

# Sintomi di base: quali sono quelli veri?

## *Basic symptoms: which are the true ones?*

E.A. BOVE

Istituto di Psicologia, Università di Urbino "Carlo Bo", Urbino

### Key words

*Basic symptoms • Schizophrenia • Vulnerability • Prodrome • Cognitive deficit*

Correspondence: Dr. Egidio Aniello Bove, via Tortorina B/1 int. 10, 61029 Urbino  
E-mail: egidiobove@libero.it

### Summary

*The Basic Symptoms are troubling and abnormal sensations of a subclinical nature. Huber has drawn attention to subjective disturbances by concentrating on the investigations of schizophrenic patients. Several longitudinal studies have shown that the Basic Symptoms evolve into the complex pathological symptoms. Basic Symptoms constitute the primary symptoms of schizophrenia, perhaps the first step of complex psychotic phenomena. The florid symptoms are the result of a complicated elaboration which modifies abnormal experiences at the beginning of the pathological process. Besides Basic Symptoms are the closer phenomena to the somatic substrate of schizophrenia. They are closer to the somatic substrate, than the complex psychotic phenomena, because they represent the conscious experience of several cognitive deficiencies produced by determined biochemical disturbances in the limbic system. Huber's theory shows several inconsistencies. The concept of Basic Symptoms hides various disorders: some of them may be found in other mental disorders. These heterogeneous phenomena should not be considered as equal since they are probably bound to different psychopathological levels. This article focuses on several disorders we can consider as Basic Symptoms, stressing the differences between several symptoms. It is necessary to restrict the disorders that Huber pointed out, in order to reach a more comprehensive and exhaustive definition. Therefore, we need to think about the relation between first level Basic Symptoms, visible in many other clinical disorders, and second level Basic Symptoms, more specific of psychoses. According to Huber, the second level symptoms stand in the midway between first level symptoms and schizophrenia. In this way, the second level symptoms might not be analyzed as real Basic Symptoms. The investigations that analysed the Basic Symptoms evolution did not stress that second level disorders originated from first level disorders. Indeed, these two typologies could be considered as uncorrelated symptoms. It is even possible that life-events have repercussions on pre-existing cognitive deficits thus favouring first level symptoms. Stressful life events, instead, could weigh on cognitive resources and favouring the evolution of second level symptoms, act as a stepping-stone for psychotic experiences. Therefore only these disorders could be analysed as true Basic Symptoms of schizophrenia.*

*In order to reach a Basic Symptoms classification, we have to discuss the scientific instruments used to study these disorders: the "Frankfurt Complaint Questionnaire" (FBF) and the "Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms" (BSABS). Indeed, these instruments propose a different classification of several psychopathological experiences they wish to evaluate. They consist of a list of symptoms related to different disorders. The BSABS distinguishes Basic Symptoms in a clearer and complete way, and it represents a starting-point in order to understand several disorders. Nevertheless, we need to bear in mind that only a few cognitive and coenaesthetic disturbances are the real Basic Symptoms of a schizophrenic disorder, as they correspond to the second level symptoms.*

*In order to extract a more specific part of the disorders that Huber has analysed, we need to distinguish the Basic Symptoms that we can more easily find in the prodromes of schizophrenia (second level symptoms) from the Basic Symptoms probably more closely linked to a condition of vulnerability (first level symptoms). Finally, we have to specify that not all Basic Symptoms show a deficit. Indeed, several cognitive and coenaesthetic symptoms (second level symptoms) are nearer to the so-called positive symptoms of schizophrenia compared to the so-called negative symptoms. Following a description of the more meaningful problems of Huber's theory, we suggest a more accurate definition of Basic Symptoms.*

La teoria dei sintomi di base (BS) ha delineato un nuovo modo di accostarsi alla schizofrenia. Le concezioni proposte da Huber ed i suoi collaboratori permettono di osservare i pazienti psicotici da più punti di vista, nelle diverse fasi di sviluppo della patologia, in una continua dialettica tra l'uomo, i suoi disturbi e l'ambiente circostante. Uno dei meriti degli Autori tedeschi è stato quello di considerare ambiti di studio diversi, cercando di colmare una distanza apparentemente incolmabile, imponendo la logica della multifattorialità nella composizione del puzzle schizofrenico.

I BS nascono nella tradizione della psicopatologia fenomenologica, mettendo a frutto gli insegnamenti di Jaspers<sup>2</sup> sul metodo fenomenologico-descrittivo per l'esplorazione dei disordini mentali. Oramai sono presenti nella letteratura europea vari contributi concernenti lo studio della sintomatologia di base. Al contrario si attende da diverso tempo che i ricercatori d'oltre oceano prestino maggiore attenzione a questi disturbi, soprattutto adesso che è disponibile una versione in lingua inglese della "Scala di Bonn per la Valutazione dei Sintomi di Base"<sup>3</sup>. D'altra parte, vi sono parecchi problemi da risolvere, che riguardano l'intero apparato teorico della Scuola di Bonn: già ad un esame superficiale emergono alcune contraddizioni che è bene evidenziare per stimolare la discussione tra gli addetti ai lavori. Sono sostanzialmente tre le questioni che bisogna chiarire per dare maggiore credito alle ipotesi di Huber:

1. dietro l'etichetta di BS si cela una varietà di disturbi molto diversi tra loro. Non è opportuno considerare della stessa natura fenomeni così eterogenei, legati probabilmente a dimensioni psicopatologiche differenti<sup>4</sup>. Tale groviglio di disturbi rende vano ogni tentativo di demarcare precisamente i confini dei BS, ostacolando la ricerca dei vissuti più tipicamente schizofrenici;
2. diversi BS non predicono in modo efficace il rischio di uno scompenso psicotico. Molti di questi disturbi sono troppo aspecifici per ricoprire un ruolo così circoscritto. Di conseguenza non tutti i fenomeni osservati nel "*Bonn follow-up study*"<sup>5</sup> possono essere definiti BS;
3. i BS sono disturbi onnipresenti, riscontrabili praticamente in tutti i momenti di vita dei pazienti schizofrenici; caratterizzano le fasi pre- e post-psicotiche, ma si notano anche nei periodi acuti<sup>1</sup>; sono evidenti molti anni prima che la patologia si manifesti. Infine nei soggetti normali rappresentano un fattore di vulnerabilità psicotica<sup>6</sup>. In tal senso i BS non detengono una posizione ben definita rispetto agli altri sintomi della schizofrenia.

Per risolvere queste problematiche bisogna mettere a fuoco quei disturbi che possono essere ritenuti dei veri e propri BS. In effetti, Huber a volte dimentica ciò che realmente indicano tali fenomeni: l'origine di un percorso che può condurre alla sindrome schizo-

frenica. Viceversa molti dei BS descritti hanno verosimilmente poco a che fare col processo psicotico. Occorre circoscrivere i disturbi delineati da Huber, cercando di giungere ad una definizione chiara ed esaustiva dei BS.

La prima parte di quest'articolo sarà dedicata ad un approfondimento critico dei punti salienti della teoria tedesca; nella seconda parte tenteremo di definire in maniera più accurata i *veri* BS della schizofrenia.

## Sintomi di base: i requisiti fondamentali

I BS sono *particolari sensazioni anomale vissute con disagio*. Questa definizione permette di cogliere alcune caratteristiche essenziali dei fenomeni che stiamo analizzando:

1. i BS sono esperienze di tipo soggettivo<sup>7</sup>, pertanto non possono essere osservati obiettivamente; non esistono comportamenti specifici che ne indicano la presenza. Tali sintomi sono rilevabili esclusivamente attraverso la descrizione dettagliata delle sensazioni esperite dai soggetti<sup>8</sup>. Huber et al. hanno esaminato con attenzione i vissuti dei pazienti schizofrenici<sup>9</sup>. Le loro concezioni nascono proprio dall'assunzione di questa prospettiva: l'esplorazione della soggettività nelle varie fasi della patologia. In verità alcuni BS possono divenire tanto invadenti da essere visibili nella condotta<sup>10</sup>. Anche in tal caso, però, non si riesce a comprendere cosa stia provando il soggetto: c'è sempre bisogno di una descrizione accurata dei vissuti per riconoscere la sintomatologia di base;
2. i BS sono associati ad uno stato di disagio: è l'individuo stesso a rivelare il carattere disturbante delle sue esperienze soggettive<sup>11</sup>. Dovremmo parlare di BS solo in presenza di una condizione di malessere, ponendo maggiore attenzione al modo in cui determinate sensazioni anomale sono vissute. A volte quest'aspetto è poco considerato nella teoria di Huber. Di fatto gli Autori si smarriscono nella descrizione meticolosa dei vari BS, perdendo di vista l'analisi dell'umore che accompagna tali fenomeni. Per di più è possibile che la presenza di determinati stati emotivi faciliti l'instaurarsi di un circolo vizioso in grado di sostenere lo sviluppo di sintomi sempre più invadenti;
3. i BS si presentano come disturbi di lieve entità<sup>12</sup>, tanto lieve da essere considerati di natura subclinica. Tuttavia l'intensità con la quale si manifestano può variare<sup>13</sup>, tanto che la sintomatologia può divenire estremamente invalidante. In questo senso i BS fluttuano in maniera dinamica in virtù dell'influenza di variabili endogene ed esogene<sup>14</sup>. Il grado d'alterazione della sfera soggettiva può subire variazioni repentine persino nell'arco di

poche ore. Di conseguenza determinati disturbi sono esperiti solo per brevi attimi di tempo e spesso accade che debbano essere studiati attraverso i ricordi del soggetto<sup>15</sup>;

4. i BS sono per lo più di natura anomala. Questi fenomeni spesso assumono un carattere veramente singolare: le persone hanno l'impressione di non aver mai vissuto prima qualcosa di simile<sup>16</sup>, tanto da non riuscire neppure a trovare le parole adatte per esprimere quello che stanno provando; probabilmente non hanno mai avuto l'occasione di conoscere individui che abbiano esperito le loro stesse sensazioni. Così può insinuarsi l'idea che tali vissuti siano del tutto personali, che nessun altro abbia mai sperimentato esperienze del genere: i BS possono condurre ad uno stato di timore diffuso, destabilizzando emotivamente l'individuo, innalzando il livello di vulnerabilità anche nei confronti di quelle situazioni che prima non destavano alcuna preoccupazione<sup>17</sup>. Diventa importante a questo punto fornire un'adeguata chiave di lettura dell'accaduto: si osserva spesso un senso di sollievo nel momento in cui il clinico riconosce questi particolari sintomi, spiega che si tratta di disturbi noti in ambito psichiatrico, di cui anche altre persone soffrono<sup>13</sup>.

Prima di andare avanti bisogna specificare che per l'individuazione della sintomatologia di base è indispensabile che il soggetto mantenga la capacità di osservare i propri vissuti, di avere nei loro confronti un certo distacco critico e di riferire al clinico cosa sta turbando la sua esistenza<sup>6</sup>. Se tali abilità non sono presenti, i BS non potranno venire alla luce: il paziente diventa il principale osservatore dei fenomeni psicopatologici indotti dall'avanzare del processo psicotico<sup>18</sup>; la sua partecipazione è indispensabile per lo studio delle esperienze soggettive.

## Verso una realtà delirante

I BS sono stati osservati per la prima volta nel "*Bonn follow-up study*"<sup>5</sup>. I risultati di questo famoso studio longitudinale hanno indicato che il corso della schizofrenia è contrassegnato da fasi libere da sintomi floridi<sup>19</sup>, nelle quali si rendono evidenti alcuni disturbi di natura lieve, confinati nella sfera soggettiva. Tali periodi, caratterizzati dalla presenza dei BS, sono stati denominati "stadi di base"<sup>16</sup>. Di fatto la sintomatologia di base è rilevabile in tutte le fasi che contraddistinguono il corso della patologia, ma può essere riconosciuta meglio quando i sintomi positivi sono assenti<sup>20</sup>. In relazione al momento in cui si manifestano i BS, gli stadi di base sono stati suddivisi in pre-psicotici, intra-psicotici e post-psicotici<sup>10</sup>. Secondo Huber questi stadi sono sovrapponibili da un punto di vista fenomenologico<sup>21</sup>, ovvero sono caratteriz-

zati dai medesimi disturbi. In realtà dovremmo aspettarci di riscontrare delle differenze nei vissuti di pazienti che attraversano momenti diversi della patologia: è verosimile che l'avanzamento o l'arresto dei sintomi psicotici influenzi l'intensità e la varietà dei BS esperiti.

Ma che ruolo ha la sintomatologia di base nello sviluppo della sindrome schizofrenica? I BS rappresentano i *primi veri sintomi della schizofrenia*<sup>5</sup>, i primi fenomeni visibili del processo morboso in atto. Partendo da questi disturbi potrebbe delinearsi un percorso in cui viene sconvolto gradualmente il normale quadro di riferimento della realtà<sup>22</sup>, un tragitto che può giungere alla completa ristrutturazione psicotica del mondo: i sintomi tipicamente schizofrenici sarebbero il risultato di complicati "... processi secondari di trasformazione ed elaborazione dei BS"<sup>9</sup>. Infatti, negli studi di *follow-up* condotti da Huber è evidente la tendenza della sintomatologia di base a sfociare in maniera continua nei sintomi conclamati della schizofrenia<sup>23</sup>. La trasformazione dei BS in sintomi psicotici avviene attraverso un complesso gioco di variabili<sup>24</sup>, in cui il soggetto svolge un ruolo fondamentale, diventa parte attiva, contribuisce a realizzare una nuova realtà tanto personale quanto alienante. Di conseguenza lo sviluppo psicopatologico è in parte frutto della personalità, dei meccanismi di *coping* posti in essere per fronteggiare sensazioni sempre più anomale. Dall'altra parte anche l'ambiente e la sfera socio-relazionale concorrono alla strutturazione della sintomatologia, poiché possono essere fonte di stress o, al contrario, fattori di protezione riguardo alla comparsa e all'amplificazione dei BS<sup>12</sup>. Questo significa che non esiste una modalità esclusiva di approdare alla sindrome schizofrenica, ma vi sono tante strade, diverse come diversi sono gli individui e le situazioni di vita implicate nello sviluppo della patologia.

## Il caratteristico nel non caratteristico

In verità il rapporto che sussiste tra sintomatologia di base e schizofrenia è molto più complicato. Per approdare ad una definizione più accurata dei BS bisogna tener conto di tutte le problematiche che riguardano questa relazione. Occorre subito precisare una cosa: non sempre il tragitto che conduce alla patologia schizofrenica parte dai BS. I risultati dello studio longitudinale di Bonn mostrano che nell'11% dei casi le fasi che precedono il primo episodio psicotico sono caratterizzate dalla presenza di sintomi negativi<sup>8</sup>. In questi pazienti manca la capacità di avere coscienza dei propri disturbi e di mettere in moto specifiche strategie di compenso per affrontare la sintomatologia in corso. Inoltre i BS non sono fenomeni che caratterizzano esclusivamente lo spettro schizofrenico<sup>25</sup>,

poiché possono essere osservati anche nei disturbi dell'umore, nelle malattie cerebrali organiche, nelle sindromi nevrotiche, nei disturbi di personalità e, più di rado, in persone sane. Sicuramente non si tratta di sintomi specifici della schizofrenia! Anzi, per molti studiosi la sintomatologia di base rappresenterebbe nient'altro che il segno di una disorganizzazione psicofisiologica generica<sup>26</sup> riscontrabile nelle più disparate circostanze di vita.

Per riuscire ad inquadrare meglio questo problema si deve considerare il modo in cui i BS sono stati rilevati e classificati. Huber ha lavorato sulle descrizioni dei vissuti fornite dai pazienti nell'intero arco di sviluppo della patologia. I sintomi che ha raccolto fanno capo a diverse categorie di disturbo, presenti in vari momenti nel corso longitudinale della sindrome schizofrenica. È probabile che alcuni di questi fenomeni siano caratteristici delle psicosi; tuttavia potrebbero essere stati individuati anche sintomi che riguardano differenti dimensioni psicopatologiche visute nello stesso momento dai pazienti<sup>4 27</sup>. È anche possibile che vi siano certe categorie di BS comuni a varie patologie mentali. Inoltre abbiamo visto che il processo psicotico comincia a manifestarsi attraverso sensazioni molto lievi, che potrebbero essere veramente correlate ad una disorganizzazione psicofisiologica generica. Andando avanti, però, emergono BS sempre più invalidanti e sempre più specifici della sfera psicotica, difficilmente rintracciabili in sindromi diverse dalla schizofrenia. In questo senso il percorso verso la psicosi avrebbe origine da una base sintomatologica comune a vari tipi di disordini mentali "... dalla quale si delineano varchi evolutivi verso forme psicopatologiche specifiche"<sup>28</sup>.

In un primo momento gli Autori hanno posto sullo stesso piano tutte le sensazioni anomale rilevate nelle diverse fasi del corso della patologia. In realtà sembra proprio che vi siano BS che, più di altri, hanno la capacità di discernere differenti gruppi diagnostici<sup>29</sup>, disturbi che mostrano una specificità maggiore per la schizofrenia. Huber ha puntato sulla ricerca del "caratteristico nel non caratteristico"<sup>10</sup>, arrivando a differenziare i BS di 1° e 2° livello. Ricapitolando, la storia psicopatologica dei pazienti schizofrenici comincia, in buona parte dei casi, con i sintomi di 1° livello, osservabili in molte altre realtà cliniche, passa attraverso quelli di 2° livello, più specifici della schizofrenia, per arrivare infine alle tipiche manifestazioni psicotiche<sup>7</sup>. Il passaggio dal 1° al 2° livello non esprime un'intensificazione della sintomatologia, ma una comparsa di fenomeni appartenenti a categorie di disturbo diverse. L'avvento dei sintomi di 2° livello è molto importante per la prevenzione primaria e secondaria della schizofrenia, poiché rende possibile l'identificazione dei soggetti che presentano un rischio più elevato d'incorrere in un episodio psicotico<sup>30</sup>. Tali disturbi generalmente non si riscon-

trano in persone sane, nelle nevrosi e nei disturbi di personalità, ma possono essere osservati nelle sindromi schizoaffettive, nelle depressioni e nelle malattie organiche cerebrali<sup>11</sup>. Secondo Huber questo dato ribadisce il pensiero di Schneider<sup>31</sup> relativo alle psicosi endogene: esiste una continuità psicopatologica tra le varie forme di psicosi, pertanto non può essere compiuta una differenziazione rigida tra la schizofrenia e le altre sindromi psicotiche. In effetti, nella storia clinica di parecchi pazienti sono visibili molteplici slittamenti tra sintomi schizofrenici, schizoaffettivi e depressivi<sup>32</sup>. Riferendosi a tale *continuum*, Huber parla di "psicosi idiopatiche"<sup>33</sup>, un termine che abbraccia tutte le varie forme di espressione psicotica. Pertanto la presenza dei BS di 2° livello indica il rischio di sviluppare una cosiddetta psicosi idiopatica.

La concettualizzazione dei sintomi di 1° e 2° livello ha placato in parte le critiche sull'aspecificità della sintomatologia di base. Questo problema, però, rischia di tornare nuovamente alla ribalta. Di fatto ci troviamo di fronte ad un paradosso: i primi veri disturbi della schizofrenia sarebbero rappresentati dai sintomi di 1° livello, in altre parole da esperienze soggettive poco caratteristiche, che non hanno la capacità di indicare un preciso sviluppo psicopatologico. I sintomi di 2° livello compaiono solo in un secondo momento nel corso del processo psicotico, quindi non possono più essere considerati dei veri e propri BS. Infatti, Huber utilizzò per la prima volta il termine "*Basissymptome*" nel 1966 perché riteneva che ci trovassimo di fronte ai primi fenomeni visibili del processo morboso in atto, i disturbi più vicini al substrato organico della sindrome schizofrenica. Infine gli Autori parlano persino dei BS di 3° livello per riferirsi ai sintomi conclamati della psicosi, che invece non hanno alcuna qualità specifica per essere considerati dei BS. Evidentemente regna un po' di confusione: a quali disturbi dobbiamo veramente pensare nel momento in cui si parla della sintomatologia di base?

Per chiarire tale quesito occorre riflettere sul rapporto che sussiste tra i sintomi di 1° e 2° livello, ma prima bisogna necessariamente incamminarsi verso quella zona di confine tra il somatico e lo psichico dove si pensa abbiano origine i BS.

### Un deragliamento cognitivo *incomprensibile*

I BS rappresentano qualcosa di nuovo, una realtà mai vissuta prima, che determina una vera e propria rottura nella storia personale dell'individuo<sup>16</sup>. Ma da dove arrivano queste strane sensazioni? Perché la coscienza è invasa da elementi estranei all'esistenza comune? Nel corso delle sue ricerche, Huber si rese

conto che i disturbi soggettivi riscontrati nei pazienti schizofrenici potevano essere considerati alla stessa stregua dei sintomi primari di Bleuler<sup>34</sup>, ossia come i *fenomeni più vicini al substrato somatico* della patologia. Se intendiamo indagare il fondamento biologico della schizofrenia, non è opportuno prendere in considerazione esperienze tanto complesse come i sintomi positivi; tali disturbi costituiscono il frutto di un'evoluzione psicopatologica cominciata a volte molti anni prima, nella quale sono coinvolte variabili di diversa natura<sup>35</sup>. Al contrario i BS non hanno ancora subito nessun tipo di mediazione psicologica, mantenendo una relazione causale più diretta con la sfera somatica; di conseguenza potrebbero avere molta importanza nello studio delle alterazioni organiche che precedono la costituzione della sovrastruttura psicotica<sup>36</sup>. In senso lato qualsiasi tipo di manifestazione sintomatologica ha un correlato somatico legato ad una particolare attività cerebrale, ma quello che caratterizza la comparsa dei BS ha un valore del tutto particolare per la conoscenza dell'origine della schizofrenia. Riprendendo ancora una volta Schneider<sup>31</sup>, Huber attribuisce all'ambito biologico un ruolo centrale nello studio delle psicosi: la sindrome schizofrenica è una patologia che affonda le sue radici nel somatico. Così siamo giunti al nocciolo della questione: i BS non sono fenomeni ulteriormente derivabili in senso psicologico, non esistono processi psicoreattivi che possano spiegarne l'insorgenza<sup>19</sup>. Mentre c'è la possibilità di comprendere in che modo la concatenazione di svariati eventi mentali sostenga lo sviluppo di una psicosi, non si può derivare la sintomatologia di base da nessun'altra vicenda di natura psichica, poiché questi disturbi sono in realtà l'esito di una disfunzione biologica: ciò che rimane *incomprensibile* non è il delirio, come riteneva Jaspers<sup>2</sup>, ma l'insorgenza dei BS<sup>28</sup>.

Quando si parla del rapporto che potrebbe sussistere tra la sintomatologia di base e il substrato organico della schizofrenia occorre essere molto prudenti. Le ipotesi di Huber sono affascinanti ma difficilmente verificabili: la ricerca di una presunta alterazione somatica capace di favorire la comparsa dei BS conduce in un territorio irto di ostacoli, che può essere esplorato solo a patto di mantenere la dovuta diffidenza verso tutti quei sentieri facilmente percorribili. Inoltre bisogna prestare attenzione all'estrema varietà della sintomatologia di base: presumibilmente accanto a disturbi correlati ad una determinata disfunzione cerebrale, ve ne sono altri che indicano qualcosa di diverso, fenomeni che potrebbero essere il prodotto di eventi psichici di natura conflittuale.

Giunti a tal punto manca ancora qualcos'altro per capire davvero cosa rappresentano i BS. In realtà, questi non hanno una relazione diretta col substrato somatico della sindrome schizofrenica<sup>7</sup>. Le alterazioni cerebrali che alimentano il processo psicotico produ-

cono uno svantaggio cognitivo che investe soprattutto le aree dell'attenzione e della memoria<sup>37</sup>. Probabilmente tali deficit persistono sin dalla nascita, peggiorano nelle fasi acute della patologia e continuano ad essere presenti anche quando la sintomatologia conclamata recede. Infine possono essere evidenziati, in forma attenuata, nei parenti di primo grado di pazienti schizofrenici che non hanno mai sviluppato alcun disordine mentale<sup>38</sup>. Questi soggetti mostrano maggiori difficoltà quando bisogna confrontarsi con determinate situazioni stressanti, che sovraccaricano un sistema con una disponibilità limitata di risorse cognitive<sup>39</sup>. Proprio in tali occasioni potrebbero comparire inaspettatamente particolari vissuti anomali mai esperiti in precedenza: i BS incarnano i contenuti coscienti delle deficienze cognitive presenti in persone vulnerabili alla schizofrenia<sup>40</sup>. In questo senso rappresentano il versante soggettivo di un'alterazione obiettiva del processamento delle informazioni<sup>41</sup>. Così la vulnerabilità psicotica assume le sembianze di una chimera composta da due elementi distinti ed inscindibili, che s'intrecciano uno nell'altro dando vita ad una realtà a volte parecchio dissimile da quella comune. Il percorso che giunge alla psicosi potrebbe cominciare proprio attraverso slittamenti cognitivi che provocano un graduale sconvolgimento delle categorie di senso che sono alla base del nostro modo di "essere-nel-mondo".

Purtroppo non disponiamo di molte conoscenze riguardo al rapporto tra i deficit cognitivi presenti nei pazienti schizofrenici e i BS; le ricerche che hanno indagato tale relazione sono davvero poche<sup>38 41-43</sup>. Solo con difficoltà si riescono a notare i punti di giuntura che legano queste due diverse tipologie di fenomeni. Gli Autori tedeschi hanno esaminato con estrema cura le transizioni psicopatologiche che conducono ai sintomi positivi della schizofrenia<sup>44</sup>, lasciandosi alle spalle territori sconosciuti, che bisogna percorrere per afferrare la vera natura dei BS. La ricerca futura dovrebbe impegnarsi nell'analisi delle deficienze cognitive legate alla comparsa di questi disturbi, considerando quei soggetti a rischio di sviluppare una psicosi che non hanno mai manifestato una sintomatologia di tipo florido. In effetti, se l'obiettivo è studiare le origini della sindrome schizofrenica, sarebbe utile scrutare i fenomeni psicopatologici che si rivelano all'inizio del processo psicotico, cercando di osservarli nella loro forma originaria, prima che possano essere influenzati dall'insorgenza dei sintomi acuti. La scommessa è quella di riuscire a conciliare il campo della ricerca sperimentale con quello della psicopatologia fenomenologica, sotto l'ombra di un modello sovraordinato che permetta di considerare la sofferenza mentale da più punti di vista, ponendo in tal modo le condizioni di base per cominciare a ricostruire il mosaico della schizofrenia nell'ottica di un approccio multifattoriale.

Nello schema generale della teoria di Huber<sup>45</sup>, tutte le manifestazioni che vanno dalla comparsa dei BS fino allo sviluppo dei sintomi tipici della patologia schizofrenica sono accessibili all'osservazione fenomenologica e per questo costituiscono il cosiddetto ambito *fenomenico*. Il substrato somatico implicato nella genesi del processo psicotico fa parte di un altro ambito, chiamato *prefenomenico*, che sarebbe caratterizzato da un'alterazione neurotrasmettitoriale a livello del sistema limbico<sup>1</sup>. Infine i deficit di natura cognitiva che porteranno all'espressione della sintomatologia di base, sono posti in un ambito intermedio, denominato *transfenomenico*, che rappresenta un anello di congiunzione tra il versante psicopatologico e quello somatico<sup>18</sup>.

### Alla ricerca dei veri sintomi di base

Adesso abbiamo più elementi per cercare di dare una risposta al quesito che avevamo lasciato in sospenso: a cosa dobbiamo veramente pensare nel momento in cui parliamo di BS? Riepilogando, le deficienze cognitive prodotte dalle alterazioni neurotrasmettitoriali localizzate nel sistema limbico, provocano, in certe occasioni, la comparsa dei sintomi di 1° livello. Diversamente i sintomi di 2° livello si situano a metà strada lungo il *continuum* psicopatologico che giunge alla sindrome schizofrenica. Questi fenomeni sarebbero il risultato di un'intensificazione dei primi vissuti anomali osservabili nelle psicosi. Partendo da tale concezione, i disturbi di 2° livello non possono più essere definiti come dei veri e propri BS; in realtà questi non sono i primi fenomeni visibili del processo psicotico, né quelli più vicini al substrato somatico della schizofrenia, ma piuttosto il frutto di un'elaborazione psichica dei sintomi posti al 1° livello.

I dati delle ricerche prospettiche che hanno studiato l'evoluzione della sintomatologia di base<sup>30 37 46</sup>, però, sono compatibili anche con altre ipotesi. Questi studi hanno esaminato longitudinalmente individui a rischio di sviluppare una psicosi: le persone approdate alla sindrome schizofrenica si distinguevano per una presenza elevata di esperienze psicopatologiche iniziali di 2° livello. Tali risultati sono in linea con quelli delle ricerche condotte da Klosterkötter<sup>44</sup> sulle sequenze di transizione che vanno dai BS ai sintomi deliranti e allucinatori della schizofrenia<sup>47</sup>. Dati simili non indicano che i disturbi di 2° livello debbano necessariamente avere origine da quelli di 1° livello, anzi potremmo tranquillamente considerare queste due tipologie di sintomi come dei fenomeni indipendenti. D'altronde nell'appendice dell'edizione italiana del manuale che descrive la BSABS, Gross et al.<sup>3</sup> propongono una lista di BS di 2° livello costituita da vissuti sostanzialmente diversi rispetto a quelli di 1° livello.

A questo punto abbiamo la possibilità di avanzare una proposta alternativa alla classica teoria di Huber. In effetti, è possibile che determinati eventi stressanti incidano in maniera lieve su alcuni deficit cognitivi preesistenti, favorendo l'espressione dei sintomi di 1° livello. Questi disturbi danno vita ad episodi psicopatologici poco definiti, riscontrabili in diverse realtà cliniche, non necessariamente connessi allo sviluppo della schizofrenia. Uno stress intenso o prolungato nel tempo, invece, potrebbe gravare più profondamente sulle risorse cognitive di alcune persone, sostenendo l'evoluzione dei sintomi di 2° livello, trampolino di lancio verso esperienze più tipicamente psicotiche. Pertanto solo tali disturbi dovrebbero essere considerati i *veri* BS della schizofrenia, poiché, diversamente dai sintomi di 1° livello, rappresentano uno dei possibili punti di partenza verso lo sviluppo della sindrome schizofrenica.

### FBF o BSABS? Categorie di sintomi a confronto

Le sensazioni anomale descritte da Huber possono essere individuate e classificate attraverso l'ausilio di determinate tecniche diagnostiche. In questo modo siamo in grado di distinguere diverse categorie di disturbi. Gli strumenti comunemente adottati per indagare i BS sono il "Questionario dei Sintomi-Base" (FBF)<sup>48</sup> e la "Scala di Bonn per la Valutazione dei Sintomi di Base" (BSABS)<sup>3</sup>. Bisogna specificare che la descrizione delle varie tipologie di sintomi presenti nei questionari introduce nuove problematiche. Difatti tali strumenti sono solo parzialmente sovrapponibili, propongono una classificazione diversa delle esperienze psicopatologiche che intendono misurare, sono costituiti da una lista di sintomi in parte relativi ad aree differenti di disturbo.

Il FBF (realizzato da Süllwold nel 1977) è stato il primo questionario autosomministrato per la valutazione dei BS. I disturbi soggettivi sono qui distribuiti in dieci insiemi fenomenici diversi<sup>48 49</sup>: 1. perdita di controllo, 2. disturbi percettivi semplici, 3. disturbi percettivi complessi, 4. disturbi del linguaggio recettivo ed espressivo, 5. disturbi del pensiero, 6. disturbi della memoria, 7. disturbi della motricità, 8. sovrabbondanza di stimoli, 9. anedonia ed ansia, 10. perdita degli automatismi. Inoltre alla fine del questionario sono indagate alcune reazioni dell'individuo alla sintomatologia di base.

La BSABS, invece, è una scala di valutazione realizzata dieci anni più tardi dal gruppo di Huber, che comprende una varietà maggiore di disturbi<sup>50</sup>. Qui i BS sono suddivisi in cinque categorie differenti<sup>3</sup>: A) deficit dinamici con sintomi negativi diretti; B) deficit dinamici con sintomi negativi indiretti; C) disturbi cognitivi del pensiero, della percezione e dell'a-

zione; D) disturbi vegetativi centrali; E) cenestesi. In più l'analisi dei meccanismi di coping connessi all'azione della sintomatologia di base è stata ulteriormente approfondita.

Il confronto tra i due questionari evidenzia alcune contraddizioni raramente esaminate:

1. il FBF è composto in gran parte da sintomi relativi alla sfera cognitiva<sup>27</sup>, mentre la BSABS contempla anche altre tipologie di fenomeni: i deficit dinamici, i disturbi vegetativi e le cenestesi. Questo significa che in base allo strumento utilizzato saranno riscontrati vissuti parzialmente diversi: quali sono allora le categorie di disturbo da considerare nella classificazione della sintomatologia di base? Evidentemente la BSABS distingue i BS in modo più chiaro, completo e sistematico e rappresenta un buon punto di partenza per illustrare le diverse tipologie di sintomi. Ciò nonostante occorre precisare che alcuni *item* della scala di Bonn descrivono esperienze facilmente rilevabili nella vita di chiunque: se disturbi come tachicardia, nausea, stitichezza, insonnia e così via fossero ritenuti dei BS saremmo tutti ad alto rischio di sviluppare una psicosi! Perciò si dovrebbe evitare di contemplare tali manifestazioni, la maggior parte delle quali rientrano nella classe dei sintomi vegetativi. Infine potremmo reputare le cenestesi della BSABS come una sottocategoria dei disturbi cognitivi, poiché probabilmente rappresentano il frutto di un'alterazione cognitiva che investe l'area delle proprie sensazioni corporee. Di conseguenza considereremo solo due categorie nella classificazione finale dei BS: i deficit dinamici e i disturbi cognitivi;
2. il FBF non ha la capacità di rilevare BS specifici della schizofrenia<sup>4 26 27 29 51</sup>. D'altronde il questionario di Süllwold non differenzia i sintomi di 1° e 2° livello, ma pone tutti i disturbi osservati sullo stesso piano. La BSABS, invece, nasce proprio col proposito di individuare esperienze soggettive caratteristiche dello spettro psicotico. Diverse ricerche hanno esaminato la specificità della sintomatologia di base<sup>29 33 35 52-55</sup> confrontando gruppi di pazienti con diagnosi differenti: generalmente i BS che contraddistinguono i vissuti dei soggetti schizofrenici sono quelli di natura cognitiva e in secondo luogo le cenestesi. Di fatto i sintomi di 2° livello sono costituiti principalmente da queste due categorie di fenomeni, mentre quelli di 1° livello corrispondono in buona parte ai deficit dinamici ed ai disturbi vegetativi. Pertanto possiamo sostenere che i *veri* BS della schizofrenia coincidono con i sintomi cognitivi e cenestesici della BSABS. In tal modo abbiamo delimitato le esperienze soggettive che più probabilmente sono connesse allo sviluppo della sindrome schizofrenica.

## Esperienze prodromiche e vulnerabilità

I BS di 2° livello hanno una notevole importanza per la comprensione dei vissuti che accompagnano lo sviluppo psicotico. Questi fenomeni rappresentano un punto di riferimento fondamentale per chi intende studiare i disturbi soggettivi presenti nelle fasi prodromiche della sindrome schizofrenica. Ma c'è ancora dell'altro: secondo la teoria delle connessioni seriali<sup>44</sup> è possibile rintracciare delle tipiche sequenze di transizione che legano specifici gruppi di BS cognitivi e cenestesici a determinati sintomi positivi della schizofrenia. Attraverso gli studi di Klosterkötter siamo scesi ancor più nel particolare, contrassegnando le tappe di un percorso in cui l'incomprensibile si sgretola sotto i colpi dell'osservazione fenomenologica. In effetti, è stato possibile tracciare cinque sequenze psicopatologiche distinte che conducono ai tipici sintomi di I rango di Schneider<sup>31</sup>: 1) percezioni deliranti; 2) inserzione, furto e diffusione dei pensieri; 3) allucinazioni acustiche; 4) esperienze d'influenzamento della volontà; 5) esperienze d'influenzamento somatico. Tra i BS iniziali e tali manifestazioni psicotiche esiste una tappa intermedia contraddistinta dalla comparsa dei disturbi di depersonalizzazione e derealizzazione<sup>22</sup>: l'intensificazione dei sintomi di 2° livello favorisce una diminuzione progressiva del senso di familiarità che normalmente sperimentiamo nella quotidianità, rendendo la vita sempre più irrealistica, consegnando l'individuo ad un mondo continuamente messo in discussione, dove incalza prepotentemente l'esperienza che Blankenburg<sup>56</sup> ha magistralmente definito "perdita dell'evidenza naturale". I BS che sostengono questi vissuti possono essere sicuramente considerati gli elementi costitutivi dei disturbi di depersonalizzazione e derealizzazione<sup>57</sup> riscontrabili nelle fasi prodromiche della schizofrenia. Così è possibile assegnare ai sintomi di 2° livello una posizione ben definita nello sviluppo dei sintomi psicotici.

E i sintomi di 1° livello? Possono assumere un ruolo più preciso nella complessa teoria di Huber? Una risposta può essere rintracciata nei risultati di una ricerca condotta da Wieneke et al.<sup>38</sup> sulla vulnerabilità psicotica. In questo studio sono stati esplorati con l'ausilio della BSABS i disturbi soggettivi presenti nei familiari di primo grado di pazienti schizofrenici. Gli *item* della scala di Bonn sono stati raggruppati in cinque *cluster*, corrispondenti ad altrettante distinte sottosindromi: 1. disturbo del processamento delle informazioni, 2. cenestesi, 3. vulnerabilità, 4. adinamia, 5. irritazione interpersonale. Un dato interessante: i parenti degli schizofrenici mostrano, rispetto ai soggetti del gruppo di controllo, punteggi più elevati nelle sottosindromi "disturbo del processamento delle informazioni", "vulnerabilità" e "irritazione interpersonale". Questi ultimi due *cluster* sono composti

prevalentemente da BS di natura dinamica, vale a dire da fenomeni poco specifici, compresi nei sintomi di 1° livello. Presumibilmente tali manifestazioni potrebbero essere legate in qualche modo ad una disposizione psicopatologica generica presente nei soggetti a rischio di sviluppare una psicosi. Sono pochi gli studi che hanno esplorato i vissuti disturbanti di persone sane che hanno una familiarità per la schizofrenia. In ogni modo possiamo ipotizzare che accanto a BS riscontrabili più facilmente nelle fasi prepsicotiche della patologia (sintomi di 2° livello), ve ne siano altri che denotano aspetti diversi, connessi più intimamente al vissuto di vulnerabilità (sintomi di 1° livello). Del resto lo stesso Klosterkötter<sup>12</sup> quando parla della possibile integrazione dei BS nel modello americano della vulnerabilità<sup>58</sup>, considera questi disturbi da una parte come sintomi prodromici e dall'altra come fattori di vulnerabilità.

Evidentemente nella pratica clinica tali distinzioni assumono sfumature importanti, che vanno valutate attentamente caso per caso: in linea di massima dovremmo avere la possibilità di riscontrare certi gruppi di BS in determinate condizioni, ma ciò non vuol dire che questi fenomeni saranno distribuiti allo stesso modo in tutti i soggetti che stanno vivendo una particolare fase della patologia. Sono tante le variabili che modulano l'espressione della sintomatologia psichica. Per questo ogni individuo sarà portatore di una realtà del tutto personale, in cui le categorie ripiegano per lasciare spazio all'unicità di una vita.

## Per una definizione dei sintomi di base

Prima di proporre una possibile definizione dei BS vale la pena trattare un'altra questione. In genere i disturbi studiati da Huber sono ritenuti deficitari<sup>59 60</sup>. Tuttavia la semplice lettura degli *item* che costituiscono il FBF e la BSABS suggerisce che per alcuni tipi di sintomi le cose sono diverse. Secondo Mandelli e Klosterkötter<sup>6</sup> i BS più caratteristici della schizofrenia possono essere considerati "... una for-

ma attenuata di sintomatologia positiva o di microproduttività". Anche in tal caso è necessario stabilire delle distinzioni: i disturbi dinamici detengono evidentemente le caratteristiche essenziali per essere considerati di natura deficitaria; al contrario diversi sintomi cognitivi e cenestesici sono molto più simili alle esperienze produttive della schizofrenia che a quelle negative. In effetti, alcuni Autori<sup>61-64</sup> ritengono che molti BS siano correlati alla sintomatologia positiva e che queste due tipologie di fenomeni abbiano diverse peculiarità in comune. Del resto dovevamo aspettarci che i sintomi più vicini alle esperienze prodromiche potessero avere a che fare con la dimensione delirante e allucinatoria della sindrome schizofrenica.

Dopo aver esposto le problematiche più importanti che riguardano la teoria di Huber, possiamo suggerire una definizione più accurata dei BS:

*I BS sono sensazioni anomale disturbanti autopercpite, prevalentemente di natura cognitiva, presenti in maniera fluttuante soprattutto nelle fasi prodromiche della sindrome schizofrenica, dove costituiscono le fondamenta dei disturbi di depersonalizzazione e de-realizzazione. In senso lato possiamo definire BS anche quei deficit soggettivi di natura dinamica meno specifici della schizofrenia, che probabilmente indicano una disposizione psicopatologica di tipo generico. I BS nella loro varietà rappresentano il primo vissuto cosciente di un deficit cognitivo determinato da un'alterazione cerebrale, la prima tappa di un percorso che potrebbe giungere ad una manifestazione di tipo psicotico.*

A volte si rimane perplessi di fronte a disturbi che sembrano essere tutto e allo stesso tempo niente. L'ubiquitarità di alcuni BS scoraggia la ricerca e determina prese di posizione disfattiste nei confronti della teoria di Huber. Occorre cessare di considerare questi sintomi come fenomeni della stessa matrice, ponendo in evidenza le differenze presenti tra le varie categorie di disturbo. Una definizione che assuma tali distinzioni potrebbe favorire un dibattito necessario per sostenere la ricerca di vissuti più specificamente legati alla schizofrenia.

## Bibliografia

- 1 Gross G. *The "basic" symptoms of schizophrenia*. Br J Psychiatry 1989;155:21-5.
- 2 Jaspers K (1913). *Psicopatologia generale*. Trad. it. Roma: Il Pensiero Scientifico 2000.
- 3 Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M (1987). *Scala di Bonn per la valutazione dei sintomi di base*. Trad. it. Pisa: ETS 1992.
- 4 Mass R, Weigel S, Schneider S, Klepsch R. *Schizophrenia-specific basic symptoms. A successful replication*. Psychopathology 1998;31:113-9.
- 5 Huber G, Gross G, Schüttler R. *A long-term follow-up study of schizophrenia: psychiatric course of illness and prognosis*. Acta Psychiatr Scand 1975;52:49-57.
- 6 Mandelli IMH, Klosterkötter J. *I sintomi di base: sviluppo, attualità e prospettive di una nuova psicopatologia*. Psichiatr Psicoter Anal 1999;18:239-48.
- 7 Huber G, Gross G. *The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses*. Recent Prog Med 1989;80:646-52.
- 8 Gross G. *The onset of schizophrenia*. Schizophr Res 1997;28:187-98.
- 9 Stanghellini G, Strik WK, Quercioli L, Cabras P. *I sintomi-*

- base della schizofrenia. *Esposizione e considerazioni su un approccio poliparadigmatico alla patogenesi della malattia*. Riv Sper Freniatr 1990;114:110-28.
- <sup>10</sup> Gross G, Huber G. *Psychopathology of basic stages of schizophrenia in view of formal thought disturbances*. Psychopathology 1985;18:115-25.
- <sup>11</sup> Gross G, Huber G, Klosterkötter J. *The early phase of schizophrenia and prediction of outcome*. Int Clin Psychopharmacol 1998;13:13-21.
- <sup>12</sup> Klosterkötter J. *Vulnerabilità schizofrenica e sintomi di base*. In: Rossi Monti M, Stanghellini G, editors. *Psicopatologia della schizofrenia. Prospettive metodologiche e cliniche*. Milano: Cortina 1999, p. 107-36.
- <sup>13</sup> Süllwold L. *I sintomi-base ed il loro significato per la riabilitazione*. In: Stanghellini G, editor. *Verso la schizofrenia. La teoria dei sintomi-base*. Napoli: Idelson Liviana 1992, p. 105-14.
- <sup>14</sup> Gross G. *Basic symptoms and coping behaviour in schizophrenia*. In: Strauss JS, Böker W, Brenner HD, editors. *Psychosocial treatment of schizophrenia*. Toronto, Lewiston, New York-Bern-Stuttgart: Huber 1987, p. 126-135.
- <sup>15</sup> Huber G, Gross G, Klosterkötter J. *La diagnosi precoce di schizofrenia negli stadi-base prepsicotici*. In: Stanghellini G, editor. *Verso la schizofrenia. La teoria dei sintomi-base*. Napoli: Idelson Liviana 1992, p. 89-104.
- <sup>16</sup> Gross G, Huber G, Klosterkötter J. *Early diagnosis of schizophrenia*. Neurol Psychiatry Brain Res 1992;1:17-22.
- <sup>17</sup> Takai A, Uematsu M, Kaiya H, Inoue M, Ueki H. *Coping styles to basic disorders among schizophrenics*. Acta Psychiatr Scand 1990;82:289-94.
- <sup>18</sup> Maggini C, Dalle Luche R. *Sintomi di base e "schizofrenia"*. Neurol Psichiatr Sci Um 1993;6:953-86.
- <sup>19</sup> Huber G, Gross G, Schüttler R, Linz M. *Longitudinal studies of schizophrenic patients*. Schizophr Bull 1980;6:592-605.
- <sup>20</sup> Klosterkötter J, Schultze-Lutter F, Gross G, Huber G, Steinmeyer EM. *Early self-experienced neuropsychological deficits and subsequent schizophrenic diseases: an 8-year average follow-up prospective study*. Acta Psychiatr Scand 1997;95:396-404.
- <sup>21</sup> Gross G, Huber G. *Classification and prognosis of schizophrenic disorders in light of the Bonn follow-up studies*. Psychopathology 1986;19:50-9.
- <sup>22</sup> Maggini C, Raballo A, Salvatore P. *Depersonalization and basic symptoms in schizophrenia*. Psychopathology 2002;35:17-24.
- <sup>23</sup> Huber G. *The heterogeneous course of schizophrenia*. Schizophr Res 1997;28:177-85.
- <sup>24</sup> Maggini C. *Sintomi di base, sintomi positivi e sintomi negativi*. Noos 1996;4:139-54.
- <sup>25</sup> Ciani N. *Diagnosi dei disturbi di base*. Psichiatr Psicoter Anal 1997;16:301-19.
- <sup>26</sup> Loas G, Yon V, Brien D. *Dimensional structure of the Frankfurt Complaint Questionnaire*. Compr Psychiatry 2002;43:397-403.
- <sup>27</sup> Moritz S, Krausz M, Gottwalz E, Andresen B. *The impact of neuroleptic dosage and extrapyramidal side effects on schizophrenic basic symptoms*. Compr Psychiatry 2000;41:284-8.
- <sup>28</sup> Ballerini A, Rossi Monti M. *Il vissuto della vulnerabilità nella schizofrenia*. In: Stanghellini G, editor. *Verso la schizofrenia. La teoria dei sintomi-base*. Napoli: Idelson Liviana 1992, p. 17-31.
- <sup>29</sup> Klosterkötter J, Ebel H, Schultze-Lutter F, Steinmeyer EM. *Diagnostic validity of basic symptoms*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1996;246:147-54.
- <sup>30</sup> Albers M, Schultze-Lutter F, Steinmeyer EM, Klosterkötter J. *Can self-experienced neuropsychological deficits indicate propensity to schizophrenic psychosis? Results of an 8-year prospective follow-up study*. Int Clin Psychopharmacol 1998;13:75-80.
- <sup>31</sup> Schneider K (1959). *Psicopatologia clinica*. Trad. it. Roma: Città Nuova 1983.
- <sup>32</sup> Maggini C, Dalle Luche R. *La psicopatologia di Kurt Schneider*. Pisa: ETS 2002.
- <sup>33</sup> Ebel H, Gross G, Klosterkötter J, Huber G. *Basic symptoms in schizophrenic and affective psychoses*. Psychopathology 1989;22:224-32.
- <sup>34</sup> Bleuler E (1911). *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*. Trad. it. Roma: La Nuova Italia Scientifica 1985.
- <sup>35</sup> Bechdolf A, Schultze-Lutter F, Klosterkötter J. *Self-experienced vulnerability, prodromal symptoms and coping strategies preceding schizophrenic and depressive relapses*. Eur Psychiatry 2002;17:384-93.
- <sup>36</sup> Huber G. *La schizofrenia cenestesica*. In: Stanghellini G, editor. *Verso la schizofrenia. La teoria dei sintomi-base*. Napoli: Idelson Liviana 1992, p. 33-55.
- <sup>37</sup> Hambrecht M, Lammertink M, Klosterkötter J, Matuschek E, Pukrop R. *Subjective and objective neuropsychological abnormalities in a psychosis prodrome clinic*. Br J Psychiatry 2002;181:30-7.
- <sup>38</sup> Wieneke A, Schultze-Lutter F, Steinmeyer EM, Klosterkötter J. *Abnormal subjective experiences and neuropsychological deficits in first degree relatives of schizophrenics*. Schizophr Res 1997;24:49.
- <sup>39</sup> Süllwold L. *Basic disorders: instability of cerebral functions*. In: Strauss JS, Böker W, Brenner HD, editors. *Psychosocial treatment of schizophrenia*. Toronto, Lewiston, New York, Bern, Stuttgart: Huber; 1987, p. 42-7.
- <sup>40</sup> Stanghellini G. *Antropologia della vulnerabilità*. Milano: Feltrinelli 1997.
- <sup>41</sup> Cuesta MJ, Peralta V, Juan JA. *Abnormal subjective experiences in schizophrenia: its relationship with neuropsychological disturbances and frontal signs*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1996;246:101-5.
- <sup>42</sup> Williams RM, Alagaratnam W, Hemsley DR. *Relationship between subjective self-report of cognitive dysfunction and objective information-processing performance in a group of hospitalized schizophrenic patients*. Eur Arch Psychiatry Neurol Sci 1984;234:48-53.
- <sup>43</sup> Zanella A, Huguelet P. *Relationship between subjective cognitive symptoms and frontal executive abilities in chronic schizophrenia outpatients*. Psychopathology 2001;34:153-8.
- <sup>44</sup> Klosterkötter J. *Cosa hanno a che fare i sintomi-base con i sintomi schizofrenici?* In: Stanghellini G, editor. *Verso la schizofrenia. La teoria dei sintomi-base*. Napoli: Idelson Liviana; 1992, p. 57-87.
- <sup>45</sup> Maggini C. *Sintomi di base e sintomi negativi nella schizofrenia*. Psichiatr Psicoter Anal 1999;18:249-55.

- <sup>46</sup> Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM, Schultze-Lutter F. *Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase*. Arch Gen Psychiatry 2001;58:158-64.
- <sup>47</sup> Maggini C, Dalle Luche R, Salvatore P, Gerhard A. *Sintomi di base e delirio nella schizofrenia*. Riv Psichiatri 1994;29:1-10.
- <sup>48</sup> Stanghellini G, Ricca V, Quercioli L, Cabras PL. *FBF Questionario dei sintomi-base*. Firenze: Organizzazioni Speciali 1991.
- <sup>49</sup> Stanghellini G. *Il questionario dei Sintomi-Base e la sua applicazione nella clinica della schizofrenia*. Riv Sper Freniatr 1994;118:1074-95.
- <sup>50</sup> Marino A, Bellotta A, Sirianni C. *Sintomatologia psicotica e sintomi di base. Due casi clinici*. Psichiatri Psicoter Anal 1996;15:237-43.
- <sup>51</sup> Ciani N, Pezzarossa B, Curini A, Rubino IA. *Self-report of basic symptoms among psychotic and nonpsychotic subjects*. Psychol Rep 1999;85:621-32.
- <sup>52</sup> Ricca V, Galassi F, La Malfa G, Mannucci E, Barciulli E, Cabras P. *Assessment of basic symptoms in schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorders*. Psychopathology 1997;30:53-8.
- <sup>53</sup> Fabisch K, Fabisch H, Langs G, Macheiner H, Fitz W, Hönlgl D. *Basic symptoms and their contribution to the differential typology of acute schizophrenic and schizoaffective disorders*. Psychopathology 2001;34:15-22.
- <sup>54</sup> Arduini L, Kalyvoka A, Stratta P, Gianfelice D, Rinaldi O, Rossi A. *Subjective experiences in schizophrenia and bipolar disorders*. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2002;252:24-7.
- <sup>55</sup> Parnas JHP, Saebye D, Jansson L. *Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness*. Acta Psychiatr Scand 2003;108:126-33.
- <sup>56</sup> Blankenburg W (1971). *Perdita dell'evidenza naturale. Un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie pauci-sintomatiche*. (Tr. it.) Milano: Cortina 1998.
- <sup>57</sup> Stanghellini G, Rossi Monti M. *Psicopatologia dei disturbi dei confini dell'io*. In: Rossi Monti M, Stanghellini G, editors. *Psicopatologia della schizofrenia. Prospettive metodologiche e cliniche*. Milano: Cortina; 1999, p. 153-79.
- <sup>58</sup> Nuechterlein KH, Dawson ME. *A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes*. Schizophr Bull 1984;10:300-12.
- <sup>59</sup> Koehler K, Sauer H. *Huber's basic symptoms: another approach to negative psychopathology in schizophrenia*. Compr Psychiatry 1984;25:174-82.
- <sup>60</sup> Maggini C. *La schizofrenia negativa*. In: Rossi Monti M, Stanghellini G, editors. *Psicopatologia della schizofrenia. Prospettive metodologiche e cliniche*. Milano: Cortina; 1999, p. 73-90.
- <sup>61</sup> De Leon J, Wilson WH, Simpson GM. *Negative symptoms, defect state and Huber's basic symptoms: a comparison of the concepts*. Psychiatr Q 1991;62:277-98.
- <sup>62</sup> Peralta V, Cuesta MJ. *Schneiderian versus bleulerian schizophrenia and basic symptoms*. Psychopathology 1991;24:151-7.
- <sup>63</sup> Peralta V, Cuesta MJ. *A polydiagnostic approach to self-perceived cognitive disorders in schizophrenia*. Psychopathology 1992;25:232-8.
- <sup>64</sup> Peralta V, Cuesta MJ, De Leon J. *Positive versus negative schizophrenia and basic symptoms*. Compr Psychiatry 1992;33:202-6.