

Det initiale prodrom ved schizofreni – kjernedimensjoner av opplevelse og atferd

Sammendrag

Bakgrunn. Tidlig påvisning og intervensjon ved psykose kan bedre prognosen. For å påvise psykose på et prepsykotisk (prodromalt) stadium forutsettes langt bedre forståelse av hvilke fenomener man skal identifisere og hvordan pasienter og familier faktisk opplever slike forandringer. Særlig de subjektive opplevelsene i psykoseprodromet er svært lite undersøkt.

Materiale og metode. 19 unge pasienter, innlagt for sin første schizofreniepisode, og deres familier ble dybdeintervjuet retrospektivt om prodromal opplevelse og atferd. Intervjuene ble analysert manuelt, og basert på funnene, litteratur og konsensus blir tentative prodromaldimensjoner foreslått.

Resultater og fortolkning. Vi fant at det var påfallende store vansker med å forstå og uttrykke verbalt de prodromale opplevelsesendringene. Dette gjorde at det tok lang tid før man søkte hjelp. Vi presenterer en rekke årsaker til disse vanskene, som er viktige å kjenne til ved evaluering av psykoserisiko. Videre beskrives åtte opplevelsedimensjoner, hvorav to fremheves som mulige kjernedimensjoner: «fundamental forstyrrelse av selvopplevelsen» (self-experience) og «ekstrem opptatthet av nye ideer eller temaer, noe som medfører sosial tilbaketrekning». Vi presenterer også fire atferdsdimensjoner som nyanserer og bekrefter eksisterende kunnskap.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Forkortet og omarbeidet utgave av artikkel i *Schizophrenia Bulletin* (30)

Interessekonflikter. Ingen

Paul Møller

paul.moller@sb-hf.no
FoU-enheten
Psykiatrisk klinikk
Sykehuset Buskerud
3400 Lier

Ragnhild Husby †

Avdeling for psykiatrisk forskning og undervisning
Diakonhjemmets sykehus
0319 Oslo

Tidlig intervensjon antas å korrelere med bedre prognose ved psykose og schizofreni, både på kort og på lang sikt (1–8). Dette har økt den vitenskapelige interesse for psykoseforebygging, også i betydningen intervensjon i prodromalfasen, før manifest psykose (9–11). Prodromalfasen er tidsintervallet fra de første tydelige og varige forandringer i pasientens opplevelser eller atferd til det første klare psykotiske symptom. Tidlig behandling er også i tråd med sentrale årsakshypoteser for schizofreni (12, 13) og med antakelsen av at psykose utvikles langs et kontinuum (14). Men korrelasjon er ikke det samme som kausalitet, og det vitenskapelige grunnlag for korrelasjonen diskuteres fortsatt (15). Vi trenger mer detaljert kunnskap om hva som skal påvises tidlig, spesielt essensielle elementer i prodromet. Videre er det viktig å vite hva som hemmer eller fremmer slik påvisning. Vi undersøkte derfor spesielt de subjektive hindre for å søke hjelp tidlig.

Det initiale prodrom er vanskelig å karakterisere (16), og det foreligger få empiriske undersøkelser. Prodromalfasen er likevel beskrevet i litteraturen fra tidlig i forrige århundre (17–22), men undersøkelsene er oftest kasuistiske, journalbaserte og foretatt lang tid etter psykosedebut. Listen med spesifiserte prodromaltegn ble derfor eliminert fra DSM-IV i 1994 (23). ICD-10 (24) gir ikke prodromet diagnostisk betydning.

Den første delen av det initiale prodrom synes å bestå utelukkende av subjektive endringer (25) og bør anses som essensiell, og denne fasen er særlig viktig for å utvikle nye hypoteser. Prodromforskningen har derimot til nå vært mest konsentrert om atferdsendringer (26, 27). Noen få subjektivt orienterte (fenomenologiske) studier er foretatt (18–22), dessverre før innføringen av aksepterte diagnosekriterier.

Familiemedlemmer er sentrale observatører til eventuell tidlig psykoseutvikling, men også disse må oftest vente til opplevelsene gir atferdsutslag. Familienes tendens til å rasjonalisere eller «tåle» mer avvik enn uten-

forstående medfører ytterligere forsinkelse. Det best kjente atferdsavvik relatert til begynnende psykose, sosial tilbaketrekning, blir oftest tatt virkelig på alvor ganske sent, og det er lite oppmerksomhet omkring de underliggende opplevelser.

Prepsykotisk påvisning av mulig psykoseutvikling forutsetter derfor økte kunnskaper hos ungdommen selv, foreldre, lærere, rådgivere og helsetjenestens første- og annenlinje.

Vi stilte disse spørsmålene:

- Hvilke prodromale forandringer i subjektiv opplevelse rapporteres av pasienter ved første schizofreniepisode?
- Hva fremmer eller hemmer pasientenes egen oppfatning, tolking og verbale formidling av disse opplevelsene?
- Hvilke prodromale forandringer i atferd rapporteres av pasientenes familier og venner og av pasientene selv?

Materiale og metode

Vi brukte en kvalitativ, åpen og eksplorative metode (dybdeintervju) for å beskrive naturalistiske initiale prodromer. Vi inkluderte pasienter med DSM-IV-diagnosen schizofreni og schizofreniform lidelse, ved bl.a. det strukturerte kliniske intervju for DSM (28), fra 74 fortløpende innleggelser over 2,5 år (1994–96) i en spesialavdeling for schizofreni (alder 18–30 år) i Oslo. 19 personer (hvorav 11 menn) og deres familier utgjorde det endelige materialet.



Hovedbudskap

- God terapi hviler på evnen til å forstå pasientens opplevelser
- Tradisjonelt vektlegges psykosesymptomer med høy reliabilitet (hallusinasjoner og såkalte vrangforestillinger). Prodromet kan vise vei til en dypere forståelse av opplevelsene i prepsykose og psykose
- Fenomenologi fokuserer på basale forstyrrelser i selvopplevelse og subjektivitet ved psykose
- De basale forstyrrelser i selvopplevelse ved schizofreni oppstår i prodromalfasen, men fortsetter inn i psykosens og i residualfasen. Fenomenenes betydning er sterkt undervurdert i tidlig vurdering av psykoserisiko og etablering av terapeutisk allianse

Tabell 1 Årsaker til vansker med verbal formidling av opplevelser og behov for hjelp i det initiale prodrom ved schizofreni

<p><i>Vansker som skyldes sviktende «evne»</i> Forandringene oppfattes å utvikle seg gradvis, på et kontinuum</p> <p>Sviktende evne til å styre sine mentale prosesser og derfor observere og forstå seg selv</p> <p>Uutsigelighet: Mangel på ord og begreper som kan beskrive opplevelsene</p> <p>Nye, besettende ideer gjør meddelelse og sosial deltakelse uviktig</p> <p>Følelsen av å være fremmed og uvirkelig medfører mistenksomhet, frykt og tilbaketrekning</p>
<p><i>Vansker som skyldes sviktende «vilje»</i> Manglende mot og tillit til å fortelle om forandringene</p> <p>Taus tilbaketrekning pga. frykt for de skremmende, forvirrende opplevelsene</p> <p>Nye ideer medfører aktiv motstand mot meddelelse og sosial deltakelse (ideene må beskyttes)</p> <p>Uklart motivert, men sterk vilje til å skjule opplevelsene</p>

Pasienter og familier rapporterte i separate intervjuer om prodromale endringer i opplevelse og atferd. Våre kriterier for relevante fenomener var: Fenomenet tydelig fornemmet, avvik fra vedkommendes vanlige mønstre, husket godt, følte/tenkte at noe var galt, antatt sammenheng med aktuelle innleggelse og ikke klart psykotisk. Intervjuene varte som regel i 5–8 timer. Intervjuutskriftene, journaler, rapporter, dagbøker og notater ble kondensert i henhold til valgt begrepsapparat. Tekstutdrag ble satt inn i kronologiske tabeller under tre fortløpende overskrifter: prodrom, begynnende (grense-)psykose og manifest (ubehandlet) psykose. Opplevelser og atferd samt startdato for hvert fenomen ble plassert korresponderende i tre parallelle kolonner. Slik ble det mulig å granske alle data i én tabell for hvert individ (29). For detaljer om inklusjon, diagnostikk, forskningsstrategi, reliabilitet på intervallestimater samt bearbeiding og analyse av data vises til originalpublikasjonen (30). Prosjektet ble godkjent av forsknings-etisk komité, og deltakerne gav skriftlig informert samtykke.

Resultater

Alder ved første prodromalfenomen var gjennomsnittlig 19,0 år (SD 3,4 år), ved første psykosesymptom 21,5 år (SD 3,2 år) og ved første adekvate behandling 22,1 år (SD 3,1 år). Det initiale prodrom hadde median varighet på 50 uker (variasjonsbredde 1–591 uker) og gjennomsnittlig varighet på 127 uker (SD 166 uker). Ubehandlet psykosefase hadde median varighet på 18 uker (variasjonsbredde 0–109 uker) og gjennomsnittlig varighet på 32 uker (SD 35 uker)

(30). Disse funnene samsvarer godt med flere store kvantitative studier (30).

Vansker med verbal formidling

Alle (unntatt to) rapporterte alvorlige vansker med å forstå, og formidle verbalt, opplevelsesendringene, selv om disse hadde vært markerte over måneder eller år: «Noe var helt galt, men umulig å uttrykke... pint av noe jeg ikke ante hva var... noe inni meg var blitt umenneskelig...» De subjektive årsaker til disse vanskene er klinisk svært viktige, og de er samlet i tabell 1.

Noen hadde under forskningsintervjuet fortsatt få og fattige ord: «Jeg kunne bare ikke fatte sammenhengene.» Andre kunne i ettertid uttrykke seg rikt: «Selve sykdommen er en følelse av hele tiden å være uvirkelig eller fremmed, som i en film – jeg forstod at denne tilstanden kom til å ta livet av livet mitt.»

Dimensjoner av opplevelse (tab 2)

Vi fant påfallende likheter i opplevelse på tvers av de svært ulike personlige historiene. Fenomenene lot seg gruppere i åtte tentative dimensjoner (kontinua). To opplevelsesdimensjoner ble særlig hyppig og tydelig rapportert (tab 2, øvre del) og foreslås som kjerne-dimensjoner.

Fundamental forstyrrelse av selvopplevelsen

Denne dimensjonen samler en rekke gjennomgripende, varige og fundamentale opplevelser som økte gradvis inntil psykosevitalitet. Essensen i disse var en smertefull fordreining i opplevelsen av seg selv som menneske, i dypeste eksistensielle forstand. Uttrykk som «helt uvirkelig... rar og fremmed... totalt forandret... fullstendig galt...» ble ofte brukt, og alltid i en kontekst av mental smerte, lidelse og frykt. Opplevelsene affiserte alle bevissthets-elementer, som følelser, tanker, persepsjoner, kroppsbevissthet, og i høy grad eksistensielle, åndelige og religiøse aspekter, altså hele fundamentet i opplevelsen av menneskelig eksistens. «Det indre livet ble oppløst... kjernen i livet ble ødelagt... mistet meg selv... i en helt annen verden... i ett med omgivelsene.» Disse opplevelsene persisterte når konvensjonelle psykosesymptomer senere utviklet seg, som illustrert hos en pasient som også var hallusinerer: «Det lille som var igjen av meg selv (mistet seg selv), måtte gjøre noe kraftfullt, så jeg stakk meg selv hardt med en kniv.»

Nye ideer og sterk tilbaketrekning

Dimensjonen ble konsistent rapportert som et samlet symptomkompleks, men består av delaskpekter (eller stadier), ikke ukjente som enkeltfenomener (ny idé, ekstrem oppptatthet, tilbaketrekning). Ideene var nesten utelukkende basale eksistensielle temaer. Ekstrem oppptatthet fant mange uttrykk: «Overdreven grubling... taus og reaksjonsløs... snakket i det uendelig om... tankeritualer... satt helt fast.» Det samme gjaldt tilbaketrek-

ning: «De friskeste impulsene var i hodet... ønsket en indre flukt... hverdagslivet ble helt uviktig.» Pasienten var gjennomgående klar over sin tilbaketrekning og hvilke subjektive opplevelser som lå til grunn (tab 1, tab 2), bl.a. grublingen over de nye ideene.

Andre opplevelsesdimensjoner

De øvrige seks dimensjoner omfatter bl.a. nevroseliknende forstyrrelser, tallrike uspesifikke symptomer som forekom før, samtidig med eller sekundært til andre opplevelser. Formelle tankeforstyrrelser (måten å tenke på, ikke innholdet) reflekterte kognitive forandringer som bl.a. affiserte oppmerksomhet, konsentrasjon, hukommelse og språk. Avblekede psykoseliknende forstyrrelser forekom nær psykosestart i tid og bestod av grensepsykotiske avvik i persepsjoner og forestillinger. Det henvises til tabell 2 og originalpublikasjonen for de resterende dimensjoner.

Atferdsdimensjonene (tab 3)

Skoleproblemer er et velkjent, men uspesifikt prodromalfenomen. Det var gjennomgående en tilnærmet total svikt i evnen til å fungere på skolen (n = 9), universitetet (n = 6) eller i arbeid (n = 6), uavhengig av tidligere skoleprestasjoner og prodromlengde (ulikt de tre øvrige atferdsdimensjonene). Svikten var ikke preget av likegyldighet eller interesseløshet, men av en smertefull indre kamp.

Vi identifiserte et *skifte* av interesse(r), altså et mer nyansert fenomen enn det mer alminnelig antatte *tap* av interesse. Interesseskifte ble, naturlig nok, ikke rapportert i de seks korteste prodromene. Endringene var markerte, varige og observerbare; ikke forbigående, naturlige og positive svingninger. Skiftene hadde ingen åpenbare forklaringer, og heller ikke dette utviklet seg i positive og konstruktive rammer, men som et ulykkelig indre strev. Det var en konsekvent dreining bort fra praktiske og sosiale interesser over til kontemplative, introverte og individuelle interesser.

Prodromal tilbaketrekning (nivå A) var svært hyppig, men fluktuerende. Mange hadde også dette i ekstrem grad (nivå B) – sosial isolasjon eller flukt, ved at de forsvant hjemmefra i dager eller uker uten å si ifra, tilbrakte hele dager eller døgn i sengen uten grunn eller unngikk blikkontakt fullstendig.

Den samlede (globale) fremtoningen (de spesifikke atferdstrekk er her underordnet) var hos flere subtilt, men likevel markert forandret, og gjorde foreldrene svært bekymret. «Et eller annet var riv ruskende galt... fullstendig forandret... en annen person... abstrakt språk... glapp ut av samtaler... salig, glassaktig blikk... opptatt av irrelevante detaljer... i sin egen verden.»

Samtlige fire atferdsdimensjoner ble rapportert hos ni av de 13 pasientene som hadde opplevd lengre prodromer (> 25 uker). Ved kortere prodromer (< 13 uker) rapporterte ingen svikt i samtlige fire dimensjoner.

Diskusjon

Det finnes ingen etablert konvensjon for vurdering av validitet i kvalitativ forskning. Dette er snarere en argumentativ disiplin, basert på dialog, der først og fremst indre sammenheng er et hovedkriterium (31). Funnene må derfor valideres etter kriterier som er adekvate for *vår* undersøkelse, med utgangspunkt i funnernes *innhold* og undersøkelsens *formål*. Vi hevder at funnene og tolkingene er valide, at de reflekterer de fenomener vi var ute etter, fordi de har indre sammenheng logisk, klinisk og i lys av litteraturen.

Den valgte design og et noe selektert materiale gjør statistisk baserte påstander irrelevante. Spørsmål relatert til alder og kjønn og problemet med falskt positive prodromer kan heller ikke håndteres innenfor vår design. Hukommelsesproblemet er uunngåelig i retrospektive undersøkelser som denne, og erindringene vil være farget blant annet av den gjennomlevde psykose. I klinisk evaluering av psykoserisiko må uansett flest mulig dimensjoner vurderes samlet og samtidig, med vekt på varighet, alvorlighet, lidelsespress og konsekvenser.

Det er vanskelig å verbalisere prodromale opplevelser. Disse vanskene understrekes fordi et hovedmål i dette feltet er å finne strategier for tidlig oppdagelse. Disse prepsykotiske formidlingsvansker er ikke tidligere fremhevet, verken i sentrale empiriske artikler (19, 20, 32, 33) eller i klassiske lærebøker (34, 35). Enkelte «subjektive nevropsykologiske avvik» som nylig er vist å predikere schizofreni (11), er imidlertid trolig relatert til slike formidlingsvansker. Graden av slike vansker varierte mellom individene, men vanskene var for et flertall fortsatt tydelige under intervjuene. Disse prodromale opplevelsene (inklusive formidlingsvanskene) reflekterer derfor antakelig kontinua som er til stede både før, under og etter akutt psykotisk fase ved schizofreni. I tysk litteratur kalles slike symptomer derfor basissymptomer eller subjektive grunnsymptomer (21).

Personer med større vansker risikerer større forsinkelse av behandling og dårligere prognose. Optimal tidlig oppdagelse forutsetter at hjelpeapparatet har kunnskap om slike hindringer.

Prodromale kjernedimensjoner og psykoseforståelse

Forståelsen av psykopatologi i psykosefeltet har i Norge tradisjonelt vært preget av psykodynamisk teori, men i økende grad de siste 20 år av anglosaksisk deskriptiv tilnærming. Grove, alvorlige atferdsavvik dominerer dagens diagnostiske kriterier, særlig innenfor DSM. Filosofiske eller fenomenologiske perspektiver på prodrom og psykose står svakt i Norge. De var bedre kjent i midten av forrige århundre, da de faglige båndene til tysk psykiatri var sterkere. På kontinentet har fenomenologisk psykiatri stått sentralt lenge (21, 36, 37), særlig i Frankrike

Tabell 2 Åtte naturalistiske dimensjoner av opplevelse i det initiale prodrom ved schizofreni, med typiske sitater og rapportert forekomst

Tentative opplevelsesdimensjoner	Eksempler på typiske rapporterte opplevelser	Rapportert forekomst
Fundamental forstyrrelse av selvopplevelsen ¹	En smertefull følelsesmessig likegyldighet og avstand til meg selv Noe inni meg var blitt umenneskelig En skremmende følelse av å være uvirkelig, totalt forandret og tåkete Prøvde å finne ut hvem jeg var ved å granske bilder av meg selv, notater og dagbøker En vedvarende uvirkelighetsfølelse Følte meg som en tilskuer til mitt eget liv	16
Ekstrem opptatthet av og tilbaketrekning til nye ideer/temaer ¹	Var oppslukt av og grublet over min egen indre verden Måtte definere og analysere alt jeg tenkte på Trenge nye begreper på verden og den menneskelige eksistens Oppslukt av religiøs mystisisme og filosofi: meditasjon, ritualer, symboler, reinkarnasjon, livet etter døden Tanker om overnaturlige fenomener tok over hele mitt liv og mine tanker, og preget alt	14
Uspesifikke nevroseliknende forstyrrelser	Depresjon. Selvmordstanker. Angst/panikk. Svingende humør. Sosial angst. Søvnvansker. Indre spenning. Rastløshet. Tvangssymptomer. Irritabilitet. Sinne/raseri. Utagering	14
Formelle tankeforstyrrelser	Vanskelig å gi tankene en retning Store vansker med konsentrasjon og hukommelse Tankene ble helt forstyrret, overfladiske, ulogiske Jeg hadde så mange tanker at jeg ikke greide å snakke med folk En smertefull og skremmende følelse av at hjernen var helt død Uventede eller fremmede tanker kunne plutselig presse seg på	13
Avblekede psykoseliknende forstyrrelser	Jeg hørte <i>kanskje</i> noen som lo og snakket stygt om meg Tenkte at jeg <i>muligens</i> kunne redde familien min fra alt ondt Betraktet jus som et uakseptabelt fag (for alle studenter) Så korte <i>glimt</i> av bilder i løse luften foran meg <i>Uklare</i> tanker om at verden <i>kunne være</i> besatt av fremmede vesener En helt klar stemme spurte <i>ett enkelt</i> nøytralt spørsmål, en gang	13
Forstyrret opplevelse av mental/indre kontroll	Mistet eller var redd for å miste den indre kontrollen Umulig å kontrollere eller følge med på tankene og de indre forandringene Indre kaos	8
Sekundære bevisste mest-ringsforsøk	Prøvde å lindre smertene/ubehaget med alkohol/stoff Presset meg av alle krefter til å være sosial og attraktiv Prøvde å være en helt Måtte være alene, helst fullstendig usynlig	7
Forstyrrelse av enkle (fysiologiske) persepsjoner	Lyder, lukter, farger eller konturer av ting eller mennesker ble opplevd som uvanlig sterke, klare, påtrengende – eller som om de ville meg noe Fordreid persepsjon av egen eller andres kropp (størrelse/oppbygning) Hvor stor er egentlig hånden min? Hvor lang er armen min? Uklart syn. Ringelyder. Tordenskrall i hodet	6

¹ Dimensjon 1 og 2 er tentative kjernedimensjoner

og Tyskland, men også i Danmark (38–41) og England (33, 42, 43). Fundamentale forstyrrelser i opplevelse og bevissthet ved prepsykose og psykose vies heller ikke oppmerksomhet i utdanningen av norske psykiatere og psykologer, verken diagnostisk eller terapeutisk. Vår undersøkelse ble foretatt uten forhåndskjennskap til denne kontinentale tradisjonen, men funnene bekrefter direkte disse fenomenologiske perspektivene (44).

Fenomenene vår undersøkelse beskriver, er primært dype og varige forstyrrelser i selvopplevelse (self-experience, self-consciousness, sense of self), det vil si endrede måter å være seg bevisst sine egne mentale og kroppslige akter (selvbevissthet). Disse fenomenologiske forhold er viet betydelig oppmerksomhet i en nyrevidert dansk lærebok i klinisk psykiatri (41) og i et bredt temanummer i et interdisiplinært tidsskrift (45).

Tabell 3 Fire naturalistiske dimensjoner av atferd i det initiale prodrom ved schizofreni, sammenholdt med DSM-III-R prodromalsymptomer og rapportert forekomst

Tentative prodromale atferdsdimensjoner	Tilsvarende prodromalsymptom i DSM-III-R	Rapportert forekomst
Måtte slutte på skole, universitet eller i arbeid (eller svær skulk)	Markert svekkelse av rollefunksjon i jobb, skole eller hjem	17
Markert og varig observerbart skifte av interesser	Markert mangel på initiativ, interesser eller energi	12
Markert og varig sosial passivitet, tilbaketrekning eller isolasjon (A)	Markert sosial isolasjon eller tilbaketrekning, mangel på initiativ	14
Ekstrem sosial unngåelsesatferd (B)	Merkelig atferd	10
Markert og varig forandring i generell atferd eller fremtoning	Vagt relatert til flere aspekt ved DSM-kategorier	12

Fundamental forstyrrelse av selvopplevelsen

Denne kjernedimensjonen korresponderer med Conrads første fase, trema (scenskrekke), i hans trefasemodell for psykoseutvikling (19). De menneskelige grunnelementer taper sin orden og mening i en atmosfære av dyp angst, så man må stille spørsmål ved hele sin eksistens (43, 46). I britiske lærebøker var et av de mest omtalte tidlige symptomer «forandring i opplevelsen av seg selv» (47). Chapman rapporterte initierende plager hos 40 mennesker med schizofreni, inkludert disse: «Føle seg uvirkelig... død... atskilt... forandret... mangel på følelser» (20). Cutting & Dunne beskrev «uvirkelighet» og «undefinerbar fremmedhet» som opplevelsesevner ved psykosestart (33). «Manglende generell gjenkjennelse» (familiarity) av seg selv og omgivelsene står på Camerons liste over «tidlige spesifikke symptomer ved schizofreni» (18). To nyere omfattende tyske psykopatologiskalaer, oversatt til engelsk, dekker også noen nær relaterte fenomener (48, 49). Det betydelige mentale lidelsespress vi fant var knyttet til slike forandringer, er ikke beskrevet i noen av de nevnte publikasjoner, men må antas å være en viktig validerende faktor i praktisk klinisk evaluering.

Kim og medarbeidere registrerte subjektive opplevelser i *psykotisk* fase hos 237 pasienter med schizofreni, og fremhevet følgende: «Jeg har ingen common sense... det mest essensielle i mennesker fungerer ikke i meg... jeg er blitt ulik mitt egentlige selv» (50). Dette indikerer at slike «prodromale» fenomener ikke avløses av, men persisterer samtidig med konvensjonelle psykosesymptomer. Parnas hevder at «schizofrenitypiske» (bizarre) forestillinger karakteriseres av et dypt endret forhold mellom selvet og verden omkring (40).

Nye ideer og sterk tilbaketrekning

Kjernedimensjonen om ekstrem opptatthet av og tilbaketrekning til nye ideer og temaer er sammensatt: Ny idé/tema, ekstrem og varig opptatthet («besettelse») av temaet og resulterende betydelig sosial tilbaketrekning.

Dimensjonen overlapper Conrads annen fase, apophanie (bli manifest) (19), der «nye meninger og forestillinger knyttes til de nye opplevelsene, alt får sin egen spesielle betydning» (43, 46). I en tysk skala (IRAOS) over debutsymptomer beskrives fenomenet «sterkt opptatt med magiske forestillinger/uvanlige tanker» (49), og i forrige DSM-versjon «merkelige forestillinger». De nye ideene informantene våre beskrev, var ikke nødvendigvis magiske, uvanlige eller merkelige, men knyttet til filosofi, religion, eksistensielle temaer, mental trening, meditasjon, reinkarnasjon etc. Slik ekstrem opptatthet (grubling, hyperrefleksjon) over ideene er et sentralt element også i schizotypi, en nær beslektet ikke-psykotisk tilstand. Tilbaketrekning, kjent fenomen både før og etter psykosedebut, er påfallende lite utforsket med hensyn til opplevelsessgrunnet.

Vi aner en sammenheng (koherens): Uutsigelige, smertefulle forstyrrelser i selvopplevelsen kan medføre at den mentale kapasitet vendes sterkt innad for å lete etter forståelse og mening, også mot nye temaer og ideer som kan motvirke oppløsning av identiteten (20, 51). Våre funn bekrefter også Sass' brede gjennomgang av schizofreni og prodrom i verdenslitteratur og kunst (52). Hans første kilde er Conrad, den andre er den italienske surrealist Giorgio de Chirico, som lånte begrepet «Stimmung» fra Nietzsche for å betegne følgende nøkkel-symptom ved schizofreni: «Å leve i verden som i et enormt museum av fremmedhet.» Sass oppsummerer: «Selv de mest velartikulerte mennesker med schizofreni kan vanligvis ikke annet enn hjelpeløst repetere den samme, håpløst lite dekkende frasen: Alt virker så fremmed... alt er på en måte annerledes» (jf. også de verbale vanskene). Den tredje hovedreferansen til Sass er *The autobiography of a schizophrenic girl*: «Galskap innebar å være helt omsluttet av en permanent uvirkelighet.» Sass hevder også at ved schizofreni er «de grunnleggende drivkreftene i livet primært av kognitiv/epistemologisk natur, ikke libidinøs» (53).

Uspesifikke nevroselignende forstyrrelser

er i seg selv unyttige til tidlig påvisning av prodrom eller psykose, men er som oftest de presenterte plager og vil kunne indikere alvorlighetsgraden av et eventuelt underliggende prodrom. Formelle tankeforstyrrelser overlapper betydelig med flere andre dimensjoner, også kjernedimensjonene. Avblekede psykoselignende forstyrrelser er opplagt mer psykosespesifikke enn de øvrige dimensjoner, men vil gjerne være mindre nyttige til tidlig oppdagelse av prodromet, siden fenomenene ofte opptrer nær psykoseutbruddet. De beskrevne dimensjonene er i varierende grad overlappende, og antall og inndeling er i liten grad et empirisk spørsmål.

Atferdsdimensjoner

Når det gjelder prodromal atferd, tilfører funnene nyanser og detaljer, hvilket var et siktemål med den naturalistiske design. Sviktende interesse for skole og arbeid nevnes som eksempel på prodromalsymptom i DSM-IV. Våre informanter erfarte på det nærmeste fullstendig tapt (kognitiv) evne eller mulighet til å fungere på skole, universitet eller jobb; det var oftest ikke interessen som sviktet. Dette antyder en mulig nytte i å definere denne svikten annerledes og noe strengere. Problemet med falskt positive atferdsendringer er her åpenbart, og en hevet terskel kan være fornuftig. Vi ser også at gode intellektuelle evner bare gir begrenset beskyttelse. Litteraturen har oftest gitt upresise beskrivelser av slik funksjonssvikt (16, 18, 22, 27, 32).

Markert skifte av interesser, tilsynelatende uten grunn, er annerledes enn DSM-III-R-terminen «mangel på interesse eller initiativ». Interesseskifte ble ikke påvist hos individer med kortere prodromer, trolig fordi det tar en viss tid å utvikle dette. Forandringene gikk konsekvent fra praktiske og sosiale interesser til innadvendte og individuelle. Den smertefulle grunntonen er konsistent med Sullivans beskrivelse: «Depresjon er vanligvis en slags stillstand, mens den schizofrene depresjon er en ulykkelige kamp» (17).

Under et psykoseprodrom trekker individet seg tilbake fordi vedkommende ikke mestrer alminnelig menneskelig nærhet. Sosial tilpasning under prodromet er viktig fordi det predikerer videre sosial fungering (54). Tilbaketrekningens nytte som forvarsel om psykose ligger imidlertid i de underliggende opplevelser.

Familiene rapporterte ofte at «det er noe som ikke er som det skal være». Dette avspeilte et komplekst globalt inntrykk, som gjorde familien svært bekymret. Fenomenet hadde betydelig effekt på omgivelsene og minner om den klassiske tyske betegnelsen «Praecoꝰgefühl», som indikerer at «tilstanden (schizofreni) gjenkjennes uten å snakke med vedkommende, ved observasjon alene, ved helheten i pasientens ekspressivitet» (55).

Professor Thomas H. McGlashan, Yale psykiatriske institutt, New Haven, USA, gav uvurderlig støtte og faglig inspirasjon gjennom store deler av prosjektiden. Dr.med. Tor K. Larsen ved Sentralsykehuset i Rogaland gjennomgikk et utvalg av pasientintervjuene for å bedømme estimeringen av tidsintervallene og kategoriseringen av fenomenene.

Litteratur

- Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM, Mayerhoff DI, Geisler SH, Szymanski SR. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1183–8.
- Wyatt RJ, Green MF, Tuma AH. Long-term morbidity associated with delayed treatment of first admission schizophrenic patients: a re-analysis of the Camarillo State Hospital data. *Psychol Med* 1997; 27: 261–8.
- Haas GL, Garratt LS, Sweeney JA. Delay to first antipsychotic medication in schizophrenia: impact on symptomatology and clinical course of illness. *J Psychiatric Res* 1998; 32: 151–9.
- Carbone S, Harrigan S, McGorry PD, Curry C, Elkins K. Duration of untreated psychosis and 12-month outcome in first-episode psychosis: the impact of treatment approach. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 96–104.
- Drake RJ, Haley CJ, Akhtar S, Lewis SW. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 511–5.
- Altamura AC, Bassetti R, Sassella F, Salvadori D, Mundo E. Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first-episode schizophrenia: a retrospective study. *Schizophr Res* 2001; 52: 29–36.
- Larsen TK, McGlashan TH, Johannessen JO, Friis S, Guldborg C, Haahr U et al. Shortened duration of untreated first episode of psychosis: changes in patient characteristics at treatment. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1917–9.
- Bottlender R, Sato T, Jager M, Groll C, Strauss A, Moller HJ. The impact of duration of untreated psychosis and premorbid functioning on outcome of first inpatient treatment in schizophrenia and schizoaffective patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252: 226–31.
- Wyatt RJ. Early intervention for schizophrenia: can the course of the illness be altered? *Biol Psychiatry* 1995; 38: 1–3.
- McGlashan TH. Early detection and intervention of schizophrenia: rationale and research. *Br J Psychiatry* 1998; 172 (suppl 33): 3–6.
- Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 158–64.
- Weinberger D. From neuropathology to neurodevelopment. *Lancet* 1995; 346: 552–7.
- Rapoport JL, Giedd JN, Blumenthal J, Hamburger S, Jeffries N, Fernandez T et al. Progressive cortical change during adolescence in childhood-onset schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 649–54.
- Møller P. Duration of untreated psychosis: are we ignoring the mode of initial development? An extensive naturalistic case study of phenomenal continuity in first-episode schizophrenia. *Psychopathology* 2001; 34: 8–14.
- Ho BC, Andreasen NC. Long delays in seeking treatment for schizophrenia. *Lancet* 2001; 357: 898–900.
- Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull* 1996; 22: 353–70.
- Sullivan HS. The onset of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1927; 151 (suppl 6): 135–9.
- Cameron DE. Early schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1938; 95: 567–82.
- Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Stuttgart: Georg Thieme, 1958.
- Chapman J. The early symptoms of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1966; 112: 225–51.
- Huber G. Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1966; 34: 409–26.
- Varsamis J, Adamson JD. Early schizophrenia. *Can Psychiatr Ass J* 1971; 16: 487–97.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4. utg. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
- The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Genève: World Health Organisation, 1992.
- Gross G. The onset of schizophrenia. *Schizophr Res* 1997; 28: 187–98.
- Chapman LJ, Chapman JP. The search for symptoms predictive of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 497–503.
- Beiser M, Erickson D, Fleming JAF, Iacono WG. Establishing the onset of psychotic illness. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1349–54.
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. Structured clinical interview for DSM-III-R patient version (SCID-P 6/1/88). New York: New York State Psychiatric Institute, 1988.
- Huberman AM, Miles MB. Methods of collecting and analyzing empirical materials: data management and analysis methods. I: Denzin NK, Lincoln YS, red. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994: 428–44.
- Møller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophr Bull* 2000; 26: 217–32.
- Kvale S. Validity in the qualitative research interview. *Methods* 1987; 1: 37–72.
- Yung AR, McGorry PD. The initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects. *Aust N Z J Psychiatry* 1996; 30: 587–99.
- Cutting J, Dunne F. The nature of the abnormal perceptual experiences at the onset of schizophrenia. *Psychopathology* 1986; 19: 347–52.
- Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer, 1913.
- Fish F. *Fish's Schizophrenia*. Bristol: John Wright, 1976.
- Minkowski E. *La schizophrénie*. Paris: Payot, 1927.
- Blankenburg W. *Der Verlust der Natürlichen Selbstverständlichkeit: ein Beitrag zur Psychopathologie Symptomarmer Schizophrenien*. Stuttgart: Enke, 1971.
- Parnas J, Bovet P. Autism in schizophrenia revisited. *Comprehensive Psychiatry* 1991; 32: 7–21.
- Bovet P, Parnas J. Schizophrenic delusions: a phenomenological approach. *Schizophr Bull* 1993; 19: 579–97.
- Parnas J. On defining schizophrenia. I: Maj M, Sartorius N, red. *Evidence and experience in psychiatry*. World Psychiatric Association Series. Bd 2, Schizophrenia. New York: John Wiley, 1999: 43–5.
- Parnas J. Det skizofrene spektrum. I: Hemmingsen R, Parnas J, Gjerris A, Reisby N, Kragh-Sørensen P, red. *Klinisk psykiatri*. 2. utg. København: Munksgaard, 2000: 281–378.
- Hemsley DR. The disruption of the «sense of self» in schizophrenia: potential links with disturbances of information processing. *Br J Med Psychol* 1998; 71: 115–24.
- Cutting J. Gestalt theory and psychiatry: discussion paper. *J Royal Soc Med* 1989; 82: 429–31.
- Møller P. The phenomenology of the initial prodrome and untreated psychosis in first-episode schizophrenia. An exploratory naturalistic case study. Doktoravhandling. Oslo: Diakonhjemmets sykehus og Ullevål universitetssykehus, Universitetet i Oslo, 2000.
- The phenomenology of schizophrenia: three classic approaches. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 2001; 8.
- Berner P. Delusional atmosphere. *Br J Psychiatry* 1991; 159 (suppl 14): 88–93.
- Timbury GC, Mowbray RM. The diagnosis of schizophrenia by Scottish psychiatrists. *Br J Psychiatry* 1964; 110: 174–80.
- Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M. BSABS. Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen. Heidelberg: Springer-Verlag, 1987.
- Häfner H, Riecher-Rössler A, Hambrecht M, Maurer K, Meissner S, Schmidtke A et al. IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. *Schizophr Res* 1992; 6: 209–23.
- Kim Y, Takemoto K, Mayahara K, Sumida K, Shiba S. An analysis of the subjective experience of schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1994; 35: 430–6.
- à Campo J, Frederikx M, Nijman H, Merckelbach H. Schizophrenia and changes in physical appearance. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 197.
- Sass LA. The truth-taking stare. I: Sass LA. *Madness and modernism. Insanity in the light of modern art, literature, and thought*. New York: Basic Books, 1992: 43–74.
- Sass LA. The paradoxes of delusion. Wittgenstein, Schreber and the schizophrenic mind. Ithaca: Cornell University Press, 1994.
- Häfner H, Nowotny B, Löffler W, an der Heiden W, Maurer K. When and how does schizophrenia produce social deficits? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 246: 17–28.
- Rümke HC. The nuclear symptom of schizophrenia and the praecoxfeeling. *Hist Psychiatry* 1990; 1: 331–41.