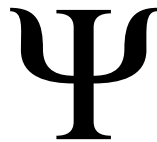




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Selvforstyrrelse som kjernemarkør for pre – psykotisk fase

–

Klarer SIPS (Strukturert Intervju for ProdromalSyndromer) å fange opp selvforstyrrelse?

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

**Bodil Sandve
Andrea Bjerke Skålvik**

Vår 2009

Veileder
Johannes Langeveld

Biveileder
Tor K Larsen

Forord

Vi først og fremst å takke vår veileder, psykologspesialist Johannes Langeveld ved TOPP – prosjektet i Stavanger. Du har vært til stor hjelp i oppgaveskrivingen. På tross av geografisk avstand, har du alltid vært snar med å svare på mail og telefoner, og gitt oss mye støtte og oppmuntring i skriveprosessen.

Vi vil også rette en stor takk til forskningsleder i TOPP – prosjektet, Tor K. Larsen, som lot oss få bruke dataene i TOPP – prosjektet i vår studie, og som tok på seg å være biveileder for oppgaven vår. Med ditt engasjement og skarpe, kritiske blikk har du hjulpet oss til å belyse vanskelige fenomen med et mer nøkternt blikk, og oppmuntret oss til å ”tenke selv”.

Takk også til Paul Møller ved Forsknings - og utviklingsenheten ved Buskerudklinikken, som har bidratt med engasjement og verdifulle innspill, og vært raus med å sende relevant litteratur for oppgaven vår.

Bodil takker sin kjære Anders; for omsorg og oppmuntring i intense faser av oppgaveskrivingen; og ved å fungere som min personlige ”biveileder”. Du har imponert meg med ditt skarpe blikk for god oppgaveskriving, språk og struktur. Du er helten! ☺ Jeg vil også takke mine foreldre for kost, losji og omsorg under opphold i Stavanger, samt engasjement, oppmuntring og faglige innspill.

Andrea; jeg vil takke Eirik for å være min støtte gjennom alle dager. Selv over lang avstand får du opp humøret mitt når metodiske betraktninger går i stå. Du er alltid den beste!

Sammendrag

De senere år har man sett en økt interesse for den tidlige fasen til schizofreni og andre psykotiske lidelser. Ulike kartleggingsinstrumenter har blitt utviklet for å identifisere personer i pre – psykotisk fase. Strukturert Intervju for Prodromalsymptomer (SIPS) er et kartleggingsinstrument brukt i prosjektet Tidlig Oppdagelse av Pre – Psykoser (TOPP) i Stavanger med fokus på svekkede positive symptomer og genetisk risiko. Fenomenologisk forskning viser til selvforstyrrelse som kjernemarkør ved psykotiske lidelser; spesielt schizofreni. Hensikten med denne studien er å se hvorvidt prodromalpasienter, som konverterer til psykose, viste en høyere grad av selvforstyrrelse før konversjon enn de som ikke konverterer, og om SIPS – instrumentet kan brukes til å kartlegge selvforstyrrelse i en prodromalfase. Det ble foretatt en innholdsanalyse av det skriftlige materialet i TOPP – prosjektet for å lete etter beskrivelser av selvforstyrrelse. Vår studie viser at deltakere som senere konverterte til psykose (n=5) hadde en signifikant høyere grad av beskrevet selvforstyrrelse ved inklusjon enn de som ikke konverterte (n=5), uten at de viste en signifikant høyere skåre på SIPS - item som ble vurdert å reflektere mulig selvforstyrrelse. Studien gir støtte til antagelsen om selvforstyrrelse som risikomarkør ved psykose, det trengs imidlertid mer forskning for å belyse selvforstyrrelse som kjernemarkør ved psykoselidelser.

Abstract

Recent years have seen an increased interest in the early phase of schizophrenia and other psychotic disorders. Assessment instruments have been developed to identify individuals in a pre – psychotic phase. The Structured Interview for Prodromal Syndromes is an instrument used in the clinic of Early Treatment of PrePsychosis (TOPP), Stavanger, with a focus on attenuated positive symptoms and genetic risk. Phenomenological researchers have shown self - disturbance to be a core marker of psychotic vulnerability; particularly of schizophrenia. The objective of this thesis is to assess whether prodromal patients, that converted to psychosis, showed a higher degree of self - disturbance before conversion than those who did not convert; and to assess whether SIPS can be used to assess self - disturbance in the prodromal phase. A content analysis was used to analyze the documents of the TOPP – project for descriptions of self – disturbance. Our study showed that participants converting to psychosis (n=5) had a significant higher degree of described self - disturbance than those who did not convert (n=5), although this was not reflected in a significant higher score of item in SIPS considered to be relevant for self - disturbance. This study supports the supposition of self - disturbance as a vulnerability marker of psychosis more research is needed to elucidate the role of self – disturbance as a core marker of psychosis.

Innholdsfortegnelse

Abstract	i
Sammendrag	ii
Forord	iii
Oversikt over forkortelser	vii
1.0 Innledning	8
1.1 Schizofreni	8
1.2 Prodromalfasen	10
1.2.1 Begrepsavklaring	10
1.2.2 Symptomer	12
1.2.3 Definisjon av prodromaltilstand	14
1.2.4 Prodromalforskning	15
1.2.5 Strukturert Intervju for Prodromalsyndromer	17
1.3 Fenomenologi og psykoseforståelse	21
1.3.1 Begrepsavklaring	21
1.3.2 Den klassiste fenomenologiforståelse	22
1.3.3 Fenomenologi forstått som deskriptiv psykopatologi	25
1.3.4 Fenomenologisk kritikk av dagens psykoseforståelse	27
1.3.5 Fenomenologisk kritikk av prodromalforskning	30
1.4 Selvforstyrrelse som essens i psykoseforståelse	31
1.4.1 Selvforstyrrelse som risikomarkør i prodromalfasen	33
1.4.2 EASE: Examination of Anamalous Self-Experience	34
1.4.3 Finnes det andre instrumenter som kan måle selvforstyrrelse?	38
1.5 Forsknings spørsmål	39

2.0 Metode	40
2.1 Bakgrunn	40
2.2 Etske hensyn og innhenting av tillatelser	40
2.3 Studiens design	40
2.4 Utvalg	41
2.5 Instrument	42
2.5.1 Instrument brukt i TOPP – prosjektet	42
2.5.2 Instrument brukt i denne studien	42
2.6 Prosedyre i TOPP – prosjektet	44
2.7 Analyse	45
2.7.1 Teoretisk gjennomgang	45
2.7.2 Innholdsanalyse	46
2.7.3 Statistisk analyse	48
3.0 Resultater	50
3.1 Fordeling i kategorier for beskrevet selvforstyrrelse.....	50
3.2 Sammenheng mellom beskrevet selvforstyrrelse og konvertering til psykose...51	
3.3 Sammenligning EASE item med SIPS item.....	52
3.4 Sammenheng mellom skåre på selvforstyrrelse og skåre på utvalgte item i SIPS.....	53
4.0 Diskusjon	54
4.1 Oppsummering av hovedfunn	54
4.2 Forutgår selvforstyrrelse psykoseutvikling?	54
4.3 Klarer SIPS å fange opp selvforstyrrelse?	56
4.3.1 Samsvar mellom beskrivelse av selvforstyrrelse og skåre	

på utvalgte item i SIPS	57
4.3.2 Sammenligning av EASE og SIPS	57
4.3.3 Oppsummering	63
4.4 Etisk diskusjon	64
4.5 Metodiske betraktninger	65
4.5.1 Studiens design	65
4.5.2 Statistiske betraktninger	67
4.6 Forslag til videre forskning	68
4.7 Konklusjon	69
Referanseliste	71
Appendiks	

Oversikt over forkortelser

På grunn av de mange forkortelsene i oppgaven har vi valgt å inkludere en oversikt over forkortelsene som forekommer.

Forkortelse	Utskrevet forkortelse	Første gang referert
BLIPS	Brief Limited Intermitten Psychotic Symptoms	17
GRD	Trait and State Risk Factors	17
APS	Attenuated Positive Symptoms	17
BSABS	Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms	15
CAARMS	Comprehensive Assessment of At Risk Mental State	16
COPS	The Criteria of Prodromal State	18
DSM	Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders	8
EASE	Examination of Anomalous Self - Experience	34
GAF	Global Assessment of Functioning	18
ICD	International Classification of Diseases	9
PACE	Personal Assessment and Crisis Evaluation	17
PAS	Premorbid Assessment Scale	42
PRIME	Prevention through Risk Identification, Management and Education	17
SIPS	Structured Interview for Prodromal Syndromes	16
SOPS	Scale of Prodromal Symptoms	18
TIPS	Early Treatment and Intervention in Psychosis	21
TOPP	Early Treatment of PrePsychosis	21
VUP	Duration of Untreated Psychosis	14

1.0 Innledning

1.1 Schizofreni

Ordet schizofreni kommer fra gresk *schizo* og *phrenos* og betyr opprinnelig ”splittet sinn”. Schizofrenibegrepet er omdiskutert og man viser fremdeles til schizofreni som et syndrom, og ingen klart avgrenset sykdomstilstand. Det er uenighet om hvorvidt schizofrenibegrepet dekker en enhetlig lidelse eller flere ulike lidelser (Bentall, 2004). Schizofreni er en psykotisk tilstand som gjør at personen med schizofreni har en manglende evne til å skille mellom seg selv og sin omverden. Personens evne til realitetsorientering og realitetstesting har blitt svekket (Johannessen, 2005). Dette er karakteristiske trekk ved alle psykoselidelser, schizofreni klassifiseres fra andre psykoselidelser ved lengre varighet, alvorlig nedsettelse av funksjon, og ekskludering av andre sykdommer som kan forklare symptomene (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*, 2000).

Fra Schneiders tenkning rundt førsterangssymptomer på 50 – tallet har det utviklet seg en tradisjon innen psykiatrien med et skille mellom positive, negative og disorganiserte symptomer ved psykose. Positive symptomer henspeiler på en forståelse av at personens tilstand preges av ”noe som kommer i tillegg” til personens normale sansing og persepsjon. Eksempler kan være hallusinasjoner og vrangforestillinger. Motsatt henspeiler begrepet negative symptomer på *en forståelse av* at personen mangler noe han vanligvis har. Eksempler på negative symptomer kan være affektflathet, oppmerksomhetsforstyrrelse, innskrenket taleevne, mild apati og tendens til asosial atferd. Disorganiserte symptomer beskriver symptomer av kognitiv disorganisering; forstyrrelser av språk, tenkning og atferd (Bentall, 2004; Johannessen, 2005). Disse symptomkategoriene har senere blitt avgjørende for psykosekriteriene i de mest brukte diagnosemanualene i dag; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, versjon IV (heretter: DSM) og *International Classification of*

Diseases (heretter: ICD), versjon 10 (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR, 2000; ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer, 1999*). Den diagnostiske manualen DSM ble utviklet i den hensikt å skape en deskriptiv definisjon av psykiske lidelser flest mulig kunne enes om. Ved bruk av omfattende operasjonalisering kunne man øke reliabiliteten til fenomenene som var beskrevet. Begrepet operasjonalisering vil bli grundigere forklart i del 1.3 om fenomenologi. DSM og dens senere revideringer har blitt akseptert som den ultimate autoritet på vedrørende forståelse og diagnostisering av psykiske lidelser (Andreasen, 2007). Ut i fra fokuset som oppstod rundt de symptomene som kunne brukes i en deskriptiv tilnærming til fenomenet har det i DSM blitt fokusert spesielt på de positive symptomene innenfor psykoselidelser. De positive symptomene har blitt betraktet som manifestasjoner av psykose og har dermed fått en definerende makt for psykosekriteriene (Bentall, 2004).

Blant de tidligste teoriene om schizofreni hadde mange et fokus på forstyrrelse i selvopplevelsen. Bleuer skrev alt i 1911 om en ”grunnleggende forstyrrelse” i personligheten, som et grunntrekk ved schizofreni, og Kraepelin hevdet at en manglende enhet i bevisstheten (”et orkester uten dirigent”) representerte selve kjernen i schizofreni (Parnas & Handest, 2003a). Med den økende fokuseringen på de positive symptomene som manifestasjoner av psykose, har forstyrrelser i selvopplevelsen blitt lite vektlagt i dagens psykoseforståelse. I den nåværende versjonen av diagnosemanualen ICD; ICD – 10, beskrives det i introduksjonskommentarene til schizofreni at ”Lidelsen rammer de mest grunnleggende funksjonene som gir normale personer en opplevelse av individualitet, egenart og mening” (*ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer, 1999*). I den siste reviderte versjonen av DSM – systemet, DSM – IV, er det tilføyd at ”Psykotiske symptomer er ikke nødvendigvis de mest sentrale trekk ved denne lidelsen” (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR, 2000*). Til tross

for dette fokuserer diagnosemanualene på positive symptomer og enkelte negative symptomer. Senere i oppgaven vil det beskrives hvordan fenomenologiske teoretikere i dag har fått frem igjen et fokus på selvforstyrrelse som en kjernemarkør ved schizofreni.

1.2 Prodromalfasen

“The psychiatrist sees too many end-states and deals professionally with too few of the prepsychotic... The great number of our patients have shown for years before the break, clear signs of coming trouble.”

- H. S. Sullivan, 1927.

1.2.1 Begrepsavklaring

Ordet prodrom er gresk og betyr forløper. Ordet viser til at man antar at det finnes en fase som kommer som en forløper for lidelsen schizofreni. Begrepet er mye brukt innen somatisk medisin og brukes da om fasen før selve sykdomsutbruddet hvor pasienten opplever de første symptomene og varselsignalene på at noe begynner å skje (A. Yung, Phillips, & McGorry, 2004). Dette begrepet impliserer dermed at personen opplever symptomer gjennom denne fasen og at personen vil utvikle en sykdom etter prodromet. Prodromalfasen vil dermed måtte bli definert retrospektivt; hvis ikke sykdommen har slått ut kan man heller ikke si at sammensetningen av prodromalsymptomene utgjør en fase som forutgår sykdommen.

Man kan skille mellom to typer prodromalfaser. Den første er *initialt* prodrom som betegner fasen som forutgår selve syndromet schizofreni, mens den andre; *relapse* prodrom betegner fasen pasienten kan komme inn i etter en periode med schizofreni i remisjon (Klosterkotter, Schultze-Lutter, & Ruhrmann, 2008). I denne oppgaven forholder vi oss til begrepet *initialt* prodrom når det skrives om prodrom og prodromalfasen.

Bruken av begrepet prodrom i sammenheng med schizofreni er det lite empirisk belegg for, man kjenner ikke nok avgrensede prodromalsymptom til å fastslå at dette er en klart avskilt fase som leder til schizofreni (Rishovd Rund, 2005). I tillegg er begrepet befestet med en medisinsk forklaringsmodell til schizofreni; begrepet viser til at schizofreni er en sykdom som har et fast forløp (A. Yung et al., 2004). Begrepet prodrom har andre implikasjoner ved at de personene som ikke utvikler psykose vil bli karakterisert som ”falske positive”. Eksempelvis vil man ved studier hvor konversjonsraten er 40 %, identifisere 60 % som en i prodromalfase selv om de aldri utvikler psykose (A. Yung et al., 2004). Fremdeles er psykose og schizofreni oppfattet av den generelle befolkningen som svært skremmende og stigmatiserende, en falsk betegnelse som ”mulig psykotisk” kan derfor være belastende for personen.

Andre benevnelser som ”hypopsykose”, ”at risk mental state”, ”high risk” og ”ultra high risk” har også blitt brukt om denne antatt prepsykotiske tilstanden. Begrepene med benevning av risiko viser at personen er i en risikotilstand, men definerer ikke klart hva denne tilstanden grenser opp mot. Hypopsykose referer til at personene har en klinisk tilstand som grenser opp mot psykose. Hypopsykose kan tenkes å være for psykose som hypomani er for mani. Tilstanden kan utvikle seg til manifest psykose eller den kan forsvinne med tiden, eller som en konsekvens av behandling. Ved bruk av begrepet hypopsykose unngår man konseptet falske positive (Larsen, 2004), men man står samtidig i fare for å kalle noe for *psykoselignende* som muligens ikke har noe med psykose å gjøre.

Det finnes foreløpig ikke et begrep som alle kan enes om i forskningen rundt de symptomer som oppstår i fasen før psykosen. Til tross for sine svakheter er begrepet prodrom fremdeles mest brukt innen schizofreniforskningen og har størst konsensus (McGlashan, 2003). For å unngå forvirring rundt begrepsbruken velger vi i denne oppgaven å forholde oss til begrepet prodromalfase.

Til tross for uenighet vedrørende begrepsbruk er det stor enighet om at mange pasienter rapporterer om en fase før den schizofrene debut hvor man føler at noe er galt. Personen opplever seg plaget psykisk og lider ofte av depresjon, angst og sosial isolering. Disse symptomene før psykoseutbrudd har vist seg å ha en gjennomsnittlig varighet på fem år (an der Heiden & Hafner, 2000). Det har blitt vist at de symptomene som forekommer i prodromalfasen kan opphøre av seg selv (A. Yung et al., 2004). En studie av Patrick McGorry og hans kolleger i Melbourne, Australia, har vist at trekk i tenårene er svært vanskelige å skille fra typiske trekk i prodromalfasen (McGorry et al., 1995). Siden symptomene er ikke - spesifikke kan en kombinasjon av symptomene som fremkommer i en prodromalfase til schizofreni ha svært ulike utfall. Ut i fra dagens forskning kan man ikke si hvorvidt de ulike utfallene har ulik etiologi eller hvordan man på et tidlig stadium kan bedømme hvilket utfall en spesiell type sammensetning av symptomer vil få (A. Yung et al., 2004).

1.2.2 Symptomer

For at man skal kunne skille ut en fase forut for selve utbruddet av psykosen må man kunne definere klart de symptomene og varselsignalene som hører til denne fasen. Det har blitt brukt ulike avgrensninger på hvilke symptomer man antar tilhører prodromalfasen. Grovt skissert kan man vise til tre tradisjoner innen feltet; prodromalsymptomer som beskrevet i DSM – III – R, basissymptommodellen og ”at risk mental state” – modellen (Larsen, 2002).

I DSM – III – R var det listet opp ni symptomer som ut fra retrospektive studier viste seg ofte å være i forstadiet til psykose (Larsen, 2002). Disse symptomene var markert sosial isolasjon eller tilbaketrekking; markert svikt i sosiale roller; markert underlig atferd; markert svikt i personlig hygiene; uvanlig eller avflatet følelsesmessig affekt; vag eller omstendelig tale, eller markert reduksjon av talen; underlige trosoppfatninger eller magisk tenkning som influerer på atferden, og som ikke er i tråd med de kulturelle normer; uvanlige perseptuelle

opplevelser; og markert mangel på initiativ, interesse eller energi. Disse symptomene har vist seg å være svært uspesifikke og de er ikke egnet til identifisering av personer som har stor risiko for å utvikle psykose. Sannsynligvis har de relativt høy sensitivitet, men lav spesifisitet og risikoen for falskt positive tilfeller blir dermed uakseptabelt høy (Larsen, 2002). Ved overgangen til DSM – IV ble disse symptomene ikke lengre brukt i en definisjon av prodromalfase.

Den tyske forskningstradisjonen har beskrevet psykosenede symptomer basert på studier av hvordan pasienter beskriver sine subjektive opplevelser i tiden før psykosen utvikler seg. Symptomene som er identifisert ut fra disse studiene er vage, subjektivt erfarte, subkliniske forstyrrelser i vilje, motoriske handlinger, sentrale automatiske funksjoner og stresstoleranse (Gross, Huber, Klosterkötter, & Linz, 1995). Den tyske forskningstradisjonen er innenfor *fenomenologisk* tilnærming; denne tilnærmingen vil bli beskrevet senere i avsnitt 1.3 om fenomenologi og den tyske forskningstradisjonen vil bli beskrevet nærmere i avsnitt 1.2.4 om prodromalforskning.

I den australske tradisjonen med fokus på «at risk mental state» - modellen viser man til åtte hovedgrupper for prodromale trekk ved schizofreni. Disse åtte er nevrotiske symptomer; humørrelaterte symptomer; forandringer i vilje; kognitive forandringer; fysiske symptomer; svekkede/avflatede versjoner av psykotiske symptomer; atferdsendringer og andre symptomer (A. Yung et al., 2004). I sin forskning om prodromalfasen har de australske forskerne definert kriteriene for hvilke symptomer som spesifiserer prodromalfasen til å være svekkede positive symptomer, kortvarige begrensede periodiske psykotiske symptomer og risikofaktorer ved trekk og tilstand (A. Yung et al., 2004; A. Yung et al., 2007). Forskningen rundt ”at risk mental state” – modellen vil bli beskrevet nærmere i avsnitt 1.2.4 om prodromalforskning.

Noe av diskusjonen rundt hvilke symptom som er sentrale i prodromet kan skyldes en uklarhet vedrørende hvorvidt man snakker om tidlige (distale) symptomer eller sene (proksimale) symptomer i fasen. Symptomene som er beskrevet fra den australske forskningen rundt «at risk mental» - tilstand har høy grad av psykosenerhet og psykoselighet og kan tenkes å være sene i utviklingen av prodromalsymptomer. Den tyske forskningstradisjonen har beskrevet symptomer som ikke ligner åpenbart på vanlige psykosefenomener og kan tenkes å skildre fenomener som skjer tidlig i en prodromalutvikling (Klosterkotter et al., 2008).

1.2.3 Tidlig intervensjon ved psykose

Forskningen som er gjort rundt tidlig intervensjon ved psykose kan sies å være delt inn i to sektorer med hensyn til hvilken type intervensjon/forebygging man fokuserer på (Killackey & Yung, 2007). *Primær* forebygging av schizofreni er intervensjon før lidelsen utvikler seg. Man identifiserer og behandler individer i prodromalfasen for om mulig å kunne forhindre eller forsinke psykoseutviklingen. Dette er forebygging som senker *insidens* av psykose; antallet nye tilfeller i en gitt populasjon innenfor et gitt tidsrom (Larsen, 2002). Med *sekundær* forebygging oppdager man tilstanden på et tidlig stadium i sykdomsutviklingen og man forhindrer langvarig sykdom. Dette vil da redusere *prevalensen* av tilstanden; hvor mange i en gitt gruppe som har en gitt sykdom til enhver tid (punktprevalens) eller innenfor et gitt tidsrom (periodeprevalens) (Johannessen, 2005; Larsen, 2002). Innen feltet rundt forskningen på schizofreni har sekundær forebygging fokusert på sammenhengen mellom lang varighet av ubehandlet psykose (heretter: VUP) og forløp. Selv om resultatene har variert noe, mener man å se at det er en sammenheng mellom lang VUP og dårlig forløp (Larsen, 2005). Tidlig sekundær intervensjon har også positive konsekvenser for personens symptom- og funksjonsnivå, og er ressursbesparende sammenlignet med tradisjonell behandling

(Killackey & Yung, 2007). Intervensjon innen begge de to typene forebygging sikter mot å behandle pågående symptomer personen opplever og å forhindre fremtidig utvikling av lidelsen (McGlashan, Miller, & Woods, 2001). Intervensjonsstudier har vist at pasienter i prodromalfasen kan behandles og konversjon til psykose kan forhindres ellers forsinkes (Salokangas & McGlashan, 2008).

1.2.4 Prodromalforskning

Kartleggingsinstrumenter brukt ved tidlig intervensjon av schizofreni blir på grunn av varighetskriterier til schizofreni i diagnosemanualene (seks måneder i DSM – IV og en måned i ICD – 10) avhengig av å fokusere på de mer generelle psykostatilstandene (Larsen et al., 2001). De krav man stiller til kartleggingsinstrumenter for prodromalfasen går på tre kriterier. På grunn av den lave forekomsten av psykotiske lidelser i befolkningen er ikke screeninger i stor skala gjennomførbare (Killackey & Yung, 2007). Dermed vil det første kravet til målingsinstrumentene være å definere hva en prodromal tilstand er, for å kunne si hvem som er i denne fasen. For det andre må instrumentet kunne skille effektivt mellom de som konverterer til psykose fra de som ikke konverterer. Som et siste punkt må instrumentene gi en definisjon av overgangen fra prodromalfasen til psykotisk tilstand.

Innen forskning om primær forebygging kan man skille mellom to hovedtradisjoner; en tilnærming som kommer ut i fra vektleggingen av svekkede positive symptomer og en fenomenologisk tilnærming til basissymptomer – den første tilnærmingen er ment å måle sene prodromalsymptomer og den andre tidlige prodromalsymptomer (Klosterkotter et al., 2008; Olsen & Rosenbaum, 2006a). Man kan her vise til at skillet mellom de to tradisjonene går på at man innen den fenomenologiske tradisjonen vil forsøke å beskrive kvalitativt hvordan fenomen oppleves for personen selv og at man innen tilnærmingen til svekkede positive symptomer har større fokus på å få frem en beskrivelse av de symptom og tegn man er ute etter å måle(Olsen & Rosenbaum, 2006a). I denne oppgaven blir kartleggingsinstrumentene

Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (heretter: BSABS) belyst som et verktøy innenfor den fenomenologiske tilnærmingen og Comprehensive Assessment of at Risk Mental States (heretter: CAARMS) blir belyst som et verktøy innenfor tilnærmingen på svekkede positive symptomer. Kartleggingsinstrumentet som er fokus for vår studie; Structural Interview for Prodromal Syndromes (heretter: SIPS), blir beskrevet i større detalj i avsnitt 1.2.5. Begrepet fenomenologi vil bli beskrevet i større detalj i avsnitt 1.3.

Ut i fra tenkningen rundt basissymptomer i den tyske forskningstradisjonen ble Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms (BSABS) utviklet (se beskrivelse av basissymptomene i del 1.2.2). Denne skalaen har operasjonelle definisjoner av de prepsykotiske avvikene (Klosterkötter, Hellmich, Steinmeyer, & Schultze-Lutter, 2001). BSABS er ikke konstruert for tradisjonell diagnostisk gruppering, den retter seg altså ikke mot å tilstrebe en henvisning til en anerkjent diagnose. Man kan dermed lett få inntrykk av at basissymptomene opptrer i ulike psykiske lidelser, men teoriene og studiene til den tyske forskningstradisjonen har vist at disse symptomene er spesifikke for schizofreni (Gross et al., 1995; Klosterkötter et al., 2001). Undersøkelser viser at de spesifikke symptomene for schizofreni spesielt gjelder tanke-, persepsjons-, og handlingsforstyrrelser, samt coenestetiske symptomer (legemssansforstyrrelse) (Gross et al., 1995). Siden BSABS ikke er rettet direkte mot kartlegging av schizofreni gir selve Bonn-skalaen ingen klar definisjon på prodromaltilstand og overgang til psykose. I følge teorien rundt basissymptomer, vil utviklingen av de tidlige symptomene i psykose skje i tre nivåer. Personen vil først oppleve ukarakteriske basissymptomer (nivå 1) som ikke er spesifikke for schizofreni, deretter utvikles disse til karakteristiske basissymptomer (nivå 2). Til slutt vil personen kunne utvikle psykotiske symptomer (nivå 3). I enkelte tilfeller vil symptomer på nivå 1 og 2 kunne forsvinne av seg selv uten at personen går over til nivå 3 (Schultze-Lutter, 2009). Tilstedeværelsen av minst et BSABS – symptom predikerte schizofreni med en sannsynlighet

på 78 % (Klosterkötter et al., 2008). BSABS - manualen har fungert som utgangspunkt for flere nye manualer, bl.a CAARMS og SIPS (Larsen, 2002).

The Personal Assessment and Crisis Evaluation clinic (heretter: PACE) ble etablert i 1994 og er en del av et omfattende forskningsarbeid på tidlig intervensjon ved psykose (A. Yung et al., 2004). PACE – studiet har utviklet the Comprehensive Assessment of At Risk Mental States (heretter: CAARMS) for prospektivt å kunne vurdere symptomer og tegn som minner om psykotiske symptomer. CAARMS har vist seg ha å bra til utmerket interraterreliabilitet og samsvarende validitet (A. Yung et al., 2007). Studier på den prediktive validiteten til CAARMS har vist at blant 49 personer, identifisert med kriteriene til CAARMS for å være i en høyrisikogruppe, utviklet 20 (40,8 %) en psykotisk lidelse innen 12 måneder (A. R. Yung et al., 2003). PACE retter seg mot personer som er hjelpesøkende for å kunne ekskludere ut de som opplever symptomer, men ikke er plaget av disse og heller ikke trenger hjelp (Van Os, Hanssen, Bijl, & Ravelli, 2000; A. Yung et al., 2004). I tillegg til kriteriet om å være hjelpesøkende har CAARMS følgende tre inkluderingskriterier for prodromalfasen; 1. svekkede psykotiske symptomer (Attenuated Psychotic Symptoms – APS), 2. kortvarige begrensede periodiske psykotiske symptomer (Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms – BLIPS), 3. risikofaktorer ved trekk og tilstand (Trait and State Risk Factors) (A. Yung et al., 2004; A. Yung et al., 2007). CAARMS definerer overgangen fra prodromalfasen til psykose ved tilstedeværelsen av et psykotisk symptom, med en varighet på mer enn en uke og med en symptomfrekvens på flere ganger i uken (A. Yung et al., 2004).

1.2.5 SIPS: Strukturert Intervju for ProdromalSyndromer

PRIME – klinikken (Prevention through Risk Identification, Management and Education) ved Yale Universitet begynte sin virksomhet i 1997 (Larsen et al., 2001). Forskerne ved PRIME - klinikken har utviklet to måleinstrumenter for å operasjonelt definere

diagnose og for å kunne skåre kvantitativt grad av symptomalvorlighet for pasienter i prodromalfasen til psykose (Miller et al., 1999). Disse to instrumentene er SIPS (Structured Interview for Prodromal States) og SOPS (the Severity Scale of Prodromal Symptoms). SIPS integrerer mange av ideene som har kommet frem innenfor den tyske forskningstradisjonen med basissymptomer og forskningen ved PACE – klinikken i Australia. Blant annet går de ut i fra inkluderingskriteriene for prodrom definert av CAARMS (Larsen, 2004; Miller et al., 2003). SIPS kommer ut i fra den samme forskningstradisjonen som CAARMS med en tilnærming ut i fra svekkede positive symptomer (Olsen & Rosenbaum, 2006a).

SIPS er et strukturert diagnostisk intervju og inneholder SOPS (skåringsskalaen for intervjuet som man definerer prodromalfasen ut i fra), sjekklister for schizotypal personlighetsforstyrrelse og vurdering av funksjonsnivå ved hjelp av Global Assessment of Functioning (heretter: GAF). I tillegg inneholder SIPS operasjonelle definisjoner av de tre prodromalsyndromene (the Criteria of Prodromal Syndromes – COPS) og en operasjonell definisjon av psykoseutbrudd (Presence of Psychotic Syndrome – POPS). SIPS har kontrollspørsmål for de enkelte undersymptomene.

Tabell 1 Organisering av SIPS og SOPS

Strukturert Intervju for Prodromal - Syndromer (SIPS)	Skala for prodromalsymptomer (SOPS)
Måleinstrument	P. Positive Symptomer
Skala for prodromalsymptomer (SOPS)	P1 Uvanlig tankeinnhold/vrangforestillinger
Sjekkliste for Schizotypal Personlighetsforstyrrelse (DSM-IV)	P2 Mistenksomhet/forfølgelsesideer
Spørreskjema for familiehistoriee	P3 Storhetsideer
Global Assessment of Functioning scale (GAF)	P4 Perseptuelle abnormiteter/hallusinasjoner
	P5 Disorganisert kommunikasjon
Kriterier	
Tilstedeværelse av psykotiske syndrom (POPS)	N. Negative Symptomer
Kriterier for prodromalsyndromer (COPS)	N1 Sosial anhedoni eller tilbaketrekking
Kortvarig periodisk psykotisk syndrom (BIPS)	N2 Initiativløshet
Svekket positiv prodromalsyndrom (APS)	N3 Redusert uttrykk av følelser
Svekket funksjonsnivå og genetisk risiko prodromaltilstand (GRD)	N4 Redusert opplevelse av følelser og selvet

	N5 Nedsatt iderikdom
	N6 Forverring i rollefungering
	D. Symptomer på disorganisering
	D1 Merkelig oppførsel eller fremtreden
	D2 Bisarr tankegang
	D3 Problemer med fokus og oppmerksomhet
	D4 Forverring i personlig hygiene og sosial oppmerksomhet
	G. Generelle Symptomer
	G1 Søvnforstyrrelse
	G2 Dysforisk stemning
	G3 Motoriske forstyrrelser
	G4 Svekket toleranse overfor normale påkjenninger

(McGlashan et al., 2005; Miller et al., 2003)

SOPS har to skalaer, avhengig av om det er positive symptomer eller negative/disorganiserte/generelle symptomer som vurderes i SIPS (McGlashan et al., 2005). Positive symptomskårer på SOPS fra 1 til 2 indikerer at personen ikke befinner seg i en prodromaltilstand. Fra skåre 3 til 5 blir pasienten beregnet som i en mulig prodromal fase og ved skåre 6 vurderes pasienten som psykotisk (Miller et al., 1999). Ved negative/disorganiserte/generelle symptomer skåringer strekker SOPS – skalaen seg fra 0 (fraværende) til 6 (ekstrem) (McGlashan et al., 2005). Pasienter, som innfrir kriteriene for minst en av prodromaltilstandene i løpet av skåringen av de positive symptomene, evalueres videre med resten av skåringsskalaen i SOPS for negative symptomer, desorganiserende symptomer og generelle symptomer. Ved skåring av de positive symptomene stadfester man om det foreligger en prodromaltilstand, mens man ved resten av skåringen får en fyldig beskrivelse av alvorlighetsgraden av prodromalsymptomene. For hvert bekreftende svar på spørsmål i SIPS skal intervjuer bruke veiledende spørsmål for å skaffe mer informasjon om debut, varighet, hyppighet; lidelsens intensitet; i hvor stor grad det påvirker personens liv og grad av overbevisning/betydning (McGlashan et al., 2005).

Kriterier for prodromalsyndromer etter SIPS (Strukturert Intervju for ProdromalSyndromer):
<i>Kortvarig periodisk psykose (Brief Intermittent Psychotic Syndrome – BIPS)</i>
Symptomer på psykose, med skåre 6 på den positive symptomskalaen i SIPS, av svært kort varighet: mindre enn en time om dagen; ikke hyppigere enn fire dager i uken i løpet av en måned. Dessuten må symptomene ikke være desorganiserende eller farlige. Symptomene må i tillegg ha startet i løpet av de siste tre månedene og må være til stede minst flere minutter daglig minst en dag per måned
<i>Svekket positivt prodromalsyndrom (The Attenuated Positive Symptom syndrome – APS)</i>
Symptomer som er psykoselignende etter SIPS-skalaen (skåre 3 – 5 på den positive symptomskalaen), men som ikke har psykotisk intensitet. De skal ha startet i løpet av det siste året eller ha blitt forverret tilsvarende 1 poeng på SIPS-skalaen i løpet av det siste året. De må i tillegg ha vært til stede minst ukentlig den siste måneden
<i>Genetisk risiko og psykososial forverring (The Genetic Risk and Deterioration syndrome – GRD)</i>
Kombinert risiko for psykoseutvikling ved at en førstegradsslektning har en psykotisk forstyrrelse (affektiv eller ikke-affektiv) og/eller at pasienten innfrir kriteriene for schizotypal personlighetsforstyrrelse i DSM-IV. Funksjonell forverring blir operasjonelt definert som en reduksjon på 30 % eller mer ved måling av Global Assessment of Functioning Scale (GAF) siste måned sammenliknet med siste 12 måneder tidligere (Larsen, 2002; McGlashan et al., 2005)

Prodromaltilstandene BIPS, APS og GRD er ikke gjensidig utelukkende. Pasienter kan innfri kriteriene for 1, 2, eller alle 3 tilstandstypene. Kriteriene for overgang til etablert psykose brukt i PRIME er POPS – kriteriene, som er en del av SIPS – intervjuet. POPS krever at en eller flere av de positive item fra SOPS skal bli skåret på et psykotisk nivå (skåre 6) og ha en varighet av fire dager pr uke for en måned, eller kun en dag hvis symptomene er seriøst disorganiserte eller farlige (Miller et al., 2003). PRIME – klinikken har publisert en validitetsstudie for prediksjon av utvikling til psykose basert på SIPS. Denne studien viser at SIPS var i stand til å predikere psykose til et signifikant nivå (Miller et al., 2003). 8 av 12 av pasientene diagnostisert med prodromalsymptomer utviklet schizofrenipsykose etter 24 måneder, det vil si 67 % (Miller et al., 2003). Studier viser at SOPS sine trente skårere har interrater – reliabilitet på 0.95_{r_{icc}} for totalskåre og det er en reliabilitet på 0.75_{r_{icc}} alle de fire

subskalaene i SOPS (Miller et al., 2003).

SIPS har blitt brukt i flere forskningsstudier om prodromalfasen, der i blant TOPP – prosjektet (Tidlig Oppdagelse av Pre – Psykoser) i Stavanger, Norge. TOPP- prosjektet er et naturalistisk 5 - års oppfølgingsstudie ved Regionalt Senter for Klinisk Psykoseforskning ved Stavanger Universitetssykehus (SUS), psykiatrisk klinikk. TOPP - prosjektet er en del av TIPS - prosjektet (Tidlig oppdagelse og Behandling av Psykoser) ved SUS, som er et pågående internasjonalt studie som tester effektiviteten av tidlig behandling og intervensjon ved schizofreni. TIPS - prosjektet fokuserer på sekundær forebygging, mens TOPP - prosjektet har fokus på primær forebygging. TOPP – prosjektet følger inklusjonskriteriene i samsvar med den originale versjonen av SIPS med unntak av at de ikke har med inklusjonskriteriet kortvarig periodisk psykose (BIPS) da de betrakter dette som Psykose INA i følge DSM – IV og dermed ikke et prodromalsymptom. Videre blir ikke prodromalfase brukt som begrep om tilstanden pasientene er i; TOPP – prosjektet har brukt begrepet hypopsykose. TOPP – prosjektet blir nærmere beskrevet i metodedelen (Larsen, 2004; Larsen, Hodne, Helland, & McCombe, 2006; Olsen & Rosenbaum, 2006b).

1.3 Fenomenologi og psykose

«For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.»

Søren Kierkegaard (1859)

1.3.1 Begrepsavklaring

Den litterære betydningen av begrepet fenomenologi springer ut fra det greske ordet *phainomenon* som oversatt til engelsk betyr *appearance*, og som på norsk kan oversettes til ”*hvordan noe fremstår*” (Spinelli, 1989). Begrepet fenomenologi kan virke noe uklart og forvirrende, da forskjellige doktriner opp gjennom historien har tillagt begrepet svært forskjellig betydning (Hemmingsen, Parnas, Gjerris, Reisby, & Kragh-Sørensen, 2000; Hergenbahn, 2001). Denne forvirringen rundt begrepet fenomenologi kommer tydelig frem innenfor dagens psykiske helsevern, der det finnes ulike innfall til begrepet fenomenologi (Giorgi, 1985; Rulf, 2003; Sass & Parnas, 2003). Det kanskje mest grunnleggende skillet vedrørende forståelsen av begrepet fenomenologi, kan trekkes mellom en forståelse som har sitt utspring fra den klassiske, opprinnelige bruken av begrepet og en bruk av begrepet fenomenologi slik det defineres innen store deler av dagens psykiske helsevern, da spesielt innen den angloamerikanske tradisjonen (Giorgi, 1985; Rulf, 2003; Sass & Parnas, 2003). Den første tilnærmingen definerer begrepet fenomenologi som utforskningen av det *grunnleggende* eller *essensielle* ved menneskelig eksistens og opplevelse med utgangspunkt i personens *egen* forståelse av seg selv. De nyere fenomenologiske teoriene som denne oppgaven vil belyse tilhører den første av disse tilnærmingene. Den sistnevnte tradisjonen representerer en forståelse av fenomenologibegrepet som kritiseres av disse fenomenologene. Innen den sistnevnte tilnærmingen forstås fenomenologibegrepet i sammenheng med *deskriptiv psykopatologi*; som en beskrivelse av ulike symptomer for psykiske lidelser, med hensikt i å kunne operasjonalisere og skåre disse symptomene (Giorgi, 1985; Rulf, 2003; Sass & Parnas, 2003).

På grunn av forvirringen og uenigheten rundt begrepet fenomenologi innen psykisk helsevern, vil de følgende avsnitt beskrive den historiske bakgrunn og utdype det teoretiske grunnlaget for de disse to tilnærmingene til fenomenologibegrepet.

1.3.2 Den klassiske fenomenologiforståelsen

Den opprinnelige forståelsen av begrepet fenomenolog har røtter som kan trekkes helt tilbake til Kants filosofi, men assosieres hovedsakelig med arbeidene til Frantz Brentano og Edmund Husserl mot slutten av 1800 – tallet. Husserl blir av de fleste regnet som grunnlegger av den fenomenologiske retningen, som ofte blir referert til som *husserliansk* eller *transendentalsk* fenomenologi (Spinelli, 1989). I følge Husserl skulle fenomenologien være fri for forutinntatte antagelser; i form av teorier eller modeller. Man skulle derimot ta utgangspunkt i den *rene* opplevelsen slik den ble framstilt i den menneskelige bevissthet (Hergenhahn, 2001). Fenomenologiens hovedfokus var i følge Husserl å avdekke det *essensielle* eller *grunnleggende* ved den menneskelige subjektive opplevelse (Spinelli, 1989). Han brukte begrepet ”ren fenomenologi” for beskrivelsen av en *helhetlig, intakt, og meningsfull* opplevelse, som motsetning til beskrivelse av bevissthetens *komponenter*. Han mente videre at det å bruke naturvitenskapelige metoder for å studere menneskets psyke var å begynne i feil ende. I følge Husserl var det meningsløst å utforske prosesser som persepsjon, hukommelse og andre mentale fenomen, uten først å avdekke den grunnleggende essensen *bak* disse fenomenene. Dette burde gjøres gjennom en *forsiktig, grundig og dyptgående* fenomenologisk analyse. I følge dette synet er det med andre ord *ukorrekt* å bruke begreper som subjektivitet, kognisjon og mentale fenomen som synonymt med fenomenologi. På denne måten kritiserte Husserl alle former for reduksjonisme i tilnærmingen til menneskelig opplevelse (Hergenhahn, 2001).

Husserls universitetsassistent, Martin Heidegger, videreførte Husserls ideer til den eksistensielle filosofien eller *eksistensialismen*. Her kan man trekke et skille mellom den husserlianske fenomenologi med sin opptatthet av opplevelsens *essens* og den eksistensielle fenomenologien som hadde som hovedfokus hvordan mennesket som individ selv *opplever* sin *eksistens* (Spinelli, 1989). Mennesket innehar ikke en eksistens, i følge eksistensialismen;

han *er* sin eksistens. I følge Heidegger er menneskets eksistens uløselig sammenbundet med sin verden. Ludwig Binswanger etablerte eksistensialismen som klinisk perspektiv, og videreførte Heideggers begrep "dasein" som kan oversettes til "å være i verden" til såkalt "dasein-analyse" av pasienters "væren i verden" (Schneider & May, 1995). Binswanger poengterte viktigheten av at man for å kunne hjelpe et menneske med psykiske problemer, må man først utforske denne personens egen forståelse av seg selv og sin situasjon. Her kommer også Kierkegaard sin filosofi inn; hvis man ønsker å hjelpe et menneske, må man i følge Kierkegaard møte dette mennesket der han/hun er og begynne med å prøve å forstå det han/hun forstår (Kierkegaard, 1859).

Den tyske psykiateren og filosofen Karl Jasper videreførte den kliniske fenomenologi inn i det 20. århundret (Fewtrell & Connor, 1995). Jasper definerte fenomenologi som *studiet av pasienters indre opplevelse*. Jasper poengterte den kliniske verdien av å ta utgangspunkt i pasientens *egen* selvrapporing, og å foreta en detaljert, grundig og kvalitativ utforskning av denne, så tett opp til det opplevde som mulig, gjennom samtale med pasienten (Jaspers, 1968). Det eksisterer noe uenighet om hvorvidt man kan si at Jasper tilhører den husserlianske tradisjon (Fewtrell & Connor, 1995; Rotov, 1991; Sass & Parnas, 2003). Jasper selv anerkjente Husserls arbeid, men mente seg ikke *direkte* påvirket av ham (Fewtrell & Connor, 1995). I denne oppgaven velger vi å ikke gå inn i denne debatten.

Den opprinnelige bruken av fenomenologibegrepet danner teorigrunnet for de nyere fenomenologiske teoriene som vil være i fokus for denne studien. Josef Parnas (Hvidovre Hospital, Senter for Subjektiv forskning, Universitetet i København), Louis Sass (Department of Clinical Psychology, Center for Cognitive Science, Rutgers University), og Paul Møller (Forsknings og utviklingsenheten ved Buskerudklinikken) er eksempler på slike moderne fenomenologer, som i stor grad bygger på den klassiske husserlianske fenomenologitradisjonen. Disse definerer begrepet fenomenologi, i tråd med Husserl, som

studiet av helhetlig, intakt, og meningsfull opplevelse, det vil si det *grunnleggende* eller *essensielle* i menneskelig bevissthet (Sass & Parnas, 2003). Den moderne fenomenologi er derimot i like stor grad grunnlagt i den eksistensielle fenomenologien, ved fokus at den eneste måten man kan få en forståelse av det essensielle i opplevelsen, er ved å ta utgangspunkt i personens *egen* forståelse av seg selv og sin situasjon utforske denne grundig og dyptgående (P. Møller, 2008). Det er denne forståelsen av begrepet fenomenologi vi vil sikte til, når vi senere bruker fenomenologibegrepet i denne studien. Disse moderne fenomenologiske teoriene vil belyses nærmere i avsnitt 1.3.4

1.3.3 Fenomenologi forstått som deskriptiv psykopatologi

Den klassiske husserlianske fenomenologien (heretter: fenomenologi) hadde et sterkt fotfeste både i Europa og USA i begynnelsen av 1900-tallet og preget i stor grad forståelse og behandling av psykiske lidelser. Dette synet ble reflektert i de tidligste teoriene om schizofreni hvor mange hadde et fokus på subjektive opplevelser, der i blant forstyrret selvopplevelse (Parnas & Handest, 2003b). Fra 2. verdenskrig av ble den fenomenologiske tradisjonen gradvis spilt ut på sidelinjen i USA. Dette fikk ringvirkninger for fenomenologiens posisjon vedrørende forståelse og behandling av psykopatologi også i Europa. Fenomenologiens tilbakegang kan ses i sammenheng med ulike paradigmeskifter innen det amerikanske psykiske helsevern. Det første paradigmeskiftet kom med psykoanalysens sterke fremvekst i USA, med det resultat at pasientenes *bevisste* subjektive opplevelse ble sett på som uvesentlig for analyseprosessen (Andreasen, 2007). I stor grad som et resultat av psykoanalysens diffuse og abstrakte terminologi og teori, oppstod det et nytt paradigmeskifte ved etableringen av det logisk-positivistiske vitenskapsidealet innen psykisk helsevern på 60-tallet (Andreasen, 2007; Nelson, Yung, Bechdolf, & McGorry, 2008b) Positivismen i sin opprinnelige og strengeste form avviser alle ikke-observerbare fenomen som

tilgjengelig for forskning. Den logiske positivismen representerte en formildning av den opprinnelige positivismen, ved en akseptering av teoretisering rundt ikke-observerbare fenomen, så lenge disse kunne knyttes til direkte observerbare fenomen gjennom *operasjonelle definisjoner*. Det vil si at disse fenomenene kan defineres ved hjelp av metodene som brukes for å måle dem (Hergenhahn, 2001). Fenomener som ikke kunne defineres presist og operasjonelt, ved ikke å være målbare og tilgjengelig for ytre beskrivelse, ble på denne måten avvist som metafysisk spekulasjon (Nelson, Yung, Bechdolf, & McGorry, 2008a). Som en konsekvens av den logisk - positivistiske bevegelsen oppstod et ideal om en felles terminologi for ulike fagdisipliner. Denne etterstrebingen etter enhet og felles terminologi, ble kalt *fysikalisme* (Hergenhahn, 2001). Den diagnostiske manualen DSM ble som nevnt utviklet i hensikt av å skape en deskriptiv definisjon av psykiske lidelser flest mulig kunne enes om. Ved bruk av omfattende operasjonalisering kunne man øke reliabiliteten til fenomenene som var beskrevet. På denne måten vek det fenomenologiske fokus på de grunnleggende subjektive aspekter ved psykose plassen for en vektlegging av de tidligere beskrevne positive, negative og disorganiserte symptomer. Som tidligere nevnt, har denne symptominnndelingen hatt definerende makt for både diagnostisering av etablert psykose, og for vurdering og kartlegging av prodromale symptomer (Bentall, 2004)

Som nevnt innledningsvis har det vokst frem en annen tilnærming innen den angloamerikanske tradisjonen i psykisk helsevern. Fokuset på deskriptiv operasjonalisering av subjektiv opplevelse reflekteres i forståelsen av begrepet fenomenologi som har vært spesielt rådende innen denne tilnærmingen. Denne fenomenologiforståelsen preger derimot også store deler av dagens psykiske helsevern ellers i Europa (Giorgi, 1985; Rulf, 2003; Sass & Parnas, 2003). I denne tradisjonen forstås fenomenologibegrepet som samsvarende med *deskriptiv psykopatologi*; som en beskrivelse av ulike symptomer og uttrykk for psykiske lidelser, både indre, subjektive og ytre ekspressive symptomer. For å avdekke disse symptomene må man

nødvendigvis snakke med pasienten, men dette vil skje i form av en strukturert utspørring for å kartlegge og skåre symptomer. Man vil med andre ord ikke ta utgangspunkt i pasientens *egen* opplevelse, slik blant andre Binswanger poengterte viktigheten av. Til dette fenomenologibegrepet knyttes det også implisitte antagelser om at symptomer kan beskrives og defineres presist og operasjonelt (Hemmingsen et al., 2000; Sass & Parnas, 2003), noe som vil utdypes nærmere i neste avsnitt. Denne bruken av fenomenologi innen dagens psykiatri kritiseres av flere moderne fenomenologer for å være misvisende, om ikke direkte ukorrekt (Giorgi, 1985; Rotov, 1991). Giorgi hevder at den misvisende forståelsen av fenomenologibegrepet hovedsakelig skyldes mangelen på historisk og filosofisk kunnskap innen fagdisiplinene vedrørende den opprinnelige meningen av begrepet fenomenologi, samt en etterstreben etter reliabilitet og kvantifiserbarhet (Giorgi, 1985). Vedrørende forståelsen av psykose, kritiserer moderne fenomenologiske teorier denne bruken av fenomenologibegrepet for å gi en overfladisk beskrivelse av psykotiske symptomer, samt føre til en manglende helhetsforståelse av hva som er det grunnleggende eller essensielle ved psykose (Paul Møller, 2008; Sass & Parnas, 2003). Denne kritikken vil belyses i nærmere detalj i denne studien.

1.3.4 Fenomenologisk kritikk av dagens psykoseforståelse

Som nevnt er Parnas, Sass og Møller eksempler på moderne fenomenologer, som i stor grad bygger på den husserlianske fenomenologiske tradisjonen. Disse peker på viktigheten av en forståelse av det grunnleggende, essensielle ved psykose gjennom å utforske psykotiske pasienters egen forståelse og opplevelse (Møller, 2005a; Sass & Parnas, 2003).

Moderne fenomenologer, deriblant de overnevnte, kritiserer dagens psykiatri for å mangle en enhetlig forståelse av hva som er den *egentlige* patologien som ligger til grunn for schizofreni. Man mangler i følge disse fenomenologene en allment kjent, empirisk dokumentert og sammenhengende grunnforståelse av psykosens natur (Paul Møller, 2008).

Disse mener videre at dette skyldes mangelen på en grundig og *dyptgående utforskning* med utgangspunkt i psykotiske pasienters *egen* opplevelse og forståelse av sin lidelse, samt et overfokus på *beskrivelse* og *kvantifisering* av psykotiske symptomer. På den måten retter moderne fenomenologer et kritisk blikk mot den symptombaserte kartlegging, diagnostisering og behandling av psykose og schizofreni (Paul Møller, 2008; Sass & Parnas, 2003)

For å kunne gjenvinne en utdypet og enhetlig forståelse av hva psykose og schizofreni egentlig er, det vil si hva som er psykosens kjerne eller essens, trenger man i følge fenomenologien å finne tilbake til en fenomenologisk utforskning med utgangspunkt i pasientenes subjektive opplevelse og *egen forståelse* av sin lidelse. På denne måten innebærer fenomenologien også et humanistisk terapeutisk perspektiv som forsøker å sette pasientens subjektive opplevelse tilbake i sentrum for både kartlegging og behandling (Nelson et al., 2008a). Dagens diagnosestyrte kartlegging og behandling kritiseres av moderne fenomenologer for fokuset på å *beskrive*, framfor å forsøke å *forstå* det grunnleggende og subjektive ved pasientens symptomer. Symptomene beskrives med den hensikt å kunne skåre og dermed kvantifisere disse, heller enn å forsøke å forstå pasientens *egen* opplevelse av disse symptomene. På denne måten kommer pasientens egen forståelse og subjektive opplevelse i andre rekke (Møller, 2005b). Dette gjør at man ikke får tak i *essensen* i pasientens opplevelse, samtidig som pasienten blir møtt mer som et passivt objekt for forskning enn som et individ med et unikt perspektiv. På denne måten vil mange fenomenologer mene at den diagnosestyrte kartleggingen har ført til en dehumanisering av psykiatrisk praksis (Andreasen, 2007) Møller peker på de terapeutiske fordelene med en grundig, fenomenologisk utforskning av pasienters subjektive opplevelse i kartlegging og behandling av psykotiske lidelser. Den terapeutiske relasjonen styrkes ved at pasienten i større grad opplever seg møtt med respekt og tatt på alvor. Ved å fremme en psykoseforståelse som gir mening for pasienten selv, vil man oppnå større grad av innsikt hos pasienten, samt større grad av forståelse og aksept hos

pårørende (Paul Møller, 2008). Ikke minst forstås pasienters egen opplevelse som den viktigste kilden til en enhetlig forståelse av hva som er det *egentlige*, grunnleggende og essensielle ved psykoselidelsen (Paul Møller, 2008; Parnas & Handest, 2003b).

De fenomenologiske teoretikerne Sass og Parnas retter kritikk mot den etablerte tradisjonen med en inndeling i positive, negative og disorganiserte psykotiske symptomer (Sass & Parnas, 2003). I følge fenomenologiske teoretikere er det misvisende at diagnosemanualer definerer psykose ved såkalte positive symptomer som hallusinasjoner, vrangforestillinger og ved uspesifikke atferdsavvik representert ved såkalte negative symptomer. Disse symptomkategoriene kritiseres videre for å være kunstige og ikke i stand til å gi forståelse for hvilke prosesser som kan ligge bak disse symptomene (Møller, 2005b; Sass & Parnas, 2003). Sass og Parnas hevder at om man gjør en grundig fenomenologisk utforsking av disse symptomene vil man finne at de bakenforliggende prosessene, som ligger til grunn for disse symptomene, sannsynligvis representerer noe ganske annet enn det selve symptomet uttrykker. På denne måten hevder disse fenomenologene at betegnelsen positive symptomer er misvisende, da disse symptomene høyst sannsynlig bunner i et fravær av noe som vanligvis er til stede; nemlig indre kontroll og eierskap til egen opplevelse, tanker og følelser. På samme måte, hevder disse at de såkalte negative symptomene vil bunne i tilstedeværelse av "positive" fenomener og forstyrrelser i selvopplevelsen, selv om dette reflekteres i et fravær av ytre atferd. Disorganiserte symptomer bør i følge Sass og Parnas ikke forstås å skyldes et kvantitativt avvik i organisering, men heller som en kvalitativt forskjellig måte å organisere på (Sass & Parnas, 2003). Flere av de psykotiske symptomkategoriene har også vist seg å være for "grovmaskede", det vil si for lite spesifikke for psykose (Møller, 2005b). Blant annet har studier vist at positive psykosesymptomer er mer vanlig i normalbefolkningen enn tidligere antatt (Van Os et al., 2000). På denne måten hevder Parnas og andre fenomenologiske teoretikere at symptombeskrivelser ikke klarer å gi

en god nok forståelse av det essensielle ved psykose og schizofreni (Møller, 2005a; Parnas & Handest, 2003b).

1.3.5 Fenomenologisk kritikk av prodromalforskning

Som tidligere beskrevet i oppgaven finnes det to ulike tilnærminger til prodromalforskning; en australsk tilnærming som vektlegger svekkede positive symptomer som er ment å måle sene prodromalsymptomer og en tysk, fenomenologisk tilnærming til basissymptomer som er ment å måle tidlige prodromalsymptomer. Som nevnt, kommer verktøyet SIPS fra forskningstradisjonen med en tilnærming ut i fra svekkede positive symptomer (Olsen & Rosenbaum, 2006a).

På samme grunnlag som fenomenologiske teoretikere kritiserer dagens psykoseforståelse for å være styrt ut i fra beskrivelse av psykotiske symptomer, kritiseres også prodromalforskningen som tar utgangspunkt i svekkede psykotiske symptomer. Ut i fra en fenomenologisk tilnærming kan man fremheve at det ikke er slike svekkede symptomer som avgjør om personer er i risiko for å utvikle psykose, men de underliggende subjektive kjerneforstyrrelsene som ligger til grunn for disse symptomene (Nelson et al., 2008b). Som tidligere nevnt er skillet mellom de to tradisjonene innen prodromalforskningen at man innen den fenomenologiske tradisjonen vil forsøke å beskrive kvalitativt hvordan fenomen oppleves for personen selv. I tilnærmingen til svekkede positive symptomer har man større fokus på å få frem en beskrivelse av de symptom og tegn man er ute etter å måle(Olsen & Rosenbaum, 2006a). Når kartleggingsinstrumenter innen slike tilnærminger på denne måten fokuserer på svekkede positive symptomer, uten å gå i dybden på hva som er den underliggende forstyrrelsen som ligger til grunn for disse, risikerer de å kartlegge fenomener som er vanlige i normalbefolkningen og ikke sikre en nødvendig spesifisering for psykoseutvikling, samtidig som viktige kjernefenomen blir oversett (Parnas & Handest, 2003b).

Bruken av svekkede symptomer som definisjon på prodromaltilstand kritiseres videre for å reflektere *tautologi*, eller *sirkelslutninger*; ved at man *predikerer* etablert psykose ut fra svekkete varianter av de samme symptomer som man bruker for å *definere* etablert psykose. På denne måten mener fenomenologiske teoretikere at denne tilnærmingen ikke vil være i stand til å gi noen ny empirisk forklaring eller forståelse av de essensielle forstyrrelsene som ligger til grunn for utvikling av psykose (Nelson et al., 2008b; Parnas, Handest, Jansson, & Saebye, 2005)

1.4 Selvforstyrrelse som essens i psykoseforståelse

«Det jeg i ettertid tenker på som det tydeligste varselsignalet, var at identiteten min, tryggheten på at jeg var et «jeg», begynte å smuldre opp.»

- A. Lauveng, 2006.

Verktøyet BSABS er brukt i flere studier som har forsøkt å utforske om en del av disse basissymptomene kan tenkes å representere en kjerneforstyrrelse ved psykose og schizofreni. Ut i fra resultater fra empiriske studier av utvalgte basissymptomer som har vist seg å gå igjen hos personer med schizofreni i kombinasjon med resultat fra fenomenologiske intervju av personer i tidlige faser av schizofreni, har det blitt konkludert med at forstyrrelse i selvopplevelsen; såkalt *selvforstyrrelse*, kan sies å representere en *kjerneforstyrrelse* ved schizofreni og psykose og derfor representere en *kjernemarkør* for senere psykoseutvikling (Møller & Husby, 2000; Parnas, Handest et al., 2005; Parnas, Handest, Saebye, & Jansson, 2003; Parnas, Jansson, Sass, & Handest, 1998).

Som nevnt innledningsvis representerer synet på selvforstyrrelse som grunnleggende i forståelsen av schizofreni ingen ny tenkning, da forstyrrelse i selvopplevelsen hadde en

sentral plass i de første teoriene om schizofrenilidelser mot slutten av 1800- og begynnelsen av 1900-tallet (Parnas & Handest, 2003b). Teorier om "selvet" er også beskrevet i en mengde moderne psykologisk litteratur. Mye av denne litteraturen beskriver selvet som et sosialt eller narrativt konstruert ved begreper *sosialt selv* og *narrativt selv* (Gallagher, 2000). I følge Parnas og kollegaer det narrative selvbegrepet lite klinisk relevant for forståelsen av schizofrenilidelser. Hos personer med schizofreni, er det i følge disse teoretikerne en mer *grunnleggende* selvopplevelse, eller et *førstepersonsperspektiv* på tilværelsen som forstyrres. (Parnas & Handest, 2003b; Sass & Parnas, 2003). Parnas skiller mellom tre nivå av selvopplevelse. Det første såkalte *prerefleksive* nivået refererer til den grunnleggende opplevelsen av å være et subjekt i egen opplevelse; at opplevelsene er mine egne og oppleves innenfra. Dette begrepet har blitt referert til som "basic self" eller "minimal self" (Gallagher, 2000). Parnas og Sass bruker begrepet *ipseity* (*ipse* er latin for "selv" eller "seg selv") for den grunnleggende selvopplevelsen som gjennomsyrrer all subjektiv opplevelse og gir opplevelsen av eierskap til egne tanker, følelser og handlinger. Det er denne grunnleggende selvopplevelsen, som vil være selvfølgelig og ubevisst for de fleste mennesker, som blir forstyrret hos mennesker med schizofreni (Sass & Parnas, 2003).

På et mer komplekst nivå kan man snakke om en *refleksiv selvbevissthet*. Dette er en bevissthet om selvet som et *uforanderlig* subjekt for opplevelse og handling. Et eksempel kan være å oppleve seg selv om samme person på tvers av tid (temporal enhet). Dette nivået vil ifølge Parnas bygge på opplevelsen av et grunnleggende selv, da man for å oppleve temporal enhet, i utgangpunktet må ha en opplevelse av at de ulike opplevelsene er ens egne i utgangpunktet. Det siste nivået av selvopplevelse, kan kalles et *sosialt eller narrativt selv*. Dette refererer til identitet, personlighetsstil, vaner og lignende, og er ofte det som omtales i psykologisk litteratur om selvet (Parnas & Handest, 2003b). Forstyrrelser i dette siste nivået av selvopplevelse assosieres med personlighetsforstyrrelser som borderline og narsissistisk

personlighetsforstyrrelse. I disse tilstandene vil derimot den grunnleggende selvopplevelsen være inntakt (Nelson et al., 2008b; Parnas & Handest, 2003b).

Som nevnt har man gjennom flere empiriske studier ment å finne støtte for påstanden om selvforstyrrelse som en kjerneforstyrrelse ved psykose. I en studie av Parnas et al (2005) ble det funnet at personer innenfor schizofrenispektrumet skåret signifikant høyere på basissymptom vurdert å reflektere selvforstyrrelse enn pasienter utenfor schizofrenispektrumet (Parnas, Handest et al., 2005). Det har også blitt funnet at pasienter med schizofreni i remisjon skårte høyere på selvforstyrrelse enn pasienter med bipolar lidelse med psykose (Parnas et al., 2003).

1.4.1 Selvforstyrrelse som risikomarkør for senere psykoseutvikling

Ved at selvforstyrrelse ligger til grunn for schizofrenilidelsen vil selvforstyrrelse i følge disse fenomenologer også forutgå senere psykosesymptomer. På denne måten blir selvforstyrrelse i følge fenomenologisk teori en kjernemarkør for psykoseutvikling (Møller & Husby, 2000; Parnas & Handest, 2003b). Flere fenomenologiske studier har gitt støtte til denne påstanden. I et pilotstudie av 19 pasienter innlagt for sin første schizofreni fant Parnas og kollegaer flere uttrykk for såkalt nedsatt "følelse av tilstedeværelse" eller grunnleggende selvopplevelse (Parnas et al., 1998). Tilsvarende funn fant Møller og Husby i en retrospektiv dybdestudie av 19 pasienter innlagt for sin første schizofreniepisode. Av disse rapporterte 16 av pasientene forandringer i dimensjonen "fundamental forstyrrelse av selvopplevelsen" (Møller & Husby, 2000). I en nylig publisert fem - års oppfølgingsstudie av "The Copenhagen Prodromal Study" ble det funnet en signifikant sammenheng mellom basissymptomer vurdert å reflektere selvforstyrrelse og konvertering til lidelser innenfor schizofrenispekteret. På bakgrunn av funn i dette studiet og de overnevnte studier ble det i denne studien konkludert

med at en bedre kartlegging av selvforstyrrelse ville kunne forbedre sjansen for tidlig identifikasjon av personer med sårbarhet for å utvikle schizofreni (Vollmer-Larsen, 2009).

For å utforske selvforstyrrelsesfenomener må man i følge fenomenologiske teorier ta utgangspunkt i pasientenes subjektive opplevelse, og foreta en grundig fenomenologisk utforskning av denne. På bakgrunn av empiriske data fra de overnevnte studier samt klinisk materiale fra dybdeintervju med pasienter innenfor schizofrenispektrumet, har instrumentet Examination of Anamalous Self-Experience (heretter: EASE) blitt utviklet for fenomenologisk utforskning av subjektive anomalier/avvik som kan tenkes å reflektere selvforstyrrelse (Parnas, Møller et al., 2005a).

1.4.2 EASE: Examination of Anamalous Self-Experience

EASE er symptom - sjekklister for en semistrukturert fenomenologisk utforskning av subjektive anomalier/avvik som kan tenkes å reflektere forstyrrelser i grunnleggende selvopplevelse. Instrumentet er utviklet på grunnlag av selvbeskrivelser fra pasienter innenfor schizofrenispektrumet, og er i utgangpunktet designet for tilstander innenfor dette spektrumet. Utviklingen av EASE er i stor grad inspirert av den tyske forskningen på basissymptomer, og en stor andel av EASE items overlapper med BSABS items (Parnas, Møller et al., 2005a).

EASE er ment å utføres i en gjensidig interaktiv refleksjon mellom pasient og terapeut. Man foretar med andre ord en grundig fenomenologisk analyse med utgangspunkt i personens egen forståelse og utforsker denne dyptgående. Dette gjøres ut fra en tanke om at man bare kan utforske for selvforstyrrelser ved å "trenge gjennom" rapportering av symptomer og andre uttrykk for selvforstyrrelse, som er lettere for pasienten å sette ord på (Parnas & Handest, 2003b). Dette krever igjen kunnskap hos den som intervjuer, en trygg relasjon mellom pasient og terapeut (Parnas, Møller et al., 2005b).

Da EASE gjennomføres som et semistrukturert intervju er interrater - reliabilitet et kritisk punkt og et potensielt problem. Verktøyet vil stille store krav til intervjuerens kunnskap til de ulike item i sjekklisten og evne til å samle informasjon for disse (Parnas, Møller et al., 2005b). En av forfatterne av EASE - manualen, Paul Møller har utviklet en norsk versjon, i form av en semistrukturert intervjuguide med formulerte inngangsspørsmål til alle item (P. Møller, 2008). Dette intervjuet er nå under systematisk utprøving i et doktorgradsprosjekt ved Sykehuset Innlandet, der alle førstegangspsykosere i halvannet år i Hedmark og Oppland blir intervjuet med EASE (Haug, Møller, Melle, Lien, & Andreassen, 2008; P. Møller, 2008).

EASE består av 57 item (flere av disse er igjen delt inn i del - item) fordelt på fem hoveddomener; *Tenkning og bevissthetsstrøm*, *Selvbevissthet og primær tilstedeværelse*, *Kropp og bevegelse*, *Grenser ovenfor andre* og *Livsfilosofi og egen posisjon*. Disse fem domene representere ulike måter selvforstyrrelse utspiller seg på, spesielt i schizofreniens tidlige faser. Avvikene som beskrives er ikke i seg selv av psykotisk intensitet, men vil kunne øke i styrke og frekvens, og gradvis tematiseres i form av klare psykotiske symptom som vrangforestillinger, hallusinasjoner og passivitet. Denne prosessen har blitt referert til som psykotisk depersonalisering (Nelson et al., 2008b; Sass & Parnas, 2003).

Beskrivelse av EASE hoveddomener:

1) *Forandringer i tenkning og bevissthet*. I de tidlige fasene av schizofrenilidelsen oppstår det ofte et økende gap mellom selvet og mentale prosesser, og eierskap og kontroll over egne tanker forstyrres. Dette kan blant annet gi en opplevelse av *tankeinterferens*, hvor tanker kommer inn og forstyrrer den pågående tankestrømmen; at tankene ikke lenger oppleves som egne; at tanker løper løpsk (*tankepress*); at tankene blokkeres; at man kan føle hvor tankene er i hodet (*spatialisering*); eller at man opplever at tankene «får stemme» og kan

høres (*gedankenlautwerden*). Forstyrrelser i tenkning og bevissthet vil også kunne gi seg utslag i vansker med å ta dagligdagse avgjørelser (*ambivalens*), opplevelse av manglende krefter til å tenke (*tankeenergi*) og vansker med å skille mellom virkelighet og fantasi. Oppmerksomhetsforstyrrelser, forstyrret korttidshukommelse og tidsopplevelse, samt avbrudd i bevisstheten og vansker med å utrykke seg både verbalt og non - verbalt er andre mulige utslag av forstyrrelser i tenkning og bevissthet (Parnas, Møller et al., 2005a).

2) *Selvbevissthet (identitetsfølelse) og primær tilstedeværelse.* Dette domenet fanger i følge Parnas et al den grunnleggende forstyrrelsen innenfor schizofrenispektrumet, forstyrrelse i ipseitet eller grunnleggende (minimal) selv. Ipseitet er en grunnleggende betingelse for utviklingen av et bevisst selv, og andre uttrykk for selvforstyrrelser vil derfor være et resultat av forstyrrelse i ipseitet. Ved forstyrrelse av ipseitet forstyrres 1. personspektivet; opplevelser mister sin innebygde selv-referanse ved at de ikke lenger oppleves som mine egne og innenfra (Cermolacce, Naudin, & Parnas, 2007). Dette vil kunne gi seg utslag i at pasienten føler seg uvirkelig, fremmed og tom innvendig, at opplevelser på samme måte virker uvirkelige, livløse og mekaniske. Dette vil igjen kunne gi en følelse av avstand mellom eller nedsatt tilstedeværelse i verden. Pasientene vil også ofte oppleve verden som fremmed, at omgivelsene mister sin naturlige selvfølghet (tap av common sense) og vil kunne oppleve forvirring i forhold til egen identitet, kjønn, legning og alder. Slike forstyrrelser resulterer ofte i svekkelse av initiativ, glede og vitalitet (Parnas, Møller et al., 2005b). Rapportering fra pasienter i denne fasen, blir derfor ofte vurdert av helsepersonell som et uttrykk for angst og depresjonstilstander, som fører til stor grad av feildiagnostisering og feilmedisinering av pasienter i prodromalfasen (Parnas & Handest, 2003b).

3) *Kroppslige opplevelser og kroppsbevissthet.* Vår selvopplevelse er aldri en ren kognitiv eller åndelig dimensjon, men vil alltid være fundamentert i vår kroppsopplevelse. I schizofreniens tidlige faser, vil det imidlertid ofte oppstå opplevelser av avstand og

disharmoni mellom subjektivitet og kroppsopplevelse (Parnas & Handest, 2003b). Kroppen kan oppleves å forandre seg i form og størrelse, den kan oppleves rar og fremmed, atskilt fra psyken, eller til og med oppleves å falle fra hverandre eller gå i oppløsning. Forstyrrelse i kroppsopplevelse kan også gi seg utslag i uvanlige fornemmelser av smerte, varme eller kulde eller som fysisk fornemmelse av indre organer og kroppsprosesser. Til sist kan slike forstyrrelser gi motoriske utslag som ukontrollerte bevegelser og eller opplevelse av lammelse (Parnas, Møller et al., 2005b).

4) *Grenser ovenfor andre (Demarkasjon)*. I et fenomenologisk perspektiv blir problemer med å skille mellom selv og ikke-selv hos personer med schizofreni sett i tett sammenheng med og som en konsekvens av de tidligere beskrevne forstyrrelser i selvbevissthet og primær tilstedeværelse. Forstyrrelsene utspilles blant annet ved en forstyrret evne til å skille mellom seg selv og andre personer eller mellom seg selv og eget speilbilde. Dette fører ofte til at personene føler seg utsatte og forsvarsløse, og at kroppskontakt med andre mennesker oppleves som truende for egen autonomi og eksistens (Parnas, Møller et al., 2005b).

5) *Eksistensiell reorientering*. I den tidligere nevnte studien til Møller og Husbys var en økt opptatthet av filosofiske, overnaturlige og metafysiske temaer et gjennomgående funn hos unge mennesker i prodromalfasen (Møller & Husby, 2000). Pasientene opplever en fundamental reorientering i forhold til sitt generelle syn på verden, sine verdier og interesser. Denne eksistensielle reorienteringen ses på som en konsekvens av og en utspillelse av de overnevnte beskrivelsene av selvforstyrrelse. Dette kan gi seg utslag i selvhenføringsfenomener; opplevelse av å ha en helt spesiell og enestående posisjon i verden, å ha ekstraordinære eller magiske evner, eller en generell opptatthet av overnaturlige tema (Parnas, Møller et al., 2005b).

1.4.3 Finnes det andre instrumenter som måler selvforstyrrelse?

Som tidligere beskrevet er BSABS et eksempel på et kartleggingsinstrument som kan sies å fange opp uttrykk for selvforstyrrelse som en del av en større kartlegging for subjektive opplevelser (basissymptomer) hos pasienter. Som nevnt bygger utviklingen av EASE i stor grad på BSABS, og det er stor grad av overlapping mellom item i EASE og BSABS. Det er derimot *kun* de item fra BSABS som er vurdert å dekke fenomenet selvforstyrrelse som er tatt med i EASE (Olsen & Rosenbaum, 2006a). Selv om det er en viss overlapping skiller dermed EASE seg fra BSABS og andre instrumenter som kartlegger subjektive opplevelser ved at den har et *ensidig* fokus på selvforstyrrelse.

Selvforstyrrelse er et fenomen som tenkes å forutgå psykoseutvikling. En naturlig konsekvens vil da være at uttrykk for selvforstyrrelse ville blitt rapportert også i studier gjort med instrumenter innen tilnærmingen til svekkete positive symptomer; eksempelvis SIPS. Et instrument fra en fenomenologisk tradisjon vil forsøke å få en mer dyptgående, kvalitativ beskrivelse av hvordan et fenomen kommer til uttrykk hos en person, mens instrument fra en tilnærming til svekkede positive symptomer vil ha et større fokus på å få en beskrivelse av de symptomer og tegn som man er ute etter å måle (Olsen & Rosenbaum, 2006a). Man kan tenke seg at denne forskjellen i tilnærming kan gjøre at et instrument som SIPS dermed ikke vil fange opp fenomen som selvforstyrrelse. Da SIPS ikke er designet for å utrede selvforstyrrelse har den ikke spørsmål som er utviklet med den hensikt å kartlegge dette fenomenet. I det tilfelle pasienten beskriver opplevelse av selvforstyrrelse kan det tenkes at dette derfor ikke fanges opp, eller utforskes av intervjuer da det ikke er fokus for intervjuet. Et annet spørsmål er om man kan finne samsvar mellom item i EASE og item i SIPS, og om et økt fokus på disse item, kombinert med en mer dyptgående, fenomenologisk innfallsvinkel ville ført til at man kunne fange opp uttrykk for selvforstyrrelse. Som et siste spørsmål kan man lure på: Hvis eventuelle uttrykk for selvforstyrrelse fanges opp i selve SIPS - intervjuet;

vil disse utsagnene bli fanget opp og reflektert i skåre på item i SIPS som kan være relevante for selvforstyrrelse? Dette er vanskelig å vite, da det ut i fra vår kunnskap, ikke finnes studier som ser på forekomsten av fenomenet selvforstyrrelse i en populasjon kartlagt kun med instrumenter med fokus på svekkete positive symptomer.

1.5 Forskningsspørsmål

Vi har i vår studie tatt utgangspunkt i data fra det tidligere nevnte TOPP – prosjektet i Stavanger, som har fokus på primær forebygging av psykose. I TOPP – prosjektet brukes SIPS som verktøy for å kartlegge prodromaltilstand og konvertering til psykose. Vi ønsker å se på forekomsten av selvforstyrrelse i utvalget til TOPP – prosjektet og å se på hvorvidt SIPS klarer å fange opp dette fenomenet. Vi har følgende to forskningsspørsmål som ligger til grunn for studien beskrevet i denne oppgaven:

1. Forutgår selvforstyrrelse psykoseutvikling?
2. Klarer SIPS å fange opp selvforstyrrelse?

For å svare på disse forskningsspørsmålene ønsker vi å undersøke følgende:

1'. Fremkommer det mer beskrivelse av selvforstyrrelse i det skriftlige materialet i TOPP ved inklusjon og 3 måneders oppfølging hos de 5 konverterte i vårt utvalg?

2'. Reflekteres høy skåre på selvforstyrrelse i høy skåre på utvalgte item i SIPS?

2.0 Metode

2.1 Bakgrunn

Dataene som benyttes i denne studien stammer fra TOPP- prosjektet; Tidlig Oppdagelse ved Pre - Psykoser. Dette prosjektet er en 5-års oppfølgingsstudie ved Regionalt Senter for Klinisk Psykoseforskning ved Stavanger Universitetssykehus (SUS), psykiatrisk klinikk. TOPP – prosjektet er en del av en større internasjonal studie om tidlig intervensjon ved psykose (TIPS – prosjektet). TOPP - prosjektet kartlegger hvorvidt man kan identifisere personer i en prodromalfase (i TOPP – prosjektet benevnt som hypopsykose) som har høy risiko for å utvikle psykose.

2.2 Etiske hensyn og innhenting av tillatelser

TOPP - prosjektet er godkjent av Regional etisk komité og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) har gitt tillatelse til å lage en individuell database/personregister.

2.3 Studiens design

TOPP – prosjektet er en naturalistisk, prospektiv, longitudinell oppfølgingsstudie. Pasientene blir kartlagt for prodromalsymptomer ved inklusjon og blir så fulgt opp i fem år. I vår analyse av det skriftlige materialet til TOPP – prosjektet ble det brukt en klassisk innholdsanalyse; en objektiv, systematisk og kvantitativ beskrivelse av det manifesterte innholdet av dokumentet. Klassisk innholdsanalyse kan være både kvalitativ og kvantitativ (Carley, 1993; Leech & Onwuegbuzie, 2008). I denne studien har det blitt brukt skjønn for å definere om de ulike utsagnene kan sies å være bekreftelser på selvforyrrelser og vi har derfor klassifisert selve innholdsanalysen av det skriftlige materialet som kvalitativ. Det ble foretatt en teoretisk sammenligning av SIPS opp mot EASE i et fagpanel som kan klassifiseres som kvalitativ i

utforming. Resultatene fra den klassiske innholdsanalysen og den teoretiske gjennomgangen ble kategorisert og brukt i en kvantitativ statistisk analyse.

2.4 Utvalg

TOPP – prosjektet dekker det geografiske området midt - sørlige sektor i Rogaland fylke med en populasjon på 420 574 innbyggere (pr. 01/2009). Det er per dags dato 40 pasienter i TOPP – prosjektet. Per dags dato har 8 personer av de 40 inkluderte i TOPP - prosjektet konvertert til psykose. Dette tilsvarer en konverteringsrate på 20 % (Larsen, 2009).

TOPP – prosjektet har følgende inklusjonskriterier:

1. Svekkede psykotiske symptomer (APS)
2. Svekket funksjonsnivå og genetisk risiko prodromaltilstand (GRD)
3. Alder 15 – 65 år
4. Personene må være behandlingssøkende
5. Ingen tidligere psykotiske episoder
6. Ikke brukt antipsykotisk medisinering

(Larsen, 2002).

Av ønske om en homogen gruppe ble kun de konverterte mellom 18 til 30 år valgt ut til vår studie. I denne aldersgruppen var det fem som hadde konvertert til psykose. Mot disse fem ble det foretatt et matched utvalg på fem ikke – konverterte. Matchingen ble gjort opp mot kjønn og alder for å ekskludere effekt av disse variablene. Matchingen ble utført av vår veileder Johannes Langeveld for å sikre at vi opprettholdt blindhet for konversjon til psykose når vi skulle gå gjennom det skriftlige materialet. I vårt utvalg er to av pasientene menn og åtte er kvinner. Gjennomsnittet for alder både i den ikke - konverterte gruppen og i den konverterte gruppen er 18,8 år. De ti pasientene valgt ut til denne studien var inkludert i TOPP – prosjektet fra 2001 til 2007. Tidsspenn fra inkluderingsdato til konvertering for

pasientene som utviklet psykose er fra 8 til 55 uker, med median varighet på 25 uker. Av hensyn til å ivareta pasientenes anonymitet har vi valgt å ikke legge ved en tabell med informasjon om nøyaktig alder, kjønn, inkluderingstid og konverteringstid for den enkelte. I vår studie har vi fokusert på enkelte sosiodemografiske data fra TOPP – prosjektet (kjønn, alder), hvorvidt pasientene har konvertert til psykose, skårer i SIPS ved baseline og tid til konversjon.

2.5 Instrument

2.5.1 Instrument i TOPP – prosjektet

Det blir i TOPP - prosjektet utført tester/intervju med PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) for å kartlegge aktuelle symptomer; GAF – utredning (Global Assessment of Functioning) for å undersøke funksjonsnivå; SCID (Strukturert klinisk intervju for DSM - IV - diagnoser) for å kartlegge lidelser på akse 1 i DSM – IV; SIPS (Strukturert Intervju for ProdromalSyndromer) for å kartlegge prodromalsymptomer. I tillegg blir det utført utredning av premorbid fungering (Premorbid Assessment of functioning Scale; heretter: PAS), tidligere eller nåtidige traumatiske hendelser (Freyds Traumeintervju), sosial fungering (Strauss Carpenter), samt tester for suicidvurdering, sosial tilpasning og livskvalitet.

2.5.2 Instrument brukt i denne studien

For å svare på operasjonaliseringen av den første problemstillingen måtte vi fokusere på de instrumentene fra TOPP – prosjektet hvor det foreligger skriftlig materiale i skjemaene eller tilbakemeldingene. På grunnlag av operasjonaliseringen fokuserte vi derfor vår analyse på selve intervjukskjemaene og tilbakemeldingene til SIPS og tilbakemeldingene fra PANSS -, og SCID – intervjuet. Disse tre instrumentene er brukt som en del av den systematiske

utredningen i TOPP – prosjektet. I tilbakemeldingene til disse instrumentene foreligger det skriftlige beskrivelser av intervju med pasienten for utredning av pasientens symptomer og psykopatologi. Vår antagelse var at selv om SIPS ikke skårer for selvforstyrrelse ville det kunne forekomme beskrivelser av dette fenomenet i de skriftlige tilbakemeldingene fra disse instrumentene.

For den klassiske innholdsanalysen av det skriftlige materialet fra TOPP - prosjektet var det nødvendig med et instrument for å kvantifisere informasjonen i det skriftlige materialet; et *kodingssystem*. For å lage dette kodingssystemet ble det gått gjennom skriftlig materiale fra pasienter i TOPP – prosjektet som ikke var fra vårt utvalg. Dette for å vurdere hvordan vi best kunne definere kategorier for å kode informasjonen i det skriftlige materialet. På grunnlag av denne gjennomgangen ble det så foretatt en inndeling i en kodingsskala for beskrivelse av selvforstyrrelse. Beskrivelse av selvforstyrrelse ble definert ved at det i det skriftlige materialet fremkom beskrivelser av pasientutsagn som vi vurderte til å være i samsvar med item i EASE. Ingen beskrivelser av selvforstyrrelser tilsvarte skåre i kategorien ”*ingen beskrivelser*”, en til fem beskrivelser av selvforstyrrelse fikk skåre ”*lite beskrevet*”, seks til ti beskrivelser fikk skåre ”*moderat beskrevet*” og over ti fikk skåre ”*mye beskrevet*”. For å trene oss i bruk av skalaen gikk vi gjennom det skriftlige materialet fra pasienter som ikke var fra vårt utvalg og analyserte teksten sammen for beskrivelser av selvforstyrrelse. Ved selve innholdsanalysen ble de ti permene med skriftlig materiale gått gjennom av oss begge hver for seg. Interrater - reliabiliteten var tilfredsstillende (Cohen’s Kappa=0,8). I det ene tilfellet hvor det forelå uenighet i skåren ble det skriftlige materialet gått gjennom med vår veileder Johannes Langeveld og det ble oppnådd konsensus.

2.6 Prosedyre i TOPP - prosjektet

TIPS – prosjektet har opprettet oppdagelsesteam som skal fungere som et system med lett tilgjengelighet. Når disse blir kontaktet av pasient, pårørende, familie, skole, fastlege eller andre, vil pasienten bli utredet for om det foreligger en psykotisk lidelse ved bruk av PANSS og det blir foretatt en GAF – utredning for å undersøke funksjonsnivå. Hvis PANSS viser at pasienten ikke er psykotisk, men er vurdert å være subpsykotisk blir pasienten henvist til videre utredning med SIPS ved TOPP – prosjektet. Kriteriet for manifestert psykose ved bruk av PANSS er skåre 4 på minst en av de 7 item i skalaen for positive symptomer eller for item 9 i skala for generell psykopatologi. Skåre 3 på de samme item blir klassifisert som uttrykk for prodromalsymptomer. For SIPS gjelder kriteriet at pasienten må skåre mellom 3 og 5 på den positive symptomskalaen for å defineres som å ha prodromalsymptomer. Dette vil i praksis si at pasientene som blir inkludert i TOPP – prosjektet skårer under 4 på PANSS og har en skåre mellom 3 og 5 på den positive symptomskalaen i SIPS. Dermed oppfyller de svekket positiv prodromalsyndrom (APS). I SIPS - intervjuet er det også utredning for svekket funksjonsnivå og genetisk risiko prodromaltilstand (GRD). Pasienten blir videre utredet med det resterende testbatteriet til TOPP – prosjektet. Ved inkludering i TOPP-prosjektet blir pasientene informert om sin risiko for å utvikle psykose og blir tilbudt tett poliklinisk oppfølging med støttende psykoterapi over fem år. Denne terapien er fokusert mot å hjelpe pasientene å håndtere symptomene de opplever, med et overordnet mål om å hindre utvikling av manifestert psykose. Pasientene i TOPP blir ikke behandlet med antipsykotisk medisin (Larsen, 2002).

Pasientene blir videre utredet etter 3 måneder med SIPS, PANSS og GAF, og etter 1 år, 2 år og 5 år med alle tester brukt ved innkomst/baseline, unntatt PAS og traumevurdering. Kriteriet for konversjon til psykose er at pasienten oppfyller psykosekriteriene i DSM – IV, som kartlagt ved hjelp av SCID. Blir pasienten psykotisk i oppfølgingstiden blir han/hun overført til TIPS – prosjektet.

2.7 Analyse

2.7.1 Teoretisk gjennomgang

For å kunne svare på vår operasjonalisering av problemstillingen om SIPS fanger opp selvforstyrrelse måtte det først vurderes hvilke item i SIPS som kunne sies å fange opp selvforstyrrelse. Vår veileder Johannes Langeveld, forskningsleder for TOPP – prosjektet Tor K Larsen, samt psykolog og doktorgradsstudent Kirstine Davidsen fra Danmark, utgjorde fagpanelet hvor vi gikk detaljert gjennom de ulike item i SIPS for å vurdere hvorvidt de kan sies å fange opp forstyrrelser i grunnleggende selvopplevelse. Dette ble gjort ved å sammenligne de ulike item i SIPS opp mot begrepene som er beskrevet i den internasjonale EASE – manualen. Disse sammenligningene er vist i appendiks A og B. En beskrivelse av item i EASE og spørsmål i SIPS er vist i appendiks C og D. I gjennomgangen ble item i SIPS analysert på spørsmålsnivå, da item i SIPS kan inneholde både spørsmål som fanger opp uttrykk for selvforstyrrelse og spørsmål som ikke fanger slike uttrykk opp. Fra denne gjennomgangen ble det vurdert at av de ulike item i SIPS var det item P1, P3, P4, P5, N2, N4, D3, G3 og G4 som alle kunne sies å ha enkelte spørsmål som kunne fange opp eller delvis fange opp beskrivelser av selvforstyrrelser (se appendiks A).

Vår intensjon var å ta utgangspunkt i skårene på spørsmålsnivå i SIPS for å bruke disse i en analyse av hvorvidt vår skåring av vurdert selvforstyrrelse i det skriftlige materialet ble reflektert i en skåre på de utvalgte spørsmålene i de utvalgte SIPS - item. Som appendiks B viser, er det kun for item N4 i SIPS at *alle* underliggende spørsmål ble vurdert å kunne fange opp beskrivelser av selvforstyrrelse. For de andre utvalgte item ble kun *enkelte* spørsmål vurdert å kunne fange opp dette fenomenet. Item i SIPS kan inneholde svært ulike spørsmål. I de utvalgte item, med unntak av N4, var det flere spørsmål som ikke ble vurdert å

reflektere selvforstyrrelse eller at spørsmålene kun delvis reflekterte selvforstyrrelse (se appendiks A). Vi vurderte derfor at en statistisk analyse av hele hovedskåren på disse item ville gi et feilaktig bilde av hvorvidt disse SIPS - item fanger opp selvforstyrrelse eller ei. I datasettet til SIPS fremstilles kun hovedskåren på selve itemet, uten at det fremkommer hvilke spørsmål som ligger til grunn for denne hovedskåren. Vår intensjon var å se på de utfylte SIPS – intervjuene for å registrere skåre på spørsmålene og bruke disse skårene til den statistiske analysen. Dette ble derimot ikke mulig å gjennomføre, da det kun var tilgjengelig to utfylte intervjueskjema for SIPS. Av disse var det kun i ett intervjueskjema blitt registrert hvilke skårer på spørsmål som lå til grunn for hovedskåren. På grunnlag av skåringsstrategien i SIPS kunne vi derfor bare ta utgangspunkt i item N4 for den videre analysen, da dette var det eneste SIPS - item hvor *alle* underliggende spørsmål ble vurdert å reflekterte selvforstyrrelse ved at de ble vurdert å samsvare med item beskrevet i den internasjonale EASE – manualen.

2.7.2 Innholdsanalyse

For de ti deltakerne i vårt utvalg fant vi frem til all skriftlig materiale som hadde blitt hentet inn ved inkludering i TOPP og ved 3 – måneders oppfølging. Tidsbegrensningen til de første tre månedene ble gjennomført for å sikre oss at ingen av deltakerne hadde konvertert til psykose. Som nevnt tidligere blir konversjon til psykose i TOPP – prosjektet vurdert ved hjelp av SCID. Blir pasienten vurdert som psykotisk blir han overført til TIPS - prosjektet. Vi har brukt de data som foreligger vedrørende konversjon og brukt overgang fra TOPP – prosjektet til TIPS – prosjektet som en definisjon på konversjon til psykose i vårt utvalg.

Vi valgte i vår innholdsanalyse å ikke skåre utsagn som samsvarte med domene 5 (*Eksistensiell reorientering*) i EASE – manualen (for en grundig gjennomgang av de ulike domener i EASE vises det til avsnitt 1.4.2 om EASE og appendiks C). I vår gjennomgang vedrørende utarbeiding av kodingssystemet ble det klart at mange av pasientene rapporterte

om fenomener som dekkes innenfor domene 5 i EASE, men det var svært komplisert å fastslå hvorvidt disse utsagnene virkelig var et uttrykk for eksistensiell reorientering eller var vanlige interessefelt for tenåringer. Dette er i samsvar med forskningslitteratur som viser at tenåringer viser trekk som er forenlige med item innenfor domene 5; økt selvbevissthet, egosentrisitet, grandios tenkning og en opptatthet av mektige rollemodeller og historien om ens eget liv (Harrop & Trower, 2001). En studie av Patrick McGorry og hans kolleger i Melbourne, Australia, har vist at disse trekkene er svært vanskelige å skille fra typiske prodromaltrekk ved psykose (McGorry et al., 1995). I selve EASE – manualen blir det i tillegg vektlagt at opplevelser i domene 5 av er et uttrykk for og en utlevelse av forstyrrelse i selvopplevelse (Parnas, Møller et al., 2005a). Parnas og Handest beskriver at man kan tenke seg at de fenomener som dekkes innen domene 1 til 4 ødelegger de vanlige karakteristikene av en grunnleggende relasjon og intensiverer en metafysisk søken som da leder opp til en eksistensiell reorientering som er dekket i domene 5 (Parnas & Handest, 2003a). Grunnet denne studiens design med gjennomgang av skriftlig materiale, hvor det ikke foreligger mulighet til å spørre videre ut om de overnevnte fenomener, vurderte vi at det for dette domenet forelå en ekstra risiko for feilaktig skåring av selvforstyrrelse. På dette grunnlag ble derfor domene 5 ekskludert fra analysen.

Det viste seg etter hvert at det ble vanskelig å opprettholde vår blindhet for konversjon fullstendig, da det i to av permene stod igjen lapp fra tester at pasienten hadde konvertert. Bortsett fra disse to permene forholdt vi oss blinde for konversjon frem til etter skåring. I analysen av utsagn var det mange tilfeller hvor det forelå en ambivalens om utsagnene var uttrykk for selvforstyrrelse eller kun kommunikasjonsmåter for å uttrykke psykologisk forståelige problem. I alle tilfeller av tvil har utsagn blitt skåret konservativt som ”selvforstyrrelse ikke tilstede”.

2.7.3 Statistisk analyse

Statistiske analyser ble gjennomført ved hjelp av dataanalyseprogrammet SPSS for Windows (versjon 15.0.0). I våre analyser brukte vi nonparametriske tester, da vi hadde små utvalg i kategoriske (nominale) og rangerte (ordinale) variabler, og ikke normalfordeling i de ulike kategoriene (Pallant, 2007).

For å undersøke for sammenheng mellom selvforstyrrelse og senere konvertering til psykose ble det utført en krysstabulering mellom beskrivelse av selvforstyrrelse i to kategorier (høy, lav) og konvertering til psykose i to kategorier (konvertert, ikke konvertert); såkalt 2 x 2 - tabell. Krysstabulering blir brukt for å finne sammenheng mellom kategoriske variabler med et fåtall av mulige verdier. Ved et større utvalg ville man brukt Pearson Chi - square test for å undersøke for sammenheng mellom variablene. Ved lav utvalgstørrelse (n) øker risikoen for at sannsynligheten vurdert ut fra en Chi – square test ikke gir en god nok indikasjon på reell signifikans av resultat. For å bruke denne testen ved en 2 x 2 krysstabell bør derfor n i de ulike kategoriene være minst 10. Har man mindre frekvens i kategoriene bør man bruke Fisher's exact test. Denne testen er eksakt da man kjenner det eksakte fordelingen av utvalget i de ulike kategoriene. (Pallant, 2007). Da alle kategoriene i vår analyse hadde n under 10 ble Fisher's exact test følgende brukt for å undersøke for samsvar mellom kategoriene.

For å undersøke sammenheng mellom skåre på selvforstyrrelse og skåre på utvalgte item i SIPS, ble det foretatt en nonparametrisk sammenligning av skårer på N4 hos pasientene som skåret i kategorien «Selvforstyrrelse – Lav» versus pasientene som skåret i kategorien «Selvforstyrrelse – Høy». N4 i SIPS har 6 skåringskategorier (se SIPS - del) Vårt pasientutvalg hadde skårer fra 0 til 4 på dette itemet. Mann-Whitney U test ble brukt i denne analysen, da dette er en test som brukes for å undersøke forskjeller mellom to individuelle grupper på en kontinuerlig mål (Pallant, 2007). Skårene fra 0-4 på den kontinuerlige

variabelen N4 ble gjort om til rangeringer (ranks) og det ble vurdert om denne rangeringen var signifikant forskjellig mellom de to gruppene.

3.0 Resultat

3.1 Fordeling i kategorier for beskrevet selvforstyrrelse

Resultatet fra innholdsanalysen av det skriftlige materialet fra TOPP - prosjektet vises i Tabell 1. Tabellen gir en oversikt over fordelingen av de ti pasientene i vårt utvalg i de ulike kategoriene i vårt kodingssystem for selvforstyrrelse. De ulike kategoriene reflekterer antall pasientutsagn som ble vurdert å være i samsvar med beskrivelse av item i EASE. Kategorien ”Ikke beskrevet” reflekterer at det ikke ble funnet beskrivelser av selvforstyrrelse. Kategorien ”lite beskrevet” reflekterer at det ble funnet 1 til 5 beskrivelser av selvforstyrrelse. Kategorien ”moderat beskrevet” reflekterer at det ble funnet 6 til 10 beskrivelser av selvforstyrrelse og kategorien ”mye beskrevet” reflekterer over 10 beskrivelser av selvforstyrrelse.

Som tabellen viser skåret 1 av 5 pasientene som senere *konverterte* til psykose i kategorien “lite beskrevet selvforstyrrelse” og 4 av 5 av disse pasientene i kategorien “moderat beskrevet selvforstyrrelse”. Av pasientene som *ikke* konverterte skåret 1 av 5 i kategorien “ikke beskrevet selvforstyrrelse” og 4 av 5 i kategorien “lite beskrevet selvforstyrrelse”. Ingen av pasientene skåret innenfor kategorien ”mye beskrevet selvforstyrrelse”.

Tabell 1

Fordeling av konverterte og ikke-konverterte i kategorier for beskrevet selvforstyrrelse

Kategori (beskrevet selvforstyrrelse)	Konvertert	Ikke-konvertert
	n	n
Ikke beskrevet	0	1
Lite beskrevet	1	4
Moderat beskrevet	4	0
Mye beskrevet	0	0

3.2 Sammenheng mellom beskrevet selvforstyrrelse og konvertering til psykose.

For å undersøke sammenheng mellom beskrevet selvforstyrrelse og senere konvertering til psykose ble pasientutvalget delt i to kategorier for selvforstyrrelse; Kategorien ”Selvforstyrrelse lav” rommer de tidligere kategoriene ”ikke beskrevet” og ”lite beskrevet” og reflekterer dermed 0 til 5 beskrivelser av selvforstyrrelse. Kategorien ”Selvforstyrrelse høy” rommer de tidligere kategoriene ”moderat beskrevet” og ”mye beskrevet” og reflekterer dermed 6 og flere beskrivelser selvforstyrrelse (se Tabell 1).

Tabell 2 viser sammenheng mellom beskrivelse av selvforstyrrelse i to kategorier (høy, lav) og konvertering til psykose i to kategorier (konvertert, ikke konvertert)

Tabell 2

Sammenheng mellom selvforstyrrelse i to kategorier og konvertering til psykose. Krysstabell.

		Konvertert		Totalt
		Nei	Ja	
		n	n	n
Selv-	Lav	5	1	6
forstyrrelse	Høy	0	4	4
	Totalt	5	5	10

Fisher's Exact Test, Exact sig.= 0.048, (2 – sidig)

* $p < .05$

Tabell 2 viser at hos personene i gruppen som senere konverterte til psykose fremkom det

signifikant mer beskrivelse av selvforstyrrelse ved inklusjon enn i gruppen som ikke konverterte, ved at signifikant flere i denne gruppen skåret i kategorien “Selvforstyrrelse - Høy”.

3.3 Sammenligning mellom item i EASE og SIPS

Resultatet fra gjennomgangen i fagpanelet av ulike item og spørsmål i SIPS sammenlignet med item i EASE er vist i appendiks A og B. Appendiks A viser hvor mange item og spørsmål i SIPS som ble vurdert å samsvare med item i EASE. Appendiks A viser at item P1, P3, P4, P5, N2, N4, D3, G3 og G4 ble vurdert å ha enkelte spørsmål som kunne fange opp eller delvis fange opp beskrivelser av selvforstyrrelser. N4 er derimot det eneste item hvor alle spørsmål ble vurdert å reflektere selvforstyrrelse, ved at de samsvarte med item beskrevet i den internasjonale EASE - manualen. Appendiks B viser en reversert oversikt, og gir et bilde av i hvor stor grad EASE sine 5 domener dekkes av spørsmål i SIPS. Appendiks B viser at for domene 1, 2, 3 og 5 i EASE er det kun et fåtall av item som blir dekket eller delvis dekket av SIPS spørsmål, og at domene 4 ikke har noen item dekket.

3.4 Sammenheng mellom skåre på selvforstyrrelse og skåre på utvalgte item i SIPS

Tabell 3 viser en nonparametrisk sammenligning av skårer på N4 hos pasientene som skåret i kategorien ”Selvforstyrrelse – Lav” versus pasientene som skåret i kategorien ”Selvforstyrrelse – Høy”

Tabell 3

Skårer på SIPS-N4 hos pasienter i kategorien "Selvforstyrrelse – Lav" vs. pasienter i kategorien "Selvforstyrrelse – Høy". Nonparametrisk sammenligning.

	Selvforstyrrelse i			Sum of
	to	N	Mean Rank	Ranks
Redusert opplevelse av følelser og selvet – N4	Lav	6	4,83	29
	Høy	4	6,5	26
	Total	10		

Mann - Whitney, $U = 8.00$; $z = -.866$; $p = ns$ (Asymp. Sign, 2 – sidig)

* $p < .05$

Tabell 3 viser at i vårt utvalg er ikke skårene på N4 signifikant høyere for pasienter i kategorien "selvforstyrrelse – Høy" sammenlignet med pasienter i kategorien "selvforstyrrelse – Lav". Høy skåre på selvforstyrrelse reflekteres med andre ord ikke i høy skåre på N4 i SIPS, som er ment å reflekter redusert opplevelse av følelser og selvet.

4.0 Diskusjon

4.1 Oppsummering av hovedfunn

Våre resultater indikerer sammenheng mellom grad av beskrevet selvforstyrrelse og konvertering til psykose. Det ble ikke funnet sammenheng mellom grad av beskrevet selvforstyrrelse og skåre på N4 i SIPS, som er ment å måle redusert opplevelse av følelser og selvet. Appendiks A viser at enkelte spørsmål under item P1, P3, P4, P5, N2, N4, D3, G3 og G4 i SIPS ble vurdert å samsvare eller delvis samsvare med item i EASE. Appendiks B viser at selv om noen EASE – item dekkes av spørsmål i SIPS, er det fremdeles et flertall av EASE – item som ikke dekkes.

4.2 Forutgår selvforstyrrelse psykoseutvikling?

Blant pasientene som senere konverterte til psykose, ble det i vår innholdsanalyse av det skriftlige TOPP - materialet funnet flere beskrivelser av selvforstyrrelse enn hos de ikke-konverterte. Dette funnet er interessant og støtter seg til den tidligere beskrevne teori og empiri fra fenomenologisk forskning som peker på selvforstyrrelse som en grunnleggende sårbarhetsmarkør for psykoseutvikling (Møller & Husby, 2000). Som nevnt hevder Parnas og flere av de tidligere beskrevne fenomenologene at selvforstyrrelse ligger *til grunn* for schizofrenilidelser, og at forstyrrelser i selvpplevelsen derfor vil *forutgå* utvikling av psykotiske symptomer. Ved å kartlegge for selvforstyrrelse vil man derfor i følge disse fenomenologene være i stand til å identifisere prodromalpasienter i en *tidligere* fase av psykoseutviklingen, før disse manifesteres i svekkede psykosesymptomer (Møller, 2005b; Parnas & Handest, 2003a). Som nevnt kritiserer fenomenologien tilnærmingen til svekkede psykosesymptomer for å komme for sent på banen, til å kunne fungere som primær intervensjon og psykoseforebygging (Møller, 2005b; Parnas & Handest, 2003b). Som nevnt

innledningsvis, har tidlig intervensjon ved psykose vist seg å ha positive konsekvenser for personens symptom- og funksjonsnivå (Killackey & Yung, 2007). Ved å fokusere på svekkede symptomtilstander fremfor den underliggende kjerneforstyrrelsen, som Parnas og kollegaer hevder er selvforstyrrelse, risikerer man i følge disse også å overse personer med økt sårbarhet for å utvikle schizofreni. Samtidig risikerer man også å inkludere personer som *ikke* har en reell sårbarhet for psykoseutvikling. Dette har igjen etiske konsekvenser som vil drøftes under *etiske betraktninger*.

TOPP - prosjektet har som nevnt et mål om *primær* forebygging av psykose, der man gjennom å tilby de inkluderte tett oppfølging med støttende psykoterapi, ønsker å forhindre, forsinke eller redusere psykoseutviklingen. Her vil det derfor være et mål å komme tidlig på banen, før eventuelle psykotiske symptom begynner å fremtre. Samtidig vil det være et mål for all prodromalforskning å ha *sensitive* verktøy, som kan skille personer som har en *reell* sårbarhet for psykoseutvikling fra dem som *ikke* har en reell sårbarhet for psykoseutvikling. De beskrevne fenomenologene hevder derimot ikke at selvforstyrrelse *determinerer* schizofreni, men at selvforstyrrelse indikerer en *økt risiko* og *sårbarhet* for å utvikle schizofreni (Paul Møller, 2008; Parnas & Handest, 2003b). Det er også viktig å merke seg at den fenomenologiske forskningen rundt selvforstyrrelse ikke søker å peke på årsaker til at selvforstyrrelse og schizofreni utvikles, men å få en *økt forståelse* av det essensielle, grunnleggende ved psykose (Paul Møller, 2008; Parnas & Handest, 2003b).

Selv om resultatene i vår studie indikerte sammenheng mellom selvforstyrrelse og psykoseutvikling, vil vi være forsiktige med å generalisere ut fra våre funn alene, da vi har et lite utvalg og begrenset power. Dette vil drøftes nærmere under *metodiske betraktninger*. Likevel vil vårt funn, med støtte fra den overnevnte teori og empiri, indikere at et økt fokus på kartlegging av selvforstyrrelse i TOPP – prosjektet, og lignende studier innen forskning om prodromalfasen, kan innebære positive konsekvenser i form av 1) mulighet for *tidlige*

identifisering av prodromalpasienter og 2) mer *sensitiv* identifisering av personer med økt sårbarhet for psykoseutvikling.

4.3 Klarer SIPS å fange opp selvforstyrrelse?

Det neste spørsmålet blir da hva som vil være den mest hensiktsmessige metoden å kartlegge for selvforstyrrelse i TOPP – prosjektet. Må man ta i bruk et fenomenologisk verktøy som EASE, som er designet for kartlegging av selvforstyrrelse? Eller kan man kartlegge dette fenomenet på andre måter? Vi forsøkte å finne svar på om selvforstyrrelse kan fanges opp av verktøyet SIPS, som brukes til å vurdere inklusjon i TOPP - prosjektet og til å vurdere eventuell konvertering til psykose. Som nevnt er SIPS et intervju som er utviklet for å skåre kvantitativt grad av symptomalvorlighet for pasienter i prodromalfasen til psykose (Miller et al., 1999). Man vil derfor for hvert ja – svar på spørsmål i SIPS, stille oppfølgingsspørsmål om beskrivelse, debut, varighet og forandring over tid (McGlashan et al., 2001). I EASE - intervjuet vil man gjennom en gjensidig refleksjon med pasienten foreta en dyptgående fenomenologisk analyse som tar utgangspunkt i personens *egen* forståelse. Dette gjøres som nevnt ut fra en tanke om at man bare kan utforske selvforstyrrelse ved å ”trenge gjennom” rapportering av symptomer som er lettere for pasienten å sette ord på (Parnas & Handest, 2003b; Parnas, Møller et al., 2005b)

På grunnlag av at vi fant utsagn fra det skriftlige materialet til SIPS, som ble vurdert å reflektere selvforstyrrelse, vil det nødvendigvis måtte finnes enkelte spørsmål i SIPS som kan sies å ha fanget opp dette fenomenet. Spørsmålet blir da *hvilke, hvor mange, og i hvilken grad* spørsmål i SIPS kan sies å fange opp fenomenet selvforstyrrelse. For å undersøke dette ble spørsmål i SIPS sammenlignet med item i EASE i et fagpanel, og det ble vurdert hvilke spørsmål i SIPS som kunne regnes for å være samsvarende med item i EASE. Skåre på disse

utvalgte item i SIPS skulle i neste omgang sammenlignes med vår vurderte skåre vedrørende beskrevet selvforstyrrelse hos pasientene i vårt utvalg.

4.3.1 Samsvar mellom beskrivelse av selvforstyrrelse og skåre på utvalgte item i SIPS

Som tidligere beskrevet var det ikke gjennomførbart å registrere skårer på spørsmål i SIPS, da det ikke var mulig å oppdrive mer enn to av de utfylte SIPS – intervjuene, og da det i disse to viste seg å ikke alltid være registrert hvilke spørsmål som var skåret. Da SIPS som nevnt bare skåres på itemnivå, ble N4 valgt ut på grunnlag av at dette var eneste SIPS - item der *alle* spørsmål ble vurdert å reflektere selvforstyrrelse. På denne måten kan derfor *hele* skåren på dette itemet tenkes å reflektere dette fenomenet. Det manglende samsvaret mellom skåre på item N4 i SIPS og vår skåring av beskrevet selvforstyrrelse gir derimot sannsynligvis ikke et godt nok grunnlag til å kunne vurdere hvorvidt SIPS – instrumentet fanger opp fenomenet selvforstyrrelse. For å kunne si noe om dette, må man også drøfte i hvor stor grad de andre item og spørsmål i verktøyet SIPS, som ble utvalgt av fagpanelet, er i stand til å fange opp fenomenet selvforstyrrelse, sammenlignet med EASE - instrumentets item (se appendiks A og B).

4.3.2 Sammenligning av EASE og SIPS

EASE og SIPS er to svært forskjellige verktøy, og gjennomgangen i fagpanelet tydeliggjorde vanskene med å sammenligne item på tvers av disse to instrumentene. De viktigste forskjellene mellom verktøyene EASE og SIPS gjelder etter vår vurdering følgende hovedområder; *fokus* på selvforstyrrelsesfenomen, grad av *psykosenærhet* i beskrivelse av item, *spesifisitet* av verktøyenes item og *metodisk* tilnærming. Disse hovedområdene vil belyses nærmere med eksempler fra våre funn.

Intervjuene EASE og SIPS har forskjellig grad av *fokus* på selvforstyrrelsesfenomen. Parnas og kollegaer poengterer at EASE ikke dekker *alle* former for forstyrret subjektiv opplevelse, men har et *spesifikt* fokus mot selvforstyrrelse (Parnas, Møller et al., 2005b). SIPS har ikke samme fokus på selvforstyrrelse, men har sitt fokus på kartlegging av prodromalsymptomer og måler grad av symptomalvorlighet ut fra en tilnærming til flere ulike svekkede psykotiske symptomer (Miller et al., 1999). Som vist i Appendiks B er det mange item i EASE som ble vurdert ikke dekket av SIPS - spørsmål. I domene 1 i EASE ble over halvparten av itemene vurdert dekket eller delvis dekket av SIPS - spørsmål; av domene 2, 3 og 5 i EASE ble kun et fåtall av item vurdert dekket eller delvis dekket av SIPS - spørsmål, og i domene 4 er ingen item vurdert dekket.

Det vil derimot være mange uttrykk for selvforstyrrelse, beskrevet ut fra item i EASE - manualen, som ikke vil bli fanget opp gjennom spørsmål i SIPS - intervjuet. I gjennomgangen av det skriftlige TOPP- materialet fremkom det likevel beskrivelser som i samsvar med EASE - item, kunne sies å reflektere selvforstyrrelse, uten at disse var dekket av spørsmål i SIPS. Eksempelvis ble item 2.10 i EASE "Opplevelse av endring mht kronologisk alder" ikke vurdert dekket av spørsmål i SIPS. I det skriftlige materialet vedrørende en av pasientene var det likevel notert en beskrivelse av at pasienten følte seg som et tre år gammelt barn. Denne uttalelsen ble derimot ikke utforsket mer nærmere.

Vi fant i vår gjennomgang av tekstmaterialet også mange andre eksempler hvor personen kom med uttalelser som kunne handle om en forstyrrelse i selvoppfatningen, men der intervjuer ikke spurte nærmere, og fenomenet derfor ikke kom klarere frem og vi dermed heller ikke kunne skåre fenomenet til å representere en form for selvforstyrrelse. Et eksempel er følgende: "X føler ikke det er henne/ham som tenker slike ting, hun/han vil at "det" skal gå ut av henne/ham. "Det" ligger og venter, til X har knekt sammen og tar over". Dette er et eksempel på sitat som kan gi en mistanke om "jeg-spalting, som blir beskrevet i item 2.7 i

EASE. Dette og andre sitater fra pasienten ville kunne gitt en anledning til å utforske mer rundt pasientens selvbevissthet og primære tilstedeværelse (domene 2 i EASE). Men, da dette ikke blir grundig nok utforsket er det vanskelig å avgjøre hva som ligger bak denne opplevelsen. Dette kan forklares ut i fra manglende fokus hos intervjueren på å utforske uttrykk for selvforstyrrelse, i kombinasjon med manglende kjennskap om at dette utsagnet kan tenkes å reflektere selvforstyrrelse. Det kan også reflektere at man i intervjuet er fokusert på å skåre de ulike spørsmål som befinner seg i SIPS. Dette vil kunne gå på bekostning av å utforske aspekter ved pasientens subjektive opplevelse som ikke reflekteres i disse spørsmålene. Til sist kan det reflektere et manglende fokus på en grundig, fenomenologisk utforskning. Som nevnt innledningsvis kritiseres tilnærmingen til svekkede psykotiske symptomer av moderne fenomenologer for å gi en manglende helhetsforståelse av det grunnleggende og essensielle ved psykose (Møller, 2005b).

Samtidig kan man tenke seg at SIPS kan fange opp andre forstyrrelser i opplevelse, som ikke EASE dekker. SIPS er som sagt et instrument som brukes for å kunne vurdere konvertering til psykose ved en *tilnærming til svekkede psykotiske symptomer*, dette preger også spørsmålsformuleringen i SIPS. EASE har som nevnt ikke denne tilnærmingen. Selv om de forskjellige uttrykk for selvforstyrrelse bunner i utforskning av subjektiv opplevelse hos pasienter i tidlige faser av schizofreni er ikke EASE beregnet til alene å diagnostisere psykose. På denne måten kan man bruke EASE til å intervju også andre pasientgrupper, selv om instrumentet hovedsakelig er beregnet for personer med schizofrenilidelser (Parnas, Møller et al., 2005b) Det vil si at klare vrangforestillinger, hallusinasjoner eller passivitetsfenomen av psykotisk art ikke fanges opp i EASE – item. EASE beskriver i likhet med BSABS subkliniske subjektive opplevelser, ved at personen er i stand til å opprettholde en viss distanse til disse opplevelsene. På denne måten har flere item i EASE en ”*som om*» - kvalitet (Parnas & Handest, 2003b). Dette reflekteres blant annet i flere item i domene 5. I

SIPS har spørsmålene, ut i fra vår vurdering, ikke i samme grad denne ”som om” kvaliteten med hensyn til om pasienten klarer å opprettholde en viss distanse til eventuelle psykotiske opplevelser. Dette er naturlig, da disse spørsmålene også skal være i stand til å fange ulike opplevelser av psykotisk intensitet. På denne måten oppstår det et problem ved sammenligning. I panelet ble det diskutert om man kan si at lignende item i SIPS virkelig samsvarer med disse ”som om” - item i EASE. For eksempel beskriver item 5.5 i EASE en følelse *som om* verden ikke eksisterer (se appendiks C). Det ble videre diskutert om dette item kunne ses i samsvar med andre del av spørsmål 2 under ”Andre uvanlige tanker/vrangforestillinger” i P1 i SIPS. Dette spørsmålet lyder: ”Føler du noen gang *at* verden ikke eksisterer?”. Her kan det diskuteres om ”å føle *som om*” er det samme som å ”føle *at*”. Her kommer man inn på et komplisert tema som gjelder bruk av språk og begreper. Igjen vil dette spørsmålet kunne gi tilsvarende svar som item 5.5 i EASE. Dette fordi ja-svar som nevnt vil bli fulgt opp av presiserende spørsmål. Det blir blant annet spurt om grad av overbevisning over at opplevelsen er virkelig. På denne måten ble dette SIPS – spørsmålet under tvil vurdert å kunne samsvare med item 5.5 i EASE.

Utformingen av verktøyene EASE og SIPS er også svært forskjellig. EASE er utformet som et semistrukturert intervju, og de ulike item i EASE er derfor ikke formulert som spørsmål. Derimot inneholder hvert item i EASE en utførlig beskrivelse av hvilke uttrykk for selvforstyrrelse item er ment å fange opp, og det er også nevnt ulike eksempler på hvordan dette fenomenet kan utspille seg. På denne måten skal man med grundig kjennskap til verktøyet kunne flette disse itemene naturlig inn i en utforskende samtale (Parnas, Møller et al., 2005b). SIPS er et strukturert intervju hvor det er formulerte spørsmål. Gjennomgående for flere av disse spørsmålene er at de blir for *uspesifikke* i forhold til EASE - item. På denne måten *kan* de gi svar som er i samsvar med item i EASE, men de kan også gi et helt annet svar som ikke samsvarer med EASE - item. SIPS - spørsmål som står skråstilt i parentes i

appendiks B representerer slike tvilstilfeller. Eksempelvis viser appendiks B at spørsmål 1 under Førsterangssymptomer i item P1 i SIPS delvis dekker tre ulike item i domene 1 i EASE, nemlig: 1.1 *tankeinterferens*, 1.3 *Tankepress* og 1.4 *Tankeblokkering* (Se appendiks C for nærmere beskrivelse av disse item). SIPS - spørsmålet lyder følgende: «Har det hendt at du ikke har kontroll over dine egne ideer eller tanker?» Ved ja-svar på dette spørsmålet skal det stilles oppfølgingsspørsmål om beskrivelse, debut varighet, hyppighet og intensitet (McGlashan et al., 2005). På denne måten *kan* man muligens få frem en beskrivelse av både av tankeinterferens, tankepress og tankeblokkering, men man kan også få et helt annet svar som *ikke* reflekterer selvforstyrrelse.

Til sist har verktøyene SIPS og EASE et svært forskjellig *metodisk grunnlag*, som har blitt vist med skillet mellom fenomenologiske instrument og instrument innen en tilnærming til svekkede positive symptomer (Olsen & Rosenbaum, 2006a). Etter vår vurdering er EASE et rent *fenomenologisk* verktøy og SIPS tilhører, slik vi ser det, den sistnevnte tradisjonen med fokus på svekkede positive symptomer som har en mer *deskriptiv* og operasjonalistisk tradisjon. Som nevnt innledningsvis, eksisterer det forvirring og uenighet rundt begrepet fenomenologi innen dagens psykiske helsevern. Verktøyet EASE er utviklet ut i fra en fenomenologisk tradisjon som søker å utforske det *essensielle* i psykotiske pasienters opplevelse, ved å ta utgangspunkt i pasientenes *egen* forståelse denne opplevelsen. På denne måten reflekterer EASE – item hvordan pasienter selv har beskrevet og forstått sine grunnleggende subjektive opplevelser. Vi vurderer at den viktigste forskjellen mellom instrumentene SIPS og EASE først og fremst går på hva som er *utgangspunktet* og *målet* for utforskning og beskrivelse av subjektiv opplevelse. Husserl poengterte, som nevnt innledningsvis, at det å studere bevissthetsfenomener, uten å utforske den bakenforliggende og *essensielle* ved disse fenomenene, var å begynne i feil ende og derfor ikke representerte en ren fenomenologisk tilnærming (Hergenhahn, 2001). Dette utdypet de eksistensialistiske

fenomenologene som klinisk poeng; man måtte forsøke *først* å sette seg inn i pasientens *egen* forståelse av seg selv og sin situasjon, hvis man ville oppnå en virkelig forståelse av kjernen personens problem (Kierkegaard, 1859; Schneider & May, 1995).

Enkelte vil hevde at SIPS også er et fenomenologisk verktøy, da man også i SIPS – intervjuet vil spørre pasienten om subjektive symptom. I SIPS - intervjuet, vil man som tidligere nevnt, ved positivt svar spør etter mer informasjon vedrørende debut, varighet, hyppighet, lidelsens intensitet, i hvor stor grad det påvirker personens liv og grad av overbevisning/betydning. På mange måter er derfor dette også en grundig subjektiv utspørring. Men dette er som sagt med *utgangspunkt* i spørsmål om svekkede *symptomer* og ikke i pasientens egen forståelse av disse symptomene. Eksempelvis vil item N3 i sips utforske redusert *uttrykk* av følelser som et negativt symptom. Spørsmålet under dette item lyder: ”Har du opplevd at noen har sagt at du viser mindre følelser eller er mindre knyttet til andre mennesker enn du pleide å være?” (se appendiks D). Dette spørsmålet kunne gitt en grundig utforsking av pasienten reduserte uttrykk av følelser, men fokuserer på om ”noen har sagt” at pasienten viser mindre følelser eller er mindre knyttet til andre mennesker, heller enn å utforske pasientens *egen* opplevelse. Dette representerer, slik vi ser det, et forsøk på å *operasjonalisere* pasientens opplevelse. Operasjonalisme er som nevnt et forsøk på å øke den ytre validiteten til subjektive fenomen ved å knytte det til ytre observerbare fenomen (Hergenhahn, 2001). Ved en slik operasjonalisering av dette itemet får man derimot ikke mulighet til å utforske hva som ligger *bak* dette reduserte uttrykket for følelser. På denne måten kan det reduserte uttrykket for følelser og den reduserte tilknytningen til andre mennesker, skyldes svært mange årsaker. Disse symptomene *kan* skyldes at pasienten er i en prodromaltilstand, og *kan* muligens bunne i forstyrrelser i selvbevissthet og primær tilstedeværelse som beskrives i domene 2 i EASE (se appendiks C) Men dette symptomet kan også skyldes flere *andre* årsaker, både i pasientens egen subjektive opplevelse og i

omgivelsene rundt pasienten. Eksempelvis kan dette symptomet bunne i angst og depresjon hos pasienten, men det kan også reflektere en situasjonsbetinget tilstand, som kan skyldes omveltninger i pasientens sosiale nettverk med mer. På grunn av operasjonaliseringen reduseres dermed den *indre* validiteten i en skåre på denne symptombeskrivelsen.

I tillegg er *målet* for kartlegging annerledes i SIPS. Selv om man spør ut om subjektive symptomer, er dette først og fremst for å kunne vurdere den kvantifiserte beskrivelsen av symptom, som til slutt avgjør hvorvidt personen defineres som i prodromalfasen eller ei. For personer som ikke skårer mellom 3 og 5 på positive symptomer, og som heller ikke vurderes å ha genetisk risiko, blir ikke resten av intervjuet gjennomført (McGlashan et al., 2005). Spørsmålet blir dermed; kartlegger man kun for å kunne si om en pasient er i en prodromalfase eller ei, eller kartlegger man også for å kunne oppnå en økt forståelse av hva denne prodromalfasen egentlig *innebærer* for den enkelte pasient? Parnas og kollegaer poengterer mangelen på en helhetlig forståelse av hva som er det grunnleggende og essensielle ved psykose, og dermed også hva som er det grunnleggende ved prodromalfasen (Møller, 2005b; Parnas & Handest, 2003b). Videre poengterer de i samsvar med de eksistensielle psykologene at denne forståelsen kun kan oppnås gjennom å forså pasientens egen forståelse.

4.3.3 Oppsummering

Resultatene fra vår innholdsanalyse av det skriftlige materialet til TOPP indikerer at SIPS – intervjuet får fram *enkelte* beskrivelser av selvforstyrrelse, da vi fant eksempler på dette i det skriftlige SIPS – materialet. Resultatet fra gjennomgangen i fagpanelet viste at enkelte spørsmål under item i SIPS fanger opp selvforstyrrelse, men da man bare skårer på itemnivå kommer ikke skåre på disse spørsmålene fram. Gjennomgangen viste også at det var flere item i EASE som ikke ble dekket gjennom spørsmål i SIPS og at derfor flere uttrykk for

selvforstyrrelse ikke blir fanget opp av spørsmål i SIPS. I tillegg tydeliggjorde gjennomgangen av item i EASE og SIPS at disse verktøyene har forskjellig tilnærming til og fokus for kartlegging i prodromalfasen. Med hensyn til vårt andre forskningsspørsmål er vår konklusjon at SIPS som instrument, med sine nåværende item, spørsmål - og skåringsstrategi, ikke er i stand til å kartlegge for selvforstyrrelse på en tilfredsstillende måte. Under forslag til fremtidig forskning, vil vi presentere våre tanker om hvordan man kan kartlegge for selvforstyrrelse i TOPP – prosjektet på en mer hensiktsmessig måte.

4.4 Etisk diskusjon

Samtidig som det satses på mer forskning rundt prodromalfasen ser man at prodromal intervensjon er en disiplin med store utfordringer, både vitenskapelig, klinisk og etisk (Møller, 2005b). Selv om en kartlegging av selvforstyrrelse kan forbedre sensitiviteten til kartleggingen og redusere inkludering av personer som ikke har en reell sårbarhet for psykoseutvikling, vil man ikke kunne unngå falske positive i prodromalforskning. Det er fremdeles svært stigmatiserende med en diagnose på psykose og schizofreni i dagens samfunn og en identifisering av en person som i en prodromalfase kan derfor oppleves svært belastende, og i verste fall, skadelig for personen. Samtidig vil enkelte hevde at selv om man finner falske positive er også disse hjelpetrengende og vil kunne ha utbytte av en behandling av de symptomer som personen fremviser (A. Yung et al., 2004). I tillegg vil et mål være å sikre at personen er allerede i et behandlingsapparat hvis det skulle forekomme en utvikling til psykose (Killackey & Yung, 2007).

Et spesielt etisk dilemma ved prodromalforskning gjelder bruk av antipsykotisk medisin. Grunnet den store andelen falske positive kan man risikere at man gir medisinsk behandling til en stor gruppe med personer som aldri ville utviklet psykose i utgangspunktet og dermed utsetter dem for eventuelle bivirkninger. Det foregår forskningsprosjekter hvor det

blir gitt antipsykotisk medisin til personer i en antatt prodromalfase. I TOPP – prosjektet mener man at det foreløpig ikke er medisinsk forsvarlig og at man må stille en form for psykosed diagnose før slik behandling iverksettes (Jørgensen, Larsen, & Rosenbaum, 2000).

4.5 Metodiske betraktninger

4.5.1 Studiens design

Innholdsanalyse av skriftlig materiale kan være både kvalitativ og kvantitativ ved at den tillater både en kvalitativ analyse av materialet og en kvantitativ analyse av store mengder med dokumenter (Carley, 1993; Leech & Onwuegbuzie, 2007). Vår bruk av klassisk innholdsanalyse har blitt definert som kvalitativ. I tillegg til den klassiske innholdsanalysen har vi en kvalitativt utformet teoretisk gjennomgang av hvorvidt SIPS måler selvforstyrrelse. Resultatene vi har kommet frem til fra disse to kvalitative tilnærmingene har blitt oppsummert som kvantitative kategorier og brukt i en kvantitativ statistisk analyse. I vår studie og analyse av materiale og funn fra TOPP – prosjektet blir det dermed brukt både kvalitativ og kvantitativ metode. Å bruke kvalitative og kvantitative analyseteknikker sammen i en studie kan berike tolkningen av signifikante funn i forskningen (Leech & Onwuegbuzie, 2007). Selv om en kombinasjon av disse metodetilnærmingene ikke er vanlig blir kombinasjonen ofte oppmuntret og ofte sett på som en del av metodisk triangulering (Møller, 2000).

Metodologisk triangulering er en kombinasjon av to eller flere forskningsmetoder i studien av samme fenomen (Fischer, 2006). Triangulering skaper sikrere kunnskap ved å bekrefte et sett av data eller observasjon med en eller flere andre. Dette kan skje gjennom en anvendelse av 1) ulike tilnærminger/metoder, 2) ulike tidspunkt eller 3) med ulike kilder, men med samme hensikt (Møller, 2000). Triangulering har spesielt blitt definert som å involvere bruken av multiple verktøy for datainnsamling. I denne studien har vi brukt to ulike

forskningsmetoder for å gi svar på problemstilling to; den ene er en analyse av det skriftlige materialet til TOPP – prosjektet, den andre er en teoretisk gjennomgang av om SIPS fanger opp selvforstyrrelse (Triangulering ved bruk av ulike metodiske kilder). De kvantitative kategoriene og resultatene av den statistiske analysen er i tråd med rådende forskning om at selvforstyrrelse forutgår psykose, noe som støtter den klassiske innholdsanalysen av det skriftlige materialet (triangulering ved bruk av ulike metodiske tilnærminger).

Vår bruk av metodisk triangulering er en styrke for å kunne si noe ut i fra våre funn. Dette gjør at man kan lettere trekke konklusjoner om hvorvidt selvforstyrrelse forutgår psykoseutvikling og om hvorvidt SIPS fanger opp selvforstyrrelse. På samme tid er det en metodisk utfordring. Ved bruk av de kvantitative kategoriene og analysene unngår vi eventuelle ulemper ved kun å bruke subjektive mål som ikke er etterprøvbare, men tatt i betraktning fenomenet vi studerer sin subjektive natur gir metoden studien en del begrensinger. Fra et fenomenologisk perspektiv vil et subjektivt opplevd fenomen som selvforstyrrelse komme frem i en samtale hvor man får frem hvordan fenomenet oppleves for den enkelte pasient. Vår innholdsanalyse av det skriftlige materialet i TOPP – prosjektet gir ikke mulighet til å utforske i dybden pasientens utsagn, vi kan bare forholde oss til de beskrivelser som kommer frem i det skriftlige materialet. Vår tilnærming med innholdsanalyse av tekstmaterialet representerer dermed ingen *ren* fenomenologisk tilnærming ut i fra vår definisjon av fenomenologi, nevnt innledningsvis. Dette er problematisk, når vi ønsker å kartlegge et fenomen som selvforstyrrelse, da dette fenomenet ut fra en fenomenologisk tilnærming skal kartlegges gjennom en gjensidig interaktiv refleksjon mellom pasient og terapeut (Parnas, Handest et al., 2005). Vi mener at vår bruk av klassisk innholdsanalyse likevel fanger opp beskrivelser av selvforstyrrelse hos pasientene, selv om vi tar høyde for at det ved en grundig samtale ville kunne kommet frem flere beskrivelser. Det er gjort flere studier om selvforstyrrelse i en tidlig fase av schizofreni (Møller & Husby, 2000;

Parnas et al., 1998), det er derimot gjort svært få studier om selvforstyrrelse i prodromalfasen. Vår studie representerer derfor et bidrag til forståelsen av selvforstyrrelse som risikomarkør for prodromalfasen.

SIPS har ikke et ensidig fokus på selvforstyrrelse. Vi kan dermed ikke være sikre på at de beskrivelsene av selvforstyrrelse vi fant i materialet virkelig hadde bunn i en forstyrrelse av pasientens selvoppfatning. Vi kan ikke vite sikkert at de beskrivelser som kommer frem er basert på en forstyrrelse av det prerefleksive selv og ikke kun er uttrykk for forstyrrelser i det sosiale selv. For å bøte på dette har analysen av det skriftlige materialet blitt skåret svært konservativt. Vår eksklusjon av domene 5 (fra EASE) fra den klassiske innholdsanalysen kan ha ført til at det har blitt registrert færre skårer for selvforstyrrelse enn hva som reelt foreligger i det skriftlige materialet. På den andre side ville utsagn innen domene 5 ha utgjort en metodisk svakhet for studien, siden det viste seg å være svært komplisert å tolke om utsagnene var reelle beskrivelser av selvforstyrrelse - som forstått i domene 5 i EASE.

Med et utvalg på 10 personer er det vanskeligere å generalisere våre funn og gjøre antagelser i forhold til en populasjon. Samtidig skiller ikke vår studie seg i stor grad fra andre prodromalstudier når det gjelder utvalgsstørrelse. Dette fordi det å oppdrive et stort antall prodromalpasienter er vanskelig å gjennomføre grunnet lav insidens av psykose i befolkningen.

TOPP - prosjektets longitudinelle design er en av studiens styrker. Studiens tilfredsstillende interrater – reliabilitet er en annen styrke til studien. Vår intenderte blindhet for konversjon utgjør en styrke for studien, denne ble derimot ufullstendig for to av pasientene og gjør at dette aspektet ikke ble fulgt helt opp.

4.5.2 Statistiske betraktninger

I vår studie hadde vi et lite utvalg på 10 personer, og ikke normalfordeling i de ulike kategoriene. Som en konsekvens av dette, ble det nødvendig å foreta non - parametriske tester for å se på sammenheng mellom de ulike variablene. Slike tester vil nødvendigvis bli mindre *sensitive* enn parametriske tester. På grunn av liten utvalgstørrelse vil slike tester ha mindre *power*. Det vil derfor være en fare for at slike tester ikke klarer å fange opp *reelle* forskjeller mellom kategoriene. Dette vil igjen ha konsekvenser for generaliserbarheten av funnene. Samtidig vil slike tester vil være mer *robuste* enn parametriske tester, på grunn av at man støtter seg til færre antagelser, og vil være mindre kompliserte å gjennomføre enn parametriske tester. På grunn av enkelhet og robusthet, vil enkelte statistikere hevde at slike tester gir mindre rom for misledende antagelser og feil bruk (Pallant, 2007).

4.6 Forslag til fremtidig forskning

Gjennom diskusjonen av våre funn har vi kommet innom ulike forslag til hvordan man i TOPP - prosjektet kan utrede mer fokusert for selvforstyrrelse. For det første kan man i SIPS skåre item på spørsmålnivå og på denne måten fange opp de skårer på spørsmålnivå som reflekterer selvforstyrrelse. Samtidig er det enkelte tema innen EASE – manualens forståelse av selvforstyrrelse som ikke kommer frem i de enkelte spørsmålene i SIPS. Dette fører til et annet forslag hvor man kan utbedre den eksisterende SIPS - manualen ved å ta inn nye tema, item eller spørsmål i SIPS. Den fenomenologiske tilnærming har vist seg effektiv til å fange opp fenomenet selvforstyrrelse. Forsøk på å integrere en kartlegging av selvforstyrrelse i eksisterende kartleggingsinstrumenter vil kunne føre til pasienten blir spurt om enkelte symptom og tegn, som igjen kan føre frem til en skåre på et eventuelt item om selvforstyrrelse, men man kan tenke seg at fenomenets natur ikke vil bli fanget tilstrekkelig opp. Vi mener derfor den beste måten for å kunne opprettholde forskningsmessige kvaliteter i TOPP – prosjektet, og lignende studier innen prodromalforskning, vil være å integrere et

fokus på selvforstyrrelse ved å bruke EASE som et tilleggsinstrument til de allerede eksisterende instrument. Det har blitt foreslått at EASE kan brukes ved en videre ”closing in” på individer man mener er i prodromalfasen, i tillegg til bruk av instrument som CAARMS eller SIPS (Nelson et al., 2008b).

EASE har vist seg å ha sterk teoretisk bakgrunn og valide empiriske funn som gjør at man bør forske mer på funksjonen til selvforstyrrelse som kjernemarkør ved prodromalfasen i schizofreni (Paul Møller, 2008; Parnas & Handest, 2003b). EASE er et relativt nytt instrument som er basert på en alternativ tilnærming til psykopatologi. Som tidligere nevnt, blir en norsk versjon av EASE nå systematisk testet ut i en doktoravhandling ved Sykehuset Innlandet. Dette vil forhåpentligvis kunne resultere i en semistrukturert intervjuguide, som er mulig å kombinere med andre kartleggingsverktøy i TOPP – prosjektet, og andre lignende prosjekter.

I fremtidig forskning bør også selvforstyrrelse som begrep utforskes. Dette for å studere om selvforstyrrelse, slik det blir hevdet (Sass & Parnas, 2003), er fenomenet som forener den svært heterogene samlingen av schizofrenisymptom. Det vil også være interessant å utforske om schizofreni, som enkelte hevder (Bentall, 2004), egentlig er en samlebetegnelse for mange ulike typer lidelser og hvordan selvforstyrrelse som fenomen i så fall vil kunne variere mellom mennesker diagnostisert med schizofreni.

Som nevnt poengterer Møller også den terapeutiske verdien av å ta utgangspunkt i pasientens egen forståelse av sin lidelse. Pasientene rapporterer at de i større grad opplever seg forstått og tatt på alvor under intervjuet, og at de oppnår større grad av innsikt i egen lidelse (Møller, 2008) TOPP – prosjektet innebærer som nevnt også poliklinisk oppfølging, med støttende psykoterapi (Larsen, 2002). Her kan man tenke seg at en mer fenomenologisk kartlegging også kan ha positive terapeutiske konsekvenser i TOPP – prosjektet.

I fremtidig forskning bør forskjellige kartleggingsinstrumenter evalueres ved å utføre studier som inkluderer mer enn et instrument. Dette er viktig for å få klarlagt om tidlig

intervensjon forbedrer forløp av schizofreni/psykose og for å yte en bedre hjelp til de mennesker som er hjelpetrengende.

4.7 Konklusjon

Våre resultater indikerer sammenheng mellom selvforstyrrelse og konvertering til psykose. Selv om vårt utvalg er lite støtter dette funnet opp om den fenomenologiske forskning som viser til selvforstyrrelse som forutgående for psykoseutvikling og peker på viktigheten av å kartlegge for selvforstyrrelse i prodromalfasen. Vår sammenligning av item i SIPS og EASE gir en indikasjon på at vektøyet SIPS, med nåværende item og skåringsstrategi, ikke er i stand til å kartlegge for selvforstyrrelse på en tilfredsstillende måte. Beskrivelser av selvforstyrrelse kommer likevel frem i det skriftlige materialet i TOPP. Dette gir ytterligere støtte til viktigheten av å kartlegge for dette fenomenet. For å kartlegge for selvforstyrrelse i prodromalfasen i TOPP - prosjektet bør man i følge vår vurdering integrere et verktøy, eksempelvis EASE, med en fenomenologisk tilnærming. Dette da en utforsking om selvforstyrrelse kan tenkes å gi en bedre forståelse for prodromalfasen og yte bedre hjelp til pasienter. Dette kan innebære positive konsekvenser i form av mulighet for *tidlig* identifisering av prodromalpasienter og en mer *sensitiv* og *spesifikk* identifisering av personer med sårbarhet for psykoseutvikling.

Referanseliste:

- an der Heiden, W., & Hafner, H. (2000). The epidemiology of onset and course of schizophrenia. [Article]. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250(6), 292-303.
- Andreasen, N. C. (2007). *DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences*.
- Bentall, R. P. (2004). *Madness explained - psychosis and human nature*. London: Penguin books.
- Carley, K. (1993). Coding choices for textual analysis - a comparison of content-analysis and map-analysis. *Sociological Methodology*, 23, 75-126.
- Cermolacce, M., Naudin, J., & Parnas, J. (2007). The "minimal self" in psychopathology: Re-examining the self-disorders in the schizophrenia spectrum. [Article]. *Consciousness and Cognition*, 16(3), 703-714.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. (2000). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Fewtrell, D., & Connor, K. O. (1995). *Clinical Phenomenology and Cognitive Psychology*. London: Routledge.
- Fischer, C. T. (2006). *Qualitative research methods for psychologists: introduction through empirical studies*. Amsterdam: Elsevier Academic Press.
- Gallagher, S. (2000). Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. *Trends in Cognitive Sciences*, 4(1), 14-21.
- Giorgi, A. (Ed.). (1985). *Phenomenology and Psychological Research*. Pittsburg: Duquesne University Press
- Gross, G., Huber, G., Klosterkötter, J., & Linz, M. (1995). *BSABS - Bonnskalaen til vurdering af basissymptomer*. København: Synthelabo Scandinavia.
- Harrop, C., & Trower, P. (2001). Why does schizophrenia develop at late adolescence? *Clinical Psychology Review*, 21(2), 241 - 266.
- Haug, E., Møller, P., Melle, I., Lien, L., & Andreassen, O. E. (2008). Can assessment of self-experience improve the diagnostic process in first episode psychosis? PhD - protocol. A project within the TOP (Thematic Organized Psychosis) research group (Forskningsgruppe Helse SørØst) supported by the Network for Early Stage Psychosis research (Helse SørØst Kjernekompetansemijø).
- Hemmingsen, R., Parnas, J., Gjerris, A., Reisby, N., & Kragh-Sørensen, P. (2000). *Klinisk psykiatri* (Vol. 2). København: Munksgaard.
- Hergenhahn, B. R. (2001). *An introduction to the History of Psychology* (4th ed.). Belmont: Wadsworth, Thompson Learning.
- ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. (1999). Oslo: Universitetsforl.
- Jaspers, K. (1968). Phenomenological Approach in Psychopathology. [Article]. *British Journal of Psychiatry*, 114(516), 1313-&.
- Johannessen, J. O. (2005). Schizofreni - klinisk bilde og utbredelse. In B. Rishovd Rund (Ed.), *Schizofreni*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Kierkegaard, S. (1859). *Synspunkter for min Forfatter-Virksomhed: en ligefrem Meddelelse: Rapport til historien*. København: Reitzel.
- Killackey, E., & Yung, A. R. (2007). Effectiveness of early intervention in psychosis. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(2), 121 - 125.

- Klosterkotter, J., Schultze-Lutter, F., & Ruhrmann, S. (2008). Kraepelin and psychotic prodromal conditions. [Article]. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258, 74-84.
- Klosterkötter, J., Hellmich, M., Steinmeyer, E. M., & Schultze-Lutter, F. (2001). Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Archives of General Psychiatry*, 58(2), 158 - 164.
- Larsen, T. K. (2002). Tidlig påvisning av schizofreni - er primærprofylakse mulig? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 122(20), 2015 - 2018.
- Larsen, T. K. (2004). The use of concepts in relation to early intervention in psychosis: a critical discussion. In C. McDonald (Ed.), *Schizophrenia: challenging the orthodox* (pp. xvi, 221 s.). London: Taylor & Francis.
- Larsen, T. K. (2005). Tidlig intervensjon ved schizofreni. In B. Rishovd Rund (Ed.), *Schizofreni*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Larsen, T. K. (2009). TOPP - prosjektet. In B. Sandve & A. B. Skålvik (Eds.).
- Larsen, T. K., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Johannessen, J. O., Melle, I., et al. (2001). Early detection and intervention in first - episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(5), 323 - 334.
- Larsen, T. K., Hodne, S., Helland, N., & McCombe, M. (2006). The prodromal symptoms of psychosis: experiences from the TOPP clinic. [Meeting Abstract]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 64-64.
- Leech, N. L., & Onwuegbuzie, A. J. (2007). An array of qualitative data analysis tools: A call for data analysis triangulation. [Article]. *School Psychology Quarterly*, 22(4), 557-584.
- Leech, N. L., & Onwuegbuzie, A. J. (2008). Qualitative Data Analysis: A Compendium of Techniques and a Framework for Selection for School Psychology Research and Beyond. [Article]. *School Psychology Quarterly*, 23(4), 587-604.
- McGlashan, T. H. (2003). Commentary: Progress, issues, and implications of prodromal research: An inside view. [Editorial Material]. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 851-858.
- McGlashan, T. H., Miller, T., & Woods, S. W. (2001). Pre - onset detection and intervention research in schizophrenia psychoses: Current estimates of benefit and risk *Schizophrenia Bulletin*, 27(4), 563 - 570.
- McGlashan, T. H., Miller, T. J., Woods, S. W., Rosen, J. L., Hoffman, R. E., & Davidson, L. (2005). *Strukturert Intervju for ProdromalSyndromer - norsk utgave* (B. Arntzen, T. K. Larsen, M. McCombe, T. Moen & L. K. Skryten, Trans.). New Haven, CT.
- McGorry, P. D., McFarlane, C., Patton, G. C., Bell, R., Hibbert, M. E., Jackson, H. J., et al. (1995). The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence - a preliminary study. [Article]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(4), 241-249.
- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Cadenhead, K., Ventura, J., McFarlane, W., et al. (2003). Prodromal Assessment With the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: Predictive Validity, Interrater Reliability, and Training to Reliability. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 703 - 715.
- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Woods, S. W., Stein, K., Driesen, N., Corcoran, C. M., et al. (1999). Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatric Quarterly*, 70(4), 273 - 287.
- Møller, P. (2000). *The phenomenology of the initial prodrome and untreated psychosis in first-episode schizophrenia: an exploratory naturalistic case study*. Department of Psychiatric Research and Education, Diakonhjemmet Hospital and Department of Psychiatry, Ullevaal University Hospital, Department Group of Psychiatry, University of Oslo, Oslo.

- Møller, P. (2005a). Prodromalfasen - innfallsporten til forebygging og psykopatologisk forståelse. In B. Rishovd Rund (Ed.), *Schizofreni*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Møller, P. (2005b). Schizofreni og selvet - eksistensielle perspektiver på forståelse og utredning. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 8.
- Møller, P. (2008). Psykosens anatomi: skisse til en subjektivitetsmodell. *Impuls* 2.
- Møller, P. (2008). Psykosens anatomi: skisse til en subjektivitetsmodell. *Impuls*, 2.
- Møller, P., & Husby, R. (2000). The initial prodrome in schizophrenia: Searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 217-232.
- Nelson, B., Yung, A. R., Bechdolf, A., & McGorry, P. D. (2008a). The phenomenological critique and self-disturbance: Implications for ultra-high risk ("Prodrome") research. [Review]. *Schizophrenia Bulletin*, 34(2), 381-392.
- Nelson, B., Yung, A. R., Bechdolf, A., & McGorry, P. D. (2008b). The phenomenological critique and self - disturbance: Implications for ultra - high risk ("prodrome" research. *Schizophrenia Bulletin*, 34(2), 381 - 392.
- Olsen, K. A., & Rosenbaum, B. (2006a). Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: assessment instruments. [Review]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(4), 273-282.
- Olsen, K. A., & Rosenbaum, B. (2006b). Prospective investigations of the prodromal state of the schizophrenia: review of studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(4), 247 - 272.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual*. Berkshire: McGraw Hill, Open University Press.
- Parnas, J., & Handest, P. (2003a). Phenomenology of anomalous self - experience in early schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44(2), 121 - 134.
- Parnas, J., & Handest, P. (2003b). Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44(2), 121-134.
- Parnas, J., Handest, P., Jansson, L., & Saebye, D. (2005). Anomalous subjective experience among first-admitted schizophrenia spectrum patients: Empirical investigation. *Psychopathology*, 38(5), 259-267.
- Parnas, J., Handest, P., Saebye, D., & Jansson, L. (2003). Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(2), 126-133.
- Parnas, J., Jansson, L., Sass, L. A., & Handest, P. (1998). Self-experience in the prodromal phases of schizophrenia: A pilot study of first-admissions. [Article]. *Neurology Psychiatry and Brain Research*, 6(2), 97-106.
- Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., et al. (2005a). EASE : Examination of Anomalous Self - Experience. *Psychopathology*, 38, 236 - 258.
- Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., et al. (2005b). EASE: Examination of anomalous self-experience. *Psychopathology*, 38(5), 236-258.
- Rishovd Rund, B. (Ed.). (2005). *Schizofreni*. Stavanger: Hertvig forlag.
- Rotov, M. (1991). Phenomenology or Physicalism. [Article]. *Schizophrenia Bulletin*, 17(2), 183-186.
- Rulf, S. (2003). Phenomenological Contributions on Schizophrenia: A Critical Review and Commentary on the Literature between 1980-2000. *Journal of phenomenological psychology*, 34(1), 1.
- Salokangas, R. K. R., & McGlashan, T. H. (2008). Early detection and intervention of psychosis. A review. [Review]. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(2), 92-105.
- Sass, L. A., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 427-444.

- Schneider, K., & May, R. (1995). *The Psychology of Existence - An Intergrated, Clinical Perspective*: McGraw-Hill, Inc.
- Schultze-Lutter, F. (2009). Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: The bacis symptom concept. *Schizophrenia Bulletin*, 35(1), 5 - 8.
- Spinelli, E. (1989). *The interpreted world: an introduction to phenomenological psychology*. London: Sage Publications.
- Van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population. *Schizophrenia Research*, 45, 11-20.
- Vollmer-Larsen, A. (2009). *Diagnostic Stability and outcome Follow-up Investigation of the Copenhagen Prodromal Study*. Københavns Universitet, Købehavn.
- Yung, A., Phillips, L., & McGorry, P. D. (2004). *Treating schizophrenia in the prodromal phase*. London: Taylor & Francis.
- Yung, A., Yuen, H. P., Berger, G., Francey, S., Hung, T., Nelson, B., et al. (2007). Declining transition rate in ultra high risk (prodromal) services: Dilution or reduction of risk. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3), 673 - 681.
- Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S. M., McFarlane, C. A., Hallgren, M., et al. (2003). Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. [Article]. *Schizophrenia Research*, 60(1), 21-32.

Appendiks A

Sammenligning SIPS vs EASE	
	<i>(delvis samsvarende item skråstilt i parentes)</i>
SIPS- ITEM	EASE- ITEM
P. POSITIVE SYMPTOMER	
P1 Uvanlig tankeinnhold/vrangforestillinger	
Forvirring og vrangforestilt stemning	
1	-
2	1,10 - Manglende evne til å skille opplevelseskategorier
3	2,5 - Derealisering (2 subtyper)
4	1,14 - Forstyrret tidsopplevelse
5	<i>(5,6 - Magisk tenkning (om metafysisk kausalitet))</i>
Førsterangssymptomer	
1	<i>(1,1 - Tankeinterferens; 1,3 - Tankepress; 1,4 - Tankeblokkering)</i>
2	-
3	-
4	-
5	<i>(5,4 - "Som om" - følelse av å ha ekstraordinære evner og innsikt)</i>
6	<i>(5,1 - Primære selvhenføringsfenomener)</i>
Overvurderte oppfatninger	
1	<i>(5,7 - Eksistensiell eller intellektuell forandring)</i>
2	-
3	-
4	-
5	<i>(5,4 - "Som om" - følelse av å ha ekstraordinære evner og innsikt)</i>
Andre uvanlige tanker/vrangforestillinger	
1	-
2a)	2,1 - Svekket følelse av "basic self" (2 subtyper)
2b)	5,5 - "Som om" - følelse av at verden ikke eksisterer
3	-
Selvhenføringsideer av ikke-forfølgelseskarakter	
1	-
2	<i>(5,1 - Primære selvhenføringsfenomener)</i>

P2 Mistenksomhet/forfølgelsesideer	
1	-
2	-
3	-
4	-
5	-
P3 Storhetsideer	
1	<i>(5,4 - "Som om" - følelse av å ha ekstraordinære evner og innsikt)</i>
2	-
3	-
4	<i>(5,8 - Solipsistisk grandiositet)</i>
5	<i>(5,8 - Solipsistisk grandiositet)</i>
P4 Perseptuelle abnormiteter/hallusinasjoner	
Perseptuelle forstyrrelser, illusjoner, hallusinasjoner	
1	-
Auditiv forstyrrelser, -illusjoner, -hallusinasjoner	
1	-
2	-
3	-
4	1,7 - Perseptualisering av indre tanke eller tale
5	<i>(1,7 - Perseptualisering av indre tanke eller tale)</i>
Visuelle forstyrrelser, illusjoner, hallusinasjoner	
1	-
2	-
3	-
4	-
Somatiske forstyrrelser, illusjoner, hallusinasjoner	
1	3,7 - Coenestesiser – fordreid følelsessans
2	-
Olfaktoriske og gustatoriske forstyrrelser, -illusjoner, -hallusinasjoner	

1	-
P5. Disorganisert kommunikasjon	
1	<i>(1,17 - Forstyrrelse i ekspressiv språkfunksjon)</i>
2	<i>(1,17 - Forstyrrelse i ekspressiv språkfunksjon)</i>
N. NEGATIVE SYMPTOMER	
N1. Sosial anhedoni eller tilbaketrekking	
1	-
2	-
3	-
4	-
N2. Initiativløshet	
1	<i>(2,16 - Svekkelse av initiativ)</i>
2	<i>(2,16 - Svekkelse av initiativ)</i>
3	<i>(2,16 - Svekkelse av initiativ)</i>
N3.Redusert uttrykk av følelser	
1	-
N4. Redusert opplevelse av følelser og selvet	
1	2,18 - Svekket vitalitet (2 subtyper)
2	1,10 - Manglende evne til å skille opplevelseskategorier
3	2,18 - Svekket vitalitet (2 subtyper)
4	2,1 - Svekket følelse av "basic self" (2 subtyper); 2,2 - Deformert 1.personperspektiv (3 subtyper)
N5. Nedsatt iderikdom	
1	-
2	-
N6. Forverring i rollefungering	
1	-
2	-
3	-
4	-
D. SYMPTOMER PÅ DISORGANISERING	
D1. Merkelig oppførsel eller fremtreden	
1	-
2	-
3	-

D2. Bisarr tankegang	
1	-
D3. Problemer med fokus og oppmerksomhet	
1	-
2	-
3	-
4	<i>(1,13 - Forstyrret korttidshukommelse)</i>
D4. Forverring i personlig hygiene og sosial oppmerksomhet	
1	-
2	-
3	-
4	-
G. Generelle symptomer	
G1. Søvnforstyrrelse	-
1	-
2	
G2. Dysforisk stemning	
1	-
2	-
3	-
4	-
5	-
6	-
7	-
G3. Motoriske forstyrrelser	
1	<i>(3,8 - Motoriske forstyrrelser (5 subtyper))</i>
G4. Svekket toleranse overfor normale påkjenninger	
1	<i>(2,18 - Svekket vitalitet (2 subtyper))</i>
2	<i>(2,18 - Svekket vitalitet (2 subtyper))</i>
3	<i>(2,18 - Svekket vitalitet (2 subtyper))</i>
4	<i>(2,18 - Svekket vitalitet (2 subtyper))</i>
5	<i>(2,18 - Svekket vitalitet (2 subtyper))</i>

(McGlashan et al., 2005; Parnas, Møller et al., 2005a)

McGlashan, T. H., Miller, T. J., Woods, S. W., Rosen, J. L., Hoffman, R. E., & Davidson, L. (2005). *Strukturert Intervju for ProdromalSyndromer - norsk utgave* (B. Arntzen, T. K. Larsen, M. McCombe, T. Moen & L. K. Skryten, Trans.). New Haven, CT.

Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., et al. (2005). EASE : Examination of Anomalous Self - Experience. *Psychopathology*, 38, 236 - 258.

Appendiks B

Sammenligning EASE vs SIPS	
Domener og items i EASE	SIPS – items som samsvarer
	<i>(delvis samsvarende item skråstilt i parentes)</i>
1) Tenkning og bevissthetsstrøm	
1.1 Tankeinterferens	<i>(P1: Førsterangssymptomer, spm. 1)</i>
1.2 Tap av tankeipseitet	
1.3 Tankepress	<i>(P1: Førsterangssymptomer, spm. 1)</i>
1.4 Tankeblokkering (3 subtyper)	<i>(P1: Førsterangssymptomer, spm. 1)</i>
1.5 Stille tankeekko	
1.6 Ruminasjon - tvangstanker (5 subtyper)	
1.7 Perseptualisering av indre tanke eller tale	P4: Auditive forstyrrelser, spm. 4 <i>(spm. 5)</i>
1.8 Spatialisering av opplevelser	
1.9 Ambivalens	
1.10 Manglende evne til å skille opplevelseskategorier	P1: Forvirring og vrangforest., spm. 2; N4: spm.2
1.11 Forstyrrelse av tankeintiativ eller intensjonalitet	
1.12 Oppmerksomhetsforstyrrelser (2 subtyper)	
1.13 Forstyrret korttidshukommelse	<i>(D3: Problemer med fokus og oppmerksomhet, spm. 4)</i>
1.14 Forstyrret tidsopplevelse	P1: Forvirring og vrangforestilt stemning, spm. 4
1.15 Diskontinuerlig bevissthet for egne handlinger	
1.16 Manglende samsvar mellom intendert uttrykk og det uttrykte	
1.17 Forstyrrelse i ekspressiv språkfunksjon	P5: disorganisert kommunikasjon, spm.2
2) Selvbevissthet og primær tilstedeværelse	
2.1 Svekket følelse av "basic self" (2 subtyper)	P1: Andre uvanlige tanker/vrangforestillinger, 2a*; N4: spm. 4
2.2 Deformert 1.person-perspektiv (3 subtyper)	N4: Redusert opplevelse av følelser og selvet, spm.4
2.3 <i>Restkategori: Annen depersonalisering</i> (2 subtyper)	
2.4 Nedsatt følelse av tilstedeværelse (3 subtyper)	<i>(N5: Spørsmål om problemer med å forstå, spm 1 og 2)</i>
2.5 Derealisering (2 subtyper)	P1: Forvirring og vrangforestilt stemning,

	spm 3
2.6 Hyperrefleksivitet/ økt refleksivitet	
2.7 Jeg-spalting (4 subtyper)	
2.8 Dissosiativ depersonalisering (2 subtyper)	
2.9 Identitetsforvirring	
2.10 Opplevelse av endring mht. kronologisk alder	
2.11 Endret opplevelse av eget kjønn (2 subtyper)	
2.12 Svekket "common sense" / perpleksitet	
2.13 Angst (6 subtyper)	
2.14 Ontologisk angst	
2.15 Svekket klarhet (gjennomsiktighet) i bevisstheten	
2.16 Svekkelse av initiativ	(N2: <i>initiativløshet</i>)
2.17 Hypohedoni	
2.18 Svekket vitalitet (2 subtyper)	N4: Redusert opplevelse av følelser og selvet: spm.1; spm. 3; (G4)
3) Kroppslige opplevelser	
3.1 Morfologiske forandringer (2 subtyper)	
3.2 Speilrelaterte fenomen (3 subtyper)	
3.3 Somatisk depersonalisasjon	
3.4 Psyke og kropp passer ikke sammen – eller føles atskilt	
3.5 Kroppslig desintegrasjon	
3.6 Spatialisering av kroppslig opplevelse	
3.7 Coenestesier – fordreid følelsessans	P4: Somatiske forstyrrelser spm.1 (D2)
3.8 Motoriske forstyrrelser (5 subtyper)	(G3)
3.9 Mimetisk opplevelse; resonans mellom egne og andres opplevelse	
4) Demarkasjon/transitivisme	
4.1 Forveksling med annen person	
4.2 Forveksling med eget speilbilde	
4.3 Truende kroppskontakt (2 subtyper)	
4.4 Passivitetsbevissthet	
4.5 Andre transitive fenomener	
5) Eksistensiell reorientering	
5.1 Primære selvhenføringsfenomener	(P1: Førsterangss., spm.6; Selvhenføringsideer av ikke-f.karakter, spm2)

5.2 Følelse av sentralitet	
5.3 Følelse som om opplevelsesfeltet er eneste virkelighet	
5.4 "Som om" - følelse av å ha ekstraordinære evner og innsikt	(P1: Overvurderte oppfatninger, spm. 5)
5.5 "Som om" - følelse av at verden ikke eksisterer	P1: Andre uvanlige tanker/vrangforestillinger, spm. 2b*
5.6 Magisk tenkning (om metafysisk kausalitet)	(P3: spm. 5)
5.7 Eksistensiell eller intellektuell forandring	
5.8 Solipsistisk grandiositet	(P3: spm. 4)

*2a=første del av spørsmål

*2b=andre del av spørsmål

(McGlashan et al., 2005; Parnas, Møller et al., 2005a)

McGlashan, T. H., Miller, T. J., Woods, S. W., Rosen, J. L., Hoffman, R. E., & Davidson, L. (2005). *Strukturert Intervju for ProdromalSyndromer - norsk utgave* (B. Arntzen, T. K. Larsen, M. McCombe, T. Moen & L. K. Skryten, Trans.). New Haven, CT.

Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., et al. (2005). EASE : Examination of Anomalous Self - Experience. *Psychopathology*, 38, 236 - 258.

Appendiks C

<p>EASE: Examination of Anomalous Self-Experience</p> <p>- Eksempler på fenomener/symptomer i manualen Examination of Anomalous Self - Experience. For mer nøyaktig beskrivelse vises det til selve manualen EASE (Parnas, Møller et al., 2005a).</p>
<p>1 Cognition and Stream of Consciousness</p>
<p>1.1 Thought Interference (C.1.1)</p> <p><i>Contents of consciousness (thoughts, imaginations, or impulses), semantically disconnected from the main line of thinking, appear automatically (not necessarily quickly or many), break into the main line of thinking and interfere with it.</i></p>
<p>1.2 Loss of Thought Ipseity</p> <p><i>A feeling that certain thoughts (usually interfering thoughts: 1.1) may appear as deprived of the tag of mineness. The patient does have the rational conviction that he is the origin of these thoughts.</i></p>
<p>1.3 Thought Pressure</p> <p><i>A sense of many thoughts (or images) with different, unrelated or remotely related meaning/content that pop up and disappear in quick sequences without the patient being able to suppress or guide this appearance/disappearance of (ever new) contents of consciousness.</i></p>
<p>1.4 Thought Block (3 subtypes)</p> <p><i>A subjective blocking of thoughts that can also be experienced as a sudden emptiness of thoughts, interruption of thoughts, fading (slipping away) of thoughts or loss of the thread of thoughts.</i></p>
<p>1.5 Silent Thought Echo</p> <p><i>A feeling that one's thoughts become automatically (involuntarily) repeated or somehow doubled.</i> <i>There is no perceptualization like in 'Gedankenlautwerden' (1.7).</i></p>
<p>1.6 Ruminations – Obsessions (5 subtypes)</p> <p><i>(Usually) disturbing persistence or recurring of certain contents of consciousness (e.g. thoughts, imaginations, images): these contents may be associated with any past event. It may have the form of meticulous recapitulation of remembered events, or conversations of the day.</i></p>
<p>1.7 Perceptualization of Inner Speech or Thought ('Gedankenlautwerden') (4 subtypes)</p> <p><i>Thoughts or inner speech acquire acoustic and in more severe states auditory qualities.</i></p>
<p>1.8 Spatialization of Experience</p> <p><i>Thoughts, feelings, or other experiences or mental processes are spatially experienced, i.e. as being localized to a particular part of the head or brain or are being described in spatialized terms (e.g. location, spatial relation or movement).</i></p>

1.9 Ambivalence
<i>Inability to decide between two or more options. Persistent and painful conscious coexistence of contradictory inclinations or feelings. Ambivalence occurs even for very simple or trivial everyday decisions.</i>
1.10 Inability to Discriminate Modalities of Intentionality
<i>Brief occasions or longer periods with diffi culties in the immediate awareness of the experiential modality one is currently living or experiencing. The patient may be uncertain whether his experience is a perception or a fantasy, a memory of an event or a memory of a fantasy. This phenomenon applies to affectivity as well: the patient may be unable to discriminate between different affects, feelings or moods.</i>
1.11 Disturbance of Thought Initiative or Thought Intentionality
<i>A subjective disturbance of thought initiative, 'thought energy' and intellectual purpose.</i>
1.12 Attentional Disturbances (2 subtypes)
<i>Subtype 1: Captivation of attention by a detail in the perceptual field. Subtype 2: Inability to split attention.</i>
1.13 Disorder of Short-Term Memory
<i>Diminished capacity to keep certain things in mind for more than a few minutes.</i>
1.14 Disturbance in Experience of Time
<i>A fundamental change in the experience of time, either as a change in the subjective time flow, or with respect to existential historical time, like past versus future (changes in flow speed elicited by feelings of pleasure or by being bored shall not be included here).</i>
1.15 Discontinuous Awareness of Own Action
<i>This symptom consists of a break in the awareness of one's own actions. The symptom overlaps dissociative fugue.</i>
1.16 Discordance between Intended Expression and the Expressed
<i>Subjective experience of not being able to express oneself according to one's actual feelings and emotions.</i>
1.17 Disturbance of Expressive Language Function
<i>Self-experienced impediment of speech, with a deficient actualization or mobilization of adequate words.</i>
2 Self-Awareness and Presence
2.1 Diminished Sense of Basic Self (2 subtypes)
<i>A pervasive sense of inner void, lack of inner nucleus, a pervasive lack of identity, feelings of being anonymous, as if non-existent or profoundly different from other people (...).</i>
2.2 Distorted First-Person Perspective

Subtype 1: Own thoughts, feelings and actions may appear somehow as impersonal, anonymous, and mechanically performed. Subtype 2: There may be a profound experiential distance (phenomenological distance) between the (sense of) experience (thinking, action, perception, emotion) and the sense of self. Subtype 3: The sense of self as the absolute experiential point of orientation [i.e. as something which does not itself have a precise location (...) but to which everything else is spatially related (...)] or as a pole/source/focus of experience or action (I-consciousness) may be felt to be at a specific spatial location or to have characteristics of extension, or sometimes being spatially dislocated (...)

2.3 Other States of Depersonalizations (2 subtypes)

A pervasive and diffuse sense of being alienated from oneself, one's own mental operations, thoughts, emotions and behaviors, in a way that has not been captured by other items of this section. Depersonalization described here belongs to the range of phenomena of disturbed self-awareness described in this entire section and with a particular affinity with the disorders of basic self and first-person perspective.

2.4 Diminished Presence (3 subtypes)

A decreased ability to become affected, incited, moved, motivated, drawn, influenced, touched, attracted or stimulated by objects, people, events and states of affairs.

2.5 Derealization (2 subtypes)

A change in the experience of the environment: the surrounding world appears somehow transformed, unreal, and strange, may be compared to an ongoing movie. The source of change is not felt as primarily located in the patient.

2.6 Hyperreflectivity; Increased Reflectivity

Occasionally excessive or frequent, even chronic, tendency to take oneself or parts of oneself or aspects of the environment as objects of intense reflection.

2.7 I-Split ('Ich-Spaltung') (4 subtypes)

The patient experiences his I, self, or person as being divided or otherwise compartmentalized, disintegrated into semi-independent parts, or not existing as one unified whole. The patient's complaints must have an experiential quality that may form a continuum from a vague sense of split, 'as if' division, to a split that is elaborated in a delusional way.

2.8 Dissociative Depersonalization (Out-of-the-Body Experience) (2 subtypes)

The patient says that he sometimes feels as if he was 'outside' himself as a sort of a double, watching or observing him or others. The experience must have the 'as if' character (subtype 1), (...) If there is an instance of self-perception from without, the experience should be considered as a dissociative visual hallucination (subtype 2)

2.9 Identity Confusion

A feeling as if the patient is somebody else

2.10 Sense of Change in Relation to Chronological Age

A fundamental feeling as if being considerably older or younger than the actual chronological age, not clearly understandable because of social relations or interactions.

2.11 Sense of Change in Relation to Gender (2 subtypes)

<p><i>Subtype 1: Occasional fear of being homosexual or that others consider one as such. Subtype 2: A feeling as if being of the opposite sex or a confusion of ones own sex.</i></p>
<p>2.12 Loss of Common Sense/Perplexity/Lack of Natural Evidence <i>It is a loss or a lack of automatic, prereflective grasp of the meaning of everyday events, situations, people and objects.</i></p>
<p>2.13 Anxiety <i>Subtype 1: Panic attacks Subtype 2: Psychic-mental anxiety Subtype 3: Phobic anxiety Subtype 4: Social anxiety Subtype 5: Diffuse, free-floating and pervasive anxiety Subtype 6: Paranoid anxiety</i></p>
<p>2.14 Ontological Anxiety <i>A pervasive sense of insecurity, weakness, inferiority, indecisiveness, low anxiety tolerance, persistent lowgrade free-fl oating (objectless) anxiety, or a subtle, pervasive sense of something ominous impending.</i></p>
<p>2.15 Diminished Transparency of Consciousness <i>A pervasive or recurrent sense of not being fully alert, fully awake, fully conscious, as if there was some lack of clarity, inner hindrance, or feelings of internal pressure, blocking, opacity. The acts of consciousness or the very way of being conscious appear as somehow peculiarly faded, diminished or inefficient.</i></p>
<p>2.16 Diminished Initiative <i>A pervasive sense that all activity is requiring effort, difficulty in initiating action.</i></p>
<p>2.17 Hypohedonia <i>Hedonia refers to pleasure capacity. Pervasively or recurrently occurring diminished ability to experience pleasure in relation to immediately surrounding 'physical' perceptual or intellectual stimulation (...)</i></p>
<p>2.18 Diminished Vitality (2 subtypes) <i>A pervasive or frequently recurrent sense of inexplicable mental or physical fatigue, dampening of immediate aliveness, diminished energy, spontaneity, 'élan'.</i></p>
<p>3 Bodily Experiences</p>
<p>3.1 Morphological Change (2 subtypes) <i>Usually paroxysmic sensations ('as if') or perceptions of diminishment or constriction of single body parts, or experiences of body parts or the entire body becoming thinner, shorter, contracting, enlarging, being pressed down or diminished.</i></p>
<p>3.2 Mirror-Related Phenomena (3 subtypes) <i>This is a group of phenomena, which have in common an unusually frequent, and intense looking in the mirror or avoiding one's specular image or looking only occasionally but perceiving a facial change.</i></p>
<p>3.3 Somatic Depersonalization (Bodily Estrangement) <i>The body or some of its parts are perceived as strange, alien, lifeless, isolated, separated from each other, dislocated or not existing.</i></p>
<p>3.4 Psychophysical Misfit and Psychophysical Split</p>

The body feels as if not really fitting, as either too small, too big, or otherwise uncomfortable or somehow changed. This is usually, but not always, associated with a feeling that mind and body do not fit or belong together, as if they were somehow disconnected, or independent of each other.

3.5 Bodily Disintegration

Feeling of bodily disintegration or dissolution, as if falling apart or going bodily into pieces or disappearing.

3.6 Spatialization of Bodily Experiences

Predominance of experiencing the body or its parts as a physical object (physical/spatial), at the expense of the spiritual-lived, nonspatial, lived bodily experiences.

3.7 Cenesthetic Experiences

Unusual bodily sensations (...)

3.8 Motor Disturbances (5 subtypes)

Subtype 1: Pseudo-movements of the body Subtype 2: Motor interference Subtype 3: Motor blocking Subtype 4: Sense of motor paresis Subtype 5: Desautomation of movement

3.9 Mimetic Experience (Resonance between Own Movement and Others' Movements)

Pseudo-movements of perceived objects and humans are experienced, especially when the patient is in motion himself. Therefore, he will often try to avoid moving. Either the patient or the object/human moves first, or both simultaneously, and the patient feels as if there is a strange link between the two.

4 Demarcation/Transitivity

4.1 Confusion with the Other

The patient experiences himself and his interlocutor as if being mixed up or interpenetrated, in the sense that he loses his sense of whose thoughts, feelings, or expressions originate in whom. He may describe it as a feeling of being invaded, intruded upon in a nonspecific but unpleasant or anxiety-provoking way.

4.2 Confusion with One's Own Specular Image

A feeling of uncertainty about who is who or who is where, when looking at his own mirror or another specular image (e.g. in the window panes of the shops), or portrait pictures, and paintings.

4.3 Threatening Bodily Contact (2 subtypes)

Subtype 1: A feeling of extreme anxiety or unease when standing close to or being touched by another (even by a close person), or being hugged. Bodily contact feels threatening to one's autonomy and existence. Subtype 2: A feeling of personal disappearance, annihilation, or ceasing to exist, when being exposed to a close contact with another, e.g. during a sexual intercourse.

4.4 Passivity Mood ('Beeinflussungsstimmung')

A diffuse feeling or mood of being somehow in a passive, dangerously exposed position, at the mercy of the world, in an unspecified and unconcretized manner. (...) The patient has no concrete experiences or delusional ideas about external influences, yet he feels as if he was somewhat constrained by the external world

4.5 Other Transitive Phenomena

Other feelings of inadequate bodily demarcation (also versus inanimate objects), a pervasive feeling of being somehow 'too open or transparent' or having extraordinarily 'thin skin', having no barriers, or a state in which the patient is excessively preoccupied with the exact mechanisms of self-world and self-other relations/influences, or has a special 'extra layer' covering his body surface.

5 Existential Reorientation

5.1 Primary Self-Reference Phenomena

The subject senses an immediate link between himself and external events or other people, a link that is not explained or mediated by a preexisting paranoid attitude, feelings of insufficiency, preceding panic attack or depressive guilt. In other words, we are dealing here with primary self-reference phenomena that cannot be further psychologically reduced (i.e. explained in terms of other mechanisms).

5.2 Feeling of Centrality

Fleeting feelings as if being the center of the universe.

5.3 Feeling as if the Subject's Experiential Field Is Only Extant Reality

5.4 'As if' Feelings of Extraordinary Creative Power, Extraordinary Insight into Hidden Dimensions of Reality, or Extraordinary Insight into Own Mind or the Mind of Others

5.5 'As if' Feeling that the Experienced World Is Not Truly Real, Existing, as if It Was Only Somehow Apparent, Illusory, or Deceptive

5.6 Magical Ideas (i.e. Ideas Implying Nonphysical Causality), Linked to the Subject's Way of Experiencing

5.7 Existential or Intellectual Change

New or unusual preoccupation with existential, metaphysical, religious, philosophical, or psychological themes.

5.8 Solipsistic Grandiosity

The patient, in speech or behavior, exhibits a sense of superiority over his fellow humans, typically associated with his feelings of possessing extraordinary insights or abilities

Appendiks D

Strukturert Intervju for ProdromalSyndromer

<u>P. Positive symptomer</u>
P1 Uvanlig tankeinnhold/vrangforestillinger
Forvirring og vrangforestilt stemning:
1. Har du følt at det foregår noe rart eller at noe er galt som du ikke kan forklare?
2. Har du noen gang lurt på om noe du oppleve er virkelig eller innbiling?
3. Synes kjente mennesker eller omgivelser fremmede? Forvirrende? Uvirkelige? Ikke en del av denne verden? Fremmede? Umenneskelige? Onde?
4. Synes det som om din oppfatning av tid har forandret seg? Unaturlig raskere? Unaturlig langsom?
5. Føler du noen gang at du går gjennom hendelser akkurat slik du har erfart dem før?
Førsterangssymptomer (tankeinnsetting/interferens, tilbaketrekning, kringkasting, telepati)
1. Har du følt at du ikke har kontroll over dine egne ideer eller tanker?
2. Føler du noen gang på en eller annen måte at tanker blir satt inn i hodet ditt, eller tatt fra deg? Føler du noen gang at det er som om en person eller kraft kanskje forstyrrer tankene dine?
3. Føler du noen gang at tankene dine blir sagt høyt, slik at andre mennesker kan høre dem?
4. Tror du noen gang at andre mennesker kanskje er i stand til å lese tankene dine?
5. Tror du noen gang at du kan lese andre menneskers tanker?
6. Føler du noen gang at radioen eller fjernsynet kommuniserer direkte til deg?
Overvurderte oppfatninger
1. Har du noen sterke følelser eller oppfatninger som er svært viktige for deg, som for eksempel religion, filosofi eller politikk?
2. Dagdrømmer du mye eller er du svært opptatt av historier, fantasier eller ideer? Er du noen gang usikker på om noe er fantasi eller virkelighet?
3. Føler du noen gang at du har en overtro som påvirker din oppførsel?
4. Sier andre at dine tanker og ideer er annerledes eller bisarre? Dersom ja, hvilke?
5. Føler du noen gang at du kan forutsi fremtiden?
Andre uvanlige tanker/vrangforestillinger:
1. <i>Somatiske</i> ideer: Er du noen gang bekymret for at det er noe galt med kroppen eller helsen din?
2. <i>Nihilistiske</i> ideer. Har du noen gang følt at du faktisk ikke eksisterer? Føler du noen gang at verden ikke eksisterer?
3. <i>Skyldfølelse</i> : Tenker du noen gang på hvordan du kan være god eller begynner du å tro at du fortjener å bli straffet på en eller annen måte?
Selvhenføringssideer av ikke-forfølgelseskarakter
1. Har du følt at du ofte er gjenstand for folks oppmerksomhet? Føler du at de har fiendtlige eller negative hensikter?
2. Har du følt at ting som skjer rundt deg har en spesiell betydning bare for deg?
P2 Mistenksomhet/forfølgelsesideer

1. Føler du noen gang at folk rundt deg tenker negativt om deg? Har du funnet ut senere at dette ikke var tilfellet, eller at dine mistanker var grunnløse?
2. Har du noen gang følt lite tillit til eller mistenksomhet overfor andre?
3. Har du noen gang følt at du må følge godt med på hva som foregår rundt deg for å føle deg trygg?
4. Føler du noen gang at du er utpekt eller blir iaktatt?
5. Føler du noen gang at andre kanskje mener å skade deg ? Har du en følelse av hvem dette kan være?

P3. Storhetsideer

Storhetsideer

1. Føler du at du at du har spesielle evner eller talenter? Føler du at du er spesielt begavet innenfor dette området? Snakker du om det med andre?
2. Har du noen gang handlet uten å tenke på smertelige konsekvensene, som å bruke opp pengene på fornøyerer?
3. Forteller folk deg noen gang at planene eller målene dine er urealistiske? Hvilke? Hvordan ser du for deg at du skal oppnå dem?
4. Anser du noen gang deg selv som en berømt eller spesielt viktig person?
5. Føler du at noen gang at du er utvalgt av Gud for en spesiell funksjon? Føler du at du kan redde andre?

P4. Perseptuelle abnormiteter/hallusinasjoner

Perseptuelle forstyrrelser, illusjoner, hallusinasjoner:

1. Føler du noen gang at hørselen spiller deg et puss?

Auditive forstyrrelser, -illusjoner, -hallusinasjoner

1. Har du følt deg mer var overfor lyder? Har lydene vært annerledes - kraftigere, mer dempet?
2. Hører du noen gang uvanlige lyder som banking, klikking, fresing, klapping eller at det ringer i ørene?
3. Synes du noen gang du hører lyder, for så å finne ut at det trolig var ingenting?
4. Hører du noen gang dine egne tanker som om de blir sagt utenfor hodet ditt?
5. Hører du noen ganger en stemme som andre ikke kan høre eller som de ikke synes å kunne høre? Høres det ut som en stemme som tydelig snakker til deg, slik som jeg gjør nå? Kan det være dine egne tanker, eller er det tydelig en stemme som snakker høyt

Visuelle forstyrrelser, illusjoner, hallusinasjoner

1. Føler du at du er mer følsom overfor lys eller er det slik at ting som du ser noen gang er forandret når det gjelder farge, klarere, mattere eller har de på annen måte forandret seg?
2. Har du noen gang sett uvanlige ting som blinking, flammer, geometriske figurer eller skygger i øyekroken?
3. Tror du noen gang at du ser mennesker, dyr eller gjenstander, for så å innse at de kanskje ikke er der likevel?
4. Ser du noen gang ting som andre ikke kan se eller ikke synes å se?

Somatiske forstyrrelser, illusjoner, hallusinasjoner

1. Har du hatt uvanlige kroppslige fornemmelser, som prikking, trekking, trykk, verk, svie, kulde, nummenhet, vibrasjoner, elektrisitet eller smerte?
2. Får du noen gang merkelige følelser på eller like under huden? Insekter som kryper på huden?

Olfaktoriske og gustatoriske forstyrrelser, -illusjoner, -hallusinasjoner

1. Hender det at du kan lukte eller smake ting som andre ikke legger merke til?

P5. Disorganisert kommunikasjon

1. Hender det at folk sier at de ikke forstår hva du sier? Synes det som om folk har problemer med å forstå hva du sier?
2. Kjenner du noen ganger på om du kan ha vansker med å formidle det du har på hjertet, som for eksempel at du blir uklar eller ofte mister tråden når du snakker?

N. Negative symptomer

N1. Sosial anhedoni eller tilbaketrekking

1. Foretrekker du vanligvis å være alene eller med andre? (Dersom du foretrekker å være alene; oppgi hvorfor) Sosial apati? Utilpass sammen med andre? Angst? Annet?
2. Hva gjør du vanligvis i fritiden? Hadde du vært mer sosial dersom du hadde anledning?
3. Hvor ofte er du sammen med venner utenom skole/jobb? Hvem er dine tre nærmeste venner? Hva gjør dere sammen?
4. Hvor ofte tilbringer du tid sammen med familiemedlemmer? Hva gjør dere sammen?

N2. Initiativløshet

1. Har du problemer med å motivere deg til å gjøre ting?
2. Er det vanskeligere for deg å utføre daglige aktiviteter?
3. Må andre mase på deg for at du skal få ting gjort? Har du sluttet å gjøre ting du tidligere holdt på med?

N3. Redusert uttrykk av følelser

1. Har du opplevd at noen har sagt at du viser mindre følelser eller er mindre knyttet til andre mennesker enn du pleide å være?

N4. Redusert opplevelse av følelser og selvet

1. Opplever du at dine følelser er mindre sterke enn tidligere? Føler du deg noen gang nummen?
2. Opplever du at det kan være vanskeligere å skille mellom ulike følelser?
3. Opplever du at du er "følelsesmessig" flat?
4. Opplever du noen gang at du har mistet deg selv eller at du er frakoblet deg selv eller livet? Som om du observerer ditt eget liv?

N5. Nedsatt idériskdom

Spørsmål om problemer med å forstå

1. Finner du det noen ganger vanskelig å forstå hva andre prøver å si til deg fordi du ikke forstår hva de mener?
2. Bruker folk oftere og oftere ord du ikke forstår?

N6. Forverring i rollefungering

1. Er det mer anstrengende å utføre jobben din nå enn tidligere?

- | |
|--|
| 2. Har du problemer med å få arbeidet ditt gjort? |
| 3. Har det gått dårligere på jobb eller skolen? Har du blitt satt under tilsyn eller på annen måte gitt advarsler på grunn av dårlige prestasjoner? Stryker du i noen fag eller vurderer du å slutte skolen? Har du noen gang blitt oppsagt eller på annen måte hatt problemer med å holde på en jobb? |
| 4. Har du hatt problemer med vennene dine? Familien? Kolleger? Har du havnet i flere uoverensstemmelser enn før? |

D. Symptomer på disorganisering

D1. Merkelig oppførsel eller fremtreden

- | |
|---|
| 1. Hva slags aktiviteter liker du? |
| 2. Har du hobbyer, spesielle interesser eller ting du samler på? |
| 3. Hender det at andre sier at dine interesser er uvanlige eller at du er eksentrisk? |

D2. Bisarr tankegang

- | |
|--|
| 1. Sier andre at meningene dine er uvanlige eller at måten du tenker på er merkelig eller ulogisk? |
|--|

D3. Problemer med fokus og oppmerksomhet

- | |
|---|
| 1. Har du hatt problemer med å konsentrere deg eller med å være i stand til å fokusere på en oppgave? |
| 2. Lese? Lytte? Er det blitt vanskeligere enn det var før? |
| 3. Blir du lett distraheret? Lett forvirret av lyder, av at andre snakker? Er dette blitt verre? |
| 4. Har du hatt problemer med å huske ting? |

D4. Forverring i personlig hygiene og sosial oppmerksomhet

- | |
|---|
| 1. Er du blitt mindre opptatt av å være ren og velkledd? |
| 2. Hvor ofte dusjer du? |
| 3. Når kjøpte du sist nye klær? Hva kjøpte du? |
| 4. Tror du at andre vil oppfatte deg som litt svevende, som om du ikke alltid har beina på jorda? |

G. Generelle symptomer

G1. Søvnforstyrrelse

- | |
|--|
| 1. Hvordan har du sovet i det siste? Hva slags vansker har du hatt med søvn? (ta med leggetid, når vedkommende sovner og våkner, antall timer søvn i løpet av en 24-timers periode, problemer med å sovne, tidlig oppvåkning, snur døgnet) |
| 2. Er du trøtt i løpet av dagen? Gjør dine søvnproblemer det vanskelig å komme gjennom dagen? Har du problemer med å våkne? |

G2. Dysforisk stemning

- | |
|--|
| 1. Hvordan har humøret ditt vært i det siste? |
| 2. Føler du deg noen gang generelt ulykkelig over lengre tid? |
| 3. Har du noen gang vært deprimert? Gråter du ofte? Føler du deg trist, elendig, verdiløs, håpløs? Har humøret ditt påvirket appetitten? Søvn? Arbeidsevnen? |
| 4. Har du hatt tanker om å skade deg selv eller ta ditt eget liv? Har du noen gang forsøkt å begå selvmord? |
| 5. Har du hatt tanker om å skade noen andre? |
| 6. Er du irritert mye av tiden? Blir du ofte sint? Hender det at du slår andre mennesker eller gjenstander? |
| 7. Har du følt deg mer nervøs eller engstelig i det siste? Vanskelig å slappe av? Føler du deg noen gang slik i lengre perioder? |

G3. Motoriske forstyrrelser

1. Har du opplevd forandringer i måten du beveger deg på? F.eks. klossethet, mangel på koordinering, vanskeligheter med å utføre aktiviteter som du tidligere pleide å klare?

G4. Svekket toleranse overfor normale påkjenninger

1. Føler du deg trette eller mer stresset når en vanlig dag er over?

2. Føler du deg mer satt ut av spill uventede ting som har hendt deg i løpet av dagen?

3. Gjør disse tingene det vanskeligere for deg å komme gjennom dagen din?

4. Føler du deg utfordret av, eller at du unngår, eller at du blir fullstendig overveldet av dine daglige gjøremål? Er disse gjøremålene altfor tyngende eller altfor krevende?

5. Er du altfor stresset, disorganisert, eller så tom for energi og motivasjon at du ikke en gang klarer å mestre daglige aktiviteter?

(McGlashan et al., 2005)