the rehabilitation of patients with schizophrenia: A single blind, randomized control trial]. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 15, 395-400.



- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (1. utg., revidert). Hillsdale, NJ, UK: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Conners, C. K., Epstein, J. N., Angold, A., & Klaric, J. (2003). Continuous performance test performance in a normative epidemiological sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(5), 555-562.
- \*Crawford, M. J., Killaspy, H., Barnes, T. R., Barrett, B., Byford, S., Clayton, K., . . . Matisse Project Team. (2012). Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: A randomised controlled trial (MATISSE). *Health Technology Assessment*, 16(8), 1-76.
- \*De Sousa, A., & De Sousa, J. (2010). Music therapy in chronic schizophrenia. 7. Hentet fra Journal of Pakistan Psychiatric Society nettsiden: [http://www.jpyps.com.pk/display\\_articles.asp?d=240&p=art](http://www.jpyps.com.pk/display_articles.asp?d=240&p=art)
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory - An introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.
- Dieterle, D. M., Ackenheil, M., & Eben, E. (1985). *Beurteilung der minussymptomatik (SANS) - Münchener version*. München, DE: University of Munich.
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., . . . Kreyenbuhl, J. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 48-70.
- Friedman, H. (1952). Perceptual regression in schizophrenia: An hypothesis suggested by the use of the Rorschach test. *The Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology*, 81, 63-98.

- George, C. F., Peveler, R. C., Heiliger, S., & Thompson, C. (2000). Compliance with tricyclic antidepressants: The value of four different methods of assessment. *British Journal of Clinical Pharmacology*, *50*(2), 166-171.
- Gold, C., Solli, H. P., Kruger, V., & Lie, S. A. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *29*(3), 193-207.
- \*Green, B. L., Wehling, C., & Talsky, G. J. (1987). Group art therapy as an adjunct to treatment for chronic outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, *38*(9), 988-991.
- Gronwall, D. M. A. (1977). Paced auditory serial-addition task - Measure of recovery from concussion. *Perceptual and Motor Skills*, *44*(2), 367-373.
- \*Gutride, M. E., Goldstein, A. P., & Hunter, G. F. (1973). The use of modeling and role playing to increase social interaction among asocial psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *40*(3), 408-415.
- Gühne, U., Weinmann, S., Arnold, K., Ay, E. S., Becker, T., & Riedel-Heller, S. (2012). Künstlerische therapien bei schweren psychischen störungen. Sind sie wirksam? [Arts therapies in severe mental illness. Are they effective?]. *Nervenarzt*, *83*(7), 855-860.
- Harvey, P. D., & Keefe, R. S. E. (2009). Clinical neuropsychology of schizophrenia. I I. Grant & K. M. Adams (Red.), *Neuropsychological assessment of neuropsychiatric and neuromedical disorders* (3. utg., side 507-522). New York, US: Oxford University Press.
- He, F.-R., Liu, R.-K., & Ma, L. (2005). Influence of musical therapy on serum PRL of patients with schizophrenia, type II. [Skrevet på kinesisk]. *Shandong Archives of Psychiatry*, *18*(2), 78-79.

- Heenan, D. (2006). Art as therapy: An effective way of promoting positive mental health? *Disability & Society, 21*(2), 179-191.
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2008). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Honigfeld, G., Gillis, R. D., & Klett, C. J. (1966). NOSIE-30: A treatment-sensitive ward behavior scale. *Psychological Reports, 19*(1), 180-182.
- Howell, D. C. (2007). Power. I D. C. Howell (Red.), *Statistical methods for psychology* (6 utg., side 213-229). US: Thomson Wadsworth.
- Ihilevich, D., & Gleser, G. C. (1982). *Evaluating mental health programs: The progress evaluation scales*. Lexington, Massachusetts: Lexington Books.
- Johnson, S., Leese, M., Brooks, L., Clarkson, P., Guite, H., Thornicroft, G., . . . Wykes, T. (1998). Frequency and predictors of adverse events: PRiSM psychosis study 3. *The British Journal of Psychiatry, 173*, 376-384.
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M., & Dunn, G. (1995). A brief mental-health outcome scale - Reliability and validity of the global assessment of functioning (GAF). *British Journal of Psychiatry, 166*, 654-659.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 13*(2), 261-276.
- Keppel, G. (1991). *Design and analysis: A researcher's handbook* (3.utg). Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc.
- 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.

- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., . . . Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(6), 966-978.
- Lee, S. (2001). From diversity to unity. The classification of mental disorders in 21st-century China. *Psychiatric Clinic of North America, 24*(3), 421-431.
- Li, Y.-M., Ren, X., Li, C.-P., & Li, Z.-Q. (2007). The correct effect of language guided music therapy on patients with schizophrenia. [Skrevet på kinesisk]. *International Nurses Journal, 26*(9), 917-918.
- Lorr, M., & Vestre, N. D. (1968). *Psychotic inpatient profile: Test and manual*. Los Angeles, California: Western Psychological Services.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales* (2.utg). Sydney: Psychological Foundation.
- McNair, D. M., & Lorr, M. (1964). An analysis of mood in neurotics. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 69*(6), 620-627.
- Meltzoff, J. (1998). *Critical thinking about research. Psychology and related fields*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Meng, P., Zheng, R., Cai, Z., Cao, D., Ma, L., Liu, J., & Liu, Y. (2005). Group intervention for schizophrenia inpatient with art as medium. [Skrevet på kinesisk]. *Acta Psychologica Sinica, 37*(3), 403-412.
- Moos, R. H. (1969). *Ward atmosphere scale: Test and manual*. Stanford, California: Stanford University School of Medicine.
- \*Morgan, K., Bartrop, R., Telfer, J., & Tennant, C. (2011). A controlled trial investigating the effect of music therapy during an acute psychotic episode. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 124*(5), 363-371.

Mössler, K., Chen, X. J., Heldal, T. O., & Gold, C. (2011). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(12).

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* (oppdatert utg). Great Britain: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

Nitsun, M. (1968). *The performance of schizophrenics, normal adults and children on Piaget's tests, with relation to several problems of schizophrenia, and with supplementary evidence from figure drawings*. Upublisert doktoravhandling. University of the Witwatersand. South Africa.

\*Nitsun, M., Stapleton, J. H., & Bender, M. P. (1974). Movement and drama therapy with long stay schizophrenics. *British Journal of Medical Psychology*, 47, 101-119.

Norman, R. M. G., Malla, A. K., McLean, T., Voruganti, L. P. N., Cortese, L., McIntosh, E., . . . Rickwood, A. (2000). The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the quality of life scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 303-309.

Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Ventura, J., Green, M. F., Gretchen-Doorly, D., & Asarnow, R. F. (2012). The puzzle of schizophrenia: Tracking the core role of cognitive deficits. *Development and Psychopathology*, 24(2), 529-536.

Odell-Miller, H., Hughes, P., & Westacott, M. (2006). An investigation into the effectiveness of the arts therapies for adults with continuing mental health problems. *Psychotherapy Research*, 16(1), 122-139.

Oliver, J., Huxley, P., Bridges, K., & Mohamad, H. (1996). *Quality of life and mental health services*. Florence, KY, US: Taylor & Frances/Routledge.

- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports, 10*, 799-812.
- Patterson, S., Debate, J., Anju, S., Waller, D., & Crawford, M. J. (2011). Provision and practice of art therapy for people with schizophrenia: Results of a national survey. *Journal of Mental Health, 20*(4), 328-335.
- \*Peng, S. M., Koo, M., & Kuo, J. C. (2010). Effect of group music activity as an adjunctive therapy on psychotic symptoms in patients with acute schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing, 24*(6), 429-434.
- Priebe, S., Gruyters, T., Heinze, M., Hoffmann, C., & Jakel, A. (1995). Subjektive evaluationskriterien in der psychiatrischen versorgung: Erhebungsmethoden für forschung und praxis. [Subjective criteria for evaluation of psychiatric-care: Methods for assessment in research and routine care]. *Psychiatrische Praxis, 22*(4), 140-144.
- Priebe, S., & Gruyets, T. (1993). The role of the helping alliance scale in psychiatric community care. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181*(9), 552-557.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester short assessment of quality of life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry, 45*(1), 7-12.
- Qu, Y., Li, Y., & Xia, G. (2000). The efficacy of dramatherapy in chronic schizophrenia. [Skrevet på kinesisk]. *Chinese Journal of Psychiatry, 33*(4), 237-239.
- \*Richardson, P., Jones, K., Evans, C., Stevens, P., & Rowe, A. (2007). Exploratory RCT of art therapy as an adjunctive treatment in schizophrenia. *Journal of Mental Health, 16*(4), 483-491.
- Robinson, D., Woerner, M. G., Alvir, J. M. J., Bilder, R., Goldman, R., Geisler, S., . . . Lieberman, J. A. (1999). Predictors of relapse following response from a first episode

- of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(3), 241-247.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Rosvold, H. E., Mirsky, A. F., Sarason, I., Bransome, E. D., & Beck, L. H. (1956). A continuous performance-test of brain-damage. *Journal of Consulting Psychology*, 20(5), 343-350.
- Ruddy, R., & Dent-Brown, K. (2007). Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1).
- Ruddy, R., & Milnes, D. (2005). Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4). doi:10.1002/14651858.CD003728.pub2
- Röhrich, F. (2000). *Body-oriented psychotherapy in mental illness. A Manual for research and practice*. [Skrevet på tysk]. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Publishing.
- \*Röhrich, F., & Priebe, S. (2006). Effect of body-oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 36(5), 669-678.
- Saggino, A. (1983). Rassegna della letteratura sulla Wechsler Memory Scale come strumento clinico e di ricerca. [Review of the literature on the Wechsler Memory Scale as a clinical and research instrument]. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 165, 37-44.
- Schutz, W. C. (1967). *Fundamental interpersonal relations orientation-behavior: Test and manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Silverman, M. J. (2003). The influence of music on the symptoms of psychosis: A meta-analysis. *Journal of Music Therapy*, 40(1), 27-40.

- Silverman, M. J. (2008). Quantitative comparison of cognitive behavioral therapy and music therapy research: A methodological best-practices analysis to guide future investigation for adult psychiatric patients. *Journal of Music Therapy, 45*(4), 457-506.
- Simpson, G. M., & Angus, J. W. S. (2007). A rating scale for extrapyramidal side effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 45*(S212), 11-19.
- Stolar, N., & Grant, P. (2007). Negative symptoms and formal thought disorder: Cognitive characterization and therapy. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 44*(5), 555-561.
- Su, L., Fan, Z., & Qu, Y. (1999). The effect of dance therapy for chronic schizophrenic patient. [Skrevet på kinesisk]. *Chinese Journal of Psychiatry, 32*, 167-169.
- Tait, L., Birchwood, M., & Trower, P. (2002). A new scale (SES) to measure engagement with community mental health services. *Journal of Mental Health, 11*(2), 191-198.
- \*Talwar, N., Crawford, M. J., Maratos, A., Nur, U., McDermott, O., & Procter, S. (2006). Music therapy for in-patients with schizophrenia - Exploratory randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 189*, 405-409.
- \*Tang, W., Yao, X., & Zheng, Z. (1994). Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia: A one-month randomised controlled trial in Shanghai. *British Journal of Psychiatry, 165*(Suppl. 24), 38-44.
- Tombaugh, T. N. (2006). A comprehensive review of the paced auditory serial addition test (PASAT). *Archives of Clinical Neuropsychology, 21*(1), 53-76.
- Tress, K. H., Bellenis, C., Brownlow, J. M., Livingston, G., & Leff, J. (1987). The present state examination change rating scale. *The British Journal of Psychiatry, 150*(2), 201-207.
- Tyrer, P., Nur, U., Crawford, M., Karlsen, S., McLean, C., Rao, B., & Johnson, T. (2005). The social functioning questionnaire: A rapid and robust measure of perceived functioning. *International Journal of Social Psychiatry, 51*(3), 265-275.



- Tönnies, S., Plöhn, S., & Krippendorf, U. (1996). *Skalen zur psychischen gesundheit (SPG)*. [Scales about mental health]. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- \*Ulrich, G., Houtmans, T., & Gold, C. (2007). The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: A randomized study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(5), 362-370.
- van Os, J., & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *The Lancet*, 374(9690), 635-645.
- Venables, P. H. (1957). A short scale for rating "activity-withdrawal" in schizophrenics. *Journal of Mental Science*, 103, 197-199.
- Waller, D. (1993). *Group interactive art therapy*. London: Routledge.
- Wechsler, D. (1957). *The Wechsler adult intelligence scale*. New York: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1963-1997). *Wechsler memory scale*. Firenze: O.S. Organizzazioni Speciali.
- Wen, S.-R., Cao, G.-Y., & Zhou, H.-S. (2005). The effect of music therapy on the depressive position of patients with schizophrenia. [Skrevet på kinesisk]. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 9(8), 195.
- \*Whetstone, W. R. (1986). Social dramatics: Social skills development for the chronically mentally ill. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 67-74.
- Wing, J. K. (1961). A simple and reliable subclassification of chronic schizophrenia. *Journal of Mental Science*, 107(450), 862-875.
- Wing, J. K., Beevor, A. S., Curtis, R. H., Park, S. B. G., Hadden, S., & Burns, A. (1998). Health of the nation outcome scales (HoNOS) - Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18.
- World Health Organization. (1988). *WHO psychiatric disability assessment schedule (WHO/DAS)*. Geneva: WHO.

- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- Xia, J., & Grant, T. J. (2009). Dance therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1).
- Xia, M. L. (1990). Translation of the scale for assessment of negative symptoms. [Skrevet på kinesisk]. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 2, 38-41.
- \*Yang, W.-Y., Li, Z., Weng, Y.-Z., Zhang, H.-Y., & Ma, B. (1998). Psychosocial rehabilitation effects of music therapy in chronic schizophrenia. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 8(1), 38-40.
- Zakzanis, K. K., & Heinrichs, R. W. (1999). Schizophrenia and the frontal brain: A quantitative review. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 5(6), 556-566.
- Zhou, Y., & Tang, W. (2002). A controlled study of psychodrama to improve self-esteem in patients with schizophrenia. [Skrevet på kinesisk]. *Chinese Mental Health Journal*, 16, 669-671.
- Ødegaard, A. J. (2003). *Kunst- og uttrykksterapi: Fra kaos til form*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tabell 1.

Beskrivelse av inkluderte studier.

Intervensjonstype og referanse	Design	Deltagere	Intervensjon	Kontrollgruppe	Utfallsmål	Signifikante funn og frafall
<b>Billedterapi</b>  Crawford et al. (2012)	Randomisert. Kontrollert. Tre-armet. Parallell. Pragmatisk. Rater-blind. Pre- og posttest. 12mnd oppfølging.	Diagnose: schizofreni (100 %). Alder: 18-72 år, gj.snitt 41 år. Kjønn: 138K, 279M Setting: både døgnpost og poliklinisk behandling ved fire ulike institusjoner i England og Nord- Irland. <i>n</i> = 417.	Billedterapi i grupper som et tillegg til standard behandling. Sesjoner: 90 min ukentlig i ett år. <i>n</i> = 140.	Standard behandling: medikamentelt og oppfølging av andrelinjetjenesten med muligheter for samtaletterapi. <i>n</i> = 137.  Aktivitetsgrupper i tillegg til standard behandling. Sesjoner: 90 min ukentlig i ett år. <i>n</i> = 140.	Global Assessment of Functioning Scale (GAF), Positive and Negative Symptom Scale (PANSS).  Social Function Questionnaire (SFQ), Morisky Scale (MS), Client Satisfaction Questionnaire (CSQ), General Wellbeing Scale (GWBS), European Quality of Life-5 Dimensions (EQ- 5D), Adult Service Use Schedule (AD- SUS), Service Engagement Scale (SES).	PANSS: signifikant forbedring av positive symptomer blant aktivitets- gruppene ved 12 mnd oppfølging ( <i>p</i> = 0,037).  Aldri møtt: 39 % ( <i>n</i> = 54) av billedterapi-gruppene, 48 % ( <i>n</i> = 67) av aktivitetsgruppene.  Frafall ved posttest: 13 % ( <i>n</i> = 56).  Frafall ved 12 mnd oppfølging: 15 % ( <i>n</i> = 62).
Green et al. (1987)	Randomisert. Kontrollert. Parallell. Rater-blind. Pre- og posttest. 9 mnd oppfølging.	Diagnoser: schizofreni (50 %), alvorlig affektiv lidelse eller psykotisk lidelse (21 %), nevrotisk	Billedterapi i grupper som et tillegg til standard behandling. Sesjoner: 90 min annenhver uke, 10	Standard behandling: medikamentelt og individuell samtaletterapi i 20 min, hver 2. til 4.	Progress Evaluation Scales (PES).  Rosenberg's Self- Esteem Scale (RSES).	PES: signifikant forbedring blant billedterapi-gruppen på underskalaene "attitudes toward self scale" (selvrapport,

		lidelse (18 %). Alder: gj.snitt 40 år. Kjønn: 30K, 17M. Setting: poliklinisk behandling i USA. <i>n</i> = 47.	ganger, 5 mnd total varighet. <i>n</i> = 24.	uke, samt en månedlig samtale med psykiater om medikamentell behandling i 10-15 min. <i>n</i> = 23.		<i>p</i> < 0,05) og "getting along with others scale" (terapeut- rapport, <i>p</i> < 0,05).  9 mnd oppfølging: 40 % ( <i>n</i> = 19) frafall. PES: fortsatt sign. forbedring ( <i>p</i> < 0,05).
Richardson et al. (2007)	Randomisert. Kontrollert. Parallell. Rater-blind. Pre- og posttest. 6 mnd oppfølging.	Diagnoser: schizofreni (100 %) vedvart over 2 år. Alder: 23-69 år, gj.snitt 41år. Kjønn: 31K, 59M. Setting: poliklinisk behandling i England. <i>n</i> = 90.	Billedterapi i grupper som et tillegg til standard behandling. Sesjoner: 90 min ukentlig, 12 ganger. <i>n</i> = 43.	Standard behandling: medikamentelt og samtaletterapi, frekvens regulert av alvorlighetsgrad. Tilgang på ulike behandlings- fasiliteter/ aktiviteter. <i>n</i> = 47.	Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Brief Symptom Inventory (BSI), Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS).  Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32), Social Functioning Scale (SFS).  Lancashire Quality of Life Profile (Perc QoL), Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS).	SANS: signifikant reduksjon av negative symptomer blant billedterapi- gruppen ( <i>p</i> = 0,02).  Frafall ved posttest: 18 % ( <i>n</i> = 16).  6 mnd oppfølging: 66 % ( <i>n</i> = 50) frafall. SANS: fortsatt signifikant reduksjon av negative symptomer blant billedterapigruppen ( <i>p</i> = 0,03).
<b>Danseterapi</b>  Röhrich & Priebe (2006)	Randomisert. Kontrollert. Parallell. Rater-blind. Pre- og posttest. 4 mnd oppfølging.	Diagnoser: schizofreni (100 %) vedvart minst 6mnd og med høy neg.symp. baseline. Alder: 20-55 år,	Kropporientert psykoterapi i grupper som et tillegg til standard behandling. Manualbasert.	Støttende terapi i grupper som et tillegg til standard behandling. Sesjoner: 60-90min, 20 ganger på 10	PANSS  Extrapyramidal Symptom Rating Scale (EPS).	PANSS: signifikant reduksjon av negative symptomer blant danseterapi- gruppen på under- skalaene "negative

		gj.snitt 38 år. Kjønn: 23K, 22M. Setting: poliklinisk behandling i England. <i>n</i> = 45.	Sesjoner: 60-90min, 20 ganger på 10 uker. <i>n</i> = 24.	uker. <i>n</i> = 21.	Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA).  Client's Assessment of Treatment Scale (CAT).  Helping Alliance Scale (HAS).	symptoms" ( <i>p</i> = 0,031), "blunted affect" ( <i>p</i> = 0,002) og "motor retard- ation" ( <i>p</i> = 0,035).  Signifikant flere oppmøter blant dansenrapigruppen ( <i>p</i> < 0,001).  Aldri møtt: 8 % ( <i>n</i> = 2) av dansenrapigruppen, 33 % ( <i>n</i> = 7) av støtteterapigruppen.  Frafall ved posttest: 6 % ( <i>n</i> = 3).  4 mnd oppfølging: 35 % ( <i>n</i> = 16) frafall. PANSS: fortsatt sign. reduksjon blant dansenrapigruppen ( <i>p</i> < 0,05).
<b>Dramaterapi</b>  Gutride et al. (1973)	Randomisert. Kontrollert. Parallell. Pre- og posttest. 2x2x2 kovarians. Ikke blind. Uten oppfølging.	Diagnoser: schizofreni (75 %), resten depressiv psykose, schizoid personlighets- forstyrrelse eller "inadekvat personlighet". Alle med forhøyet	Strukturert læringsterapi med modellering, rollespill og sosial forsterkning. Sesjoner: 3 ganger ukentlig, 4 uker. <i>n</i> = 45.	Ventelistekontroll som mottok standard behandling etter 4 uker. <i>n</i> = 42.  Halvparten fra eksperimentell gruppe og	Psychotic Inpatient Profile (PIP), Ward Atmosphere Scale (WAS), standardisert observasjons- prosedyre og naturalistisk observasjon av	POMS og naturalistisk observ.: psykoterapi kombinert med strukturert læringsterapi hadde sign. større effekt enn psykoterapi alene ( <i>p</i> < 0,05).

		<p>sosiale vansker. Både akutt (<math>n = 30</math>) og kronisk (<math>n = 57</math>) problematikk. Alder: ikke oppgitt. Kjønn: ikke oppgitt. Setting: døgnpost ved sykehus i USA. <math>n = 87</math>.</p>		<p>kontrollgruppe deltok i tillegg på individuell- eller gruppebasert psykoterapi. Sesjoner: 3 ganger ukentlig, 4 uker.</p>	<p>deltagernes sosiale interaksjon.</p> <p>Fundamental Interpersonal Relations Orientation-Behavior (FIRO-B).</p> <p>Psychiatric Outpatient Mood Scales (POMS).</p>	<p>POMS, naturalistisk og standardisert observ.: strukturert læringsterapi alene og psykoterapi alene hadde begge signifikant større effekt enn ingen intervensjon (<math>p &lt; 0,05</math>).</p>
<p>Nitsun et al. (1974)</p>	<p>Randomisert. Kontrollert. Parallell. Pre-, inter- og posttest. Rater-blind. Uten oppfølging.</p>	<p>Diagnoser: schizofreni (100 %), normal intelligens målt med WAIS. Alder: 25-46 år, gj.snitt 38 år. Kjønn: 10K, 14M. Setting: døgnpost ved sykehus i England. <math>n = 24</math>.</p>	<p>Bevegelses- og dramaterapi i grupper som et tillegg til standard behandling. Sesjoner: 60 min ukentlig i 22 uker. <math>n = 12</math>.</p>	<p>Gruppepsykoterapi (med diskusjon og fortolkninger) i tillegg til standard behandling. Sesjoner: 60 min ukentlig i 22 uker. <math>n = 12</math>.</p>	<p>Wing scale of Schizophrenic Symptoms (WSS), Becker's genetic analysis of the Rorschach test (BR), Draw-a-person Body Image Scale (DBIS), Venables rating scale for Activity Withdrawal (VAW), Weschler Adult Intelligence Scale (WAIS).</p>	<p>Statistisk analyse utført på forskjeller <i>innad</i> i gruppene.</p> <p>WSS, VAW, WAIS: signifikant forbedring innen begge grupper.</p> <p>DBIS: signifikant forbedring innen dramaterapigruppen (<math>p &lt; 0,01</math>).</p> <p>WSS: større sign. forbedring innen dramaterapigruppen enn innen psykoterapigruppen.</p> <p>Frafall ved posttest: 8 % (<math>n = 2</math>), fra kontrollgruppen.</p>

Whetstone (1986)	Randomisert. Kontrollert. Parallell. Posttest. Ikke blind. Uten oppfølging.	Diagnoser: schizofreni (100 %), kronisk problematikk. Alder: 20-55 år, gj.snitt 38 år. Kjønn: 7K, 8M. Setting: døgnpost ved sykehus i USA. <i>n</i> = 15.	Sosial dramaterapi i grupper som et tillegg til standard behandling. Sesjoner: 120 min ukentlig i 8 uker. <i>n</i> = 5.	Standard behandling. <i>n</i> = 10.	Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE- 30).	NOSIE-30: signifikant forbedring blant dramaterapigruppen på underskalaen "social competence" ( <i>p</i> = 0,04).
<b>Musikkterapi</b>  Ceccato et al. (2009)	Randomisert. Kontrollert. Parallell. Rater-blind. Pre- og posttest. Uten oppfølging.	Diagnoser: schizofreni (100 %), subakutt fase. Alder: 20-60 år. Kjønn: 26K, 41M. Setting: både døgnpost og poliklinisk behandling ved fire klinikker i Italia. <i>n</i> = 67	Musikkterapi i grupper som et tillegg til standard behandling. Basert på STAM- protokollen. Passiv lytting og aktiv deltagelse. Sesjoner: ukentlig, 16 ganger totalt. <i>n</i> = 37.	Standard behandling: medikamentelt og annen terapeutisk behandling indikert for schizofreni. <i>n</i> = 30.	Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT), Wechsler Memory Scale (WMS), Conners Continuous Performance Task (CCPT), Berg's Card Sorting Test (BCST).	PASAT: signifikant forbedring blant musikkterapigruppen ( <i>p</i> = 0,004).  WMS: signifikant forbedring fra pre- til posttest <i>innad</i> i musikkterapigruppen ( <i>p</i> = 0,000).
A. De Sousa & De Sousa (2010)	Randomisert. Kontrollert. Parallell. Rater-blind. Pre- og posttest. Uten oppfølging.	Diagnoser: schizofreni (100 %), kronisk problematikk. Alder: 18-60 år. Kjønn: 82K, 190M. Setting: døgnpost ved privat sykehus i India. <i>n</i> = 272.	Musikkterapi i tillegg til medika- mentell behandling. Passiv lytting og refleksjon. Uvisst om individuelt eller gruppeformat. Sesjoner: 30 min daglig i en måned. <i>n</i> = 136.	Medikamentell behandling: Atypisk/andregen. antipsykotikum (Olanzapine 10-20mg/daglig eller Risperidone 2-6mg/daglig). Sovemedisin (Zolpidem 5mg). <i>n</i> = 136.	PANSS	PANSS: signifikant forbedring blant musikkterapigruppen på underskalaene "positive syndrome", "negative syndrome" ( <i>p</i> < 0,005), "anergia" "activation" og "depression" ( <i>p</i> < 0,0001).
Morgan et al. (2011)	Kvasi-randomisert. Kontrollert. Sekvensiell.	Diagnoser: schizofreni (51 %), schizoaffektiv	Musikkterapi i tillegg til medika- mentell behandling.	Alternativ behandling i tillegg til medikamentell	BPRS  Calgary Interview	BPRS: signifikant forbedring blant musikkterapigruppen

	Rater-blind. Deltager-blind. Pre- og posttest. 1 mnd oppfølging.	lidelse (24,5 %), bipolar affektiv lidelse med psykose (24,5 %), akutt problematikk. Alder: 19-55 år, gj.snitt 35 år. Kjønn: 26K, 23M. Setting: døgnpost ved sykehus i Australia. <i>n</i> = 49.	Individuell terapi med aktiv improvisasjon og låtskriving. Sesjoner: 10-30min, to ganger ukentlig i to uker. <i>n</i> = 25.	behandling. Individ- uell terapi med passiv lytting til CD med avslappende naturlyder. Sesjoner: 10-30min, to ganger ukentlig i to uker. <i>n</i> = 24.	Guide for Depression (CIGD).  NOSIE-30  Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21).  Antall dager innlagt, antall kritiske hendelser, medikasjonsbruk og rusmisbruk.	på totalskåre og alle underskalaer ( <i>p</i> < 0,001).  1 mnd oppfølging: 46 % ( <i>n</i> = 23) frafall. Ingen signifikante forskjeller.
Peng et al. (2010)	Randomisert. Kontrollert. Parallell. Ikke blind. Pre- og posttest. Uten oppfølging.	Diagnoser: schizofreni (100 %), akutt problematikk. Alder: 22-50 år, gj.snitt 36 år. Kjønn: 27K, 32M. Setting: døgnpost ved sykehus i Taiwan. <i>n</i> = 59.	Musikkterapi i grupper som et tillegg til medikamentell behandling. Aktiv deltagelse i sang og passiv lytting. Sesjoner: 50 min, fem ganger ukentlig i to uker. <i>n</i> = 29.	Medikamentell behandling. <i>n</i> = 30.	BPRS	BPRS: signifikant forbedring blant musikkterapigruppen på totalskåre ( <i>p</i> < 0,001) og under- skalaene "affect" ( <i>p</i> < 0.011), "positive symptoms" ( <i>p</i> < 0,001), "negative symptoms" ( <i>p</i> < 0,012) og "resist- ance" ( <i>p</i> < 0,017).
Talwar et al. (2006)	Randomisert. Kontrollert. Parallell. Rater-blind. Pre- og posttest. Uten oppfølging.	Diagnoser: schizofreni eller andre schizofreni- lignende psykoser (100 %), akutt problematikk. Alder: 18-64 år, gj.snitt 37 år. Kjønn: 21K, 60M.	Musikkterapi i tillegg til standard behandling. Aktiv individuell terapi med improvisasjon, sanger og dialog. Sesjoner: 45 min ukentlig, 12 ganger. <i>n</i> = 33.	Standard behandling: medikamentelt, "nursing care" og andre aktiviteter ved avdelingen. Tilbud om musikk- terapi etter studien var ferdig.	PANSS  GAF  CSQ	PANSS: ingen signifikant forskjell når justert for kjønn og "baseline" skårer ( <i>p</i> = 0,11).  Frafall ved posttest: 15 % ( <i>n</i> = 12).



		Setting: døgnpost ved fire ulike sykehus i England. <i>n</i> = 81.		<i>n</i> = 48.		
Tang et al. (1994)	Randomisert. Kontrollert. Parallell. Rater-blind. Pre- og posttest. Uten oppfølging.	Diagnoser: residual schizofreni (100 %). Alder: 17-52 år, gj.snitt 33 år. Kjønn: 15K, 61M. Setting: døgnpost ved sykehus i Kina. <i>n</i> = 76.	Musikkterapi i grupper som et tillegg til medikamentell behandling. Både aktiv med sang og improvisasjon, og passiv med lytting. Sesjoner: 60 min, fem ganger i uka, 19 sesjoner totalt. <i>n</i> = 38.	Medikamentell behandling: typisk/førstegen. antipsykotikum (Chlorpromazine). <i>n</i> = 38.	SANS  Disability Assessment Schedule (DAS).  Journalnotater skrevet av nattevakt for innblikk i søvnmønstre.	SANS: signifikant forbedring på totalskåre ( <i>p</i> < 0,01) og alle underskalaer blant musikkterapi-gruppen.  DAS: signifikant forbedring blant musikkterapi-gruppen på underskalaene "conversation ability", "level of social withdrawal" og "interest in external events" ( <i>p</i> < 0,05).  Signifikant seponeringsgrad av medikasjon <i>innad</i> i musikkterapi-gruppen ( <i>p</i> = 0,002).
Ulrich et al. (2007)	Randomisert. Kontrollert. Parallell. Rater-blind. Deltager-blind. Pre- og posttest. Uten oppfølging.	Diagnoser: schizofreni (73 %) og relaterte psykoselidelser. Alder: 22-58 år, gj.snitt 38 år. Kjønn: 17K, 20M. Setting: døgnpost	Musikkterapi i grupper som et tillegg til standard behandling. Aktiv improvisasjon og sang, og refleksjon. Sesjoner: 45 min, tilsvarte 1,6 g i uka,	Standard behandling: medikamentelt og aktiviteter ved avdelingen. <i>n</i> = 16.	Geißen-Test (G-T).  SANS  Skalen zur Psychischen Gesundheit (SPG).	G-T, selvrapport: signifikant forbedring blant musikkterapi-gruppen på totalskåre ( <i>p</i> = 0,03) og underskalaene "permeability" og

		ved sykehus i Tyskland. <i>n</i> = 37.	gj.snitt 7,5 g totalt (SD 3,5). <i>n</i> = 21.			”social potention” ( <i>p</i> < 0,05).  SANS, sensitivitetsanalyse: sign. forbedring blant deltagerne med schizofreni og innen musikkterapigruppen på totalskåre og underskalaene ”flattened affect”, ”alogy”, ”anhedony” og ”attention deficit” ( <i>p</i> ≤ 0,05).  Frafall ved posttest: 27 % ( <i>n</i> = 10).
Yang et al. (1998)	Randomisert. Kontrollert. Parallell. Blindhet ikke nevnt. Pre- og posttest. Uten oppfølging.	Diagnoser: schizofreni (100 %), kronisk problematikk. Alder: 21-55 år, gj.snitt 38 år. Kjønn: 29K, 41M. Setting: døgnpost ved sykehus i Kina. <i>n</i> = 70.	Musikkterapi i tillegg til medikamentell behandling. Individuell og gruppeterapi. Aktiv improvisasjon og diskusjon, samt passiv lytting til musikk. Sesjoner: 120 min, seks ganger ukentlig, 78 g totalt, 3mnd varighet. <i>n</i> = 40.	Medikamentell behandling. <i>n</i> = 30.	BPRS  SANS  Present State Examination Change Rating Scale (PSE).  Social Disability Schedule for Inpatients (SDSI).	BPRS, SANS, SDSI: sign. forbedring blant musikkterapigruppen på totalskårene ( <i>p</i> < 0,005).