



Le radici dell'acuzie psichiatrica: due casi clinici

Stefania Zanotti, Stefano Damiani, Martina Ballerio, Maria Besozzi, Marianna Boso

Department of Brain and Behavioral Sciences, Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia

Le radici dell'acuzie psichiatrica: due casi clinici

La schizofrenia è una patologia che, da un periodo iniziale di relativa vulnerabilità, si struttura progressivamente, fino a radicarsi irreversibilmente nella psiche. Prima di strutturarsi nella fase definitiva di malattia cronica, questa patologia può essere suddivisa in almeno due fasi: la fase prodromica e il primo episodio psicotico (FEP: First Episode Psychosis). In questo contesto, quindi, si inserisce e acquista sempre maggiore importanza il concetto di prevenzione. Identificare precocemente il disagio psichico permette al medico di intervenire prontamente, scongiurando le conseguenze più invalidanti e modificando la prognosi: si favorisce, infatti, la possibilità di accesso ai servizi, l'accettazione delle terapie e si incrementa l'efficacia dei trattamenti riabilitativi. In questo studio abbiamo considerato due pazienti affetti da schizofrenia in carico al Centro Psico Sociale di Pavia, di età e sesso differenti e di diversa estrazione socio-culturale: uno con prognosi positiva, l'altro negativa. Li riportiamo in questo studio proprio per la loro eterogeneità e per la loro capacità di evidenziare come la schizofrenia sia una patologia multiforme e di difficile inquadramento, ricca di risvolti e sfumature che possono, tuttavia, essere ricondotti a un quadro unico, il cui riconoscimento precoce è fondamentale nel determinarne la prognosi.

The roots of psychiatric acuity: two clinical cases

Schizophrenia is a pathology that, after an initial period of relative vulnerability, progressively structures until it roots deeply and irreversibly into psyches. Before it structures into the ultimate chronic illness, this pathology can be divided at least in two other phases: the prodromic phase, and the First Episode Psychosis (FEP). In this context, to consider the concept of prevention is gaining an increasing importance. An early identification of the psychic disturb allows the doctor to act rapidly, avoiding the most invalidating consequences and modifying prognosis: doing so facilitates the access to mental health services, the therapy acceptance and increases the recovery treatments efficacy. In this study we considered two patients affected from schizophrenia in charge of the Psycho-Social Center (CPS) of Pavia, of different age and socio cultural extraction: one with a positive prognosis, the other with a negative one. We report their cases in this study because of their heterogeneity and their capability to evidence how schizophrenia is a multiform and of difficult detection, rich of implications and nuances. However, those can be attributed to a unique clinical picture, the praecox recognition of which is necessary for the prognosis determination.

Introduzione

«Pensare la crisi... significa confrontarsi con i temi radicali che concernono la temporalità, la storia del soggetto, la causalità psichica e somatica; temi che per quello che riguarda gli atteggiamenti clinici hanno molte implicazioni e incrociano le mitologie della 'crisi' come evento positivo, potenzialmente fecondo di riorganizzazione e integrazione di aree escluse dalla storia del soggetto» (Dario De Martis) [1].

L'acuzie viene spesso considerata come qualcosa di sospetto e di inautentico e che rimanda, in definitiva, a continuità nascoste; questa concezione rifiuta di pensare la crisi come un'entità di importanza clinica rilevante nell'evoluzione della malattia mentale e non permette di comprendere pienamente i sottili risvolti sottesi a questo processo che, proprio in quanto tale, possiede caratteristiche in evoluzione che devono essere riconosciute e poste come oggetto del trattamento medico.

Nei suoi *Essais*, Michael de Montaigne sostiene che «La nascita di qualunque cosa è debole e fragile: per questo dovremmo tenere i nostri occhi ben puntati sugli inizi». Anche patologie come la schizofrenia, nelle fasi iniziali, si presentano deboli e fragili e, solo se identificate per tempo, possono essere controllate e curate con la massima efficacia possibile.

Possiamo, quindi, pensare la schizofrenia come una patologia che, da un periodo iniziale di relativa vulnerabilità, si struttura progressivamente, fino a radicarsi irreversibilmente nella psiche. In questo contesto si inserisce e acquista importanza sempre maggiore il concetto di prevenzione. Dopo l'esordio dei primi sintomi, se non viene posta diagnosi ed effettuato un trattamento in tempo breve, il paziente va incontro ad un processo di guarigione più lento e, spesso, incompleto, livelli di disabilità più alti e costi più elevati, dovuti a un maggior ricorso ai servizi sociali e sanitari. In un mondo dove i disturbi di pertinenza psichiatrica riguardano un numero sempre crescente di individui, risulta fondamentale prevenire l'evoluzione cronica delle psicosi acute. Identificare precocemente il disagio psichico permette al medico di intervenire prontamente, di scongiurare le conseguenze più invalidanti e modificarne la prognosi, alimentando un circolo vizioso positivo: si favorisce la possibilità di accesso ai servizi e l'accettazione dei trattamenti. Parallelamente si incrementa l'efficacia degli interventi riabilitativi, a fronte di una migliore recettività del contesto sociale rispetto all'utente.

Prima di strutturarsi nella fase definitiva di malattia cronica, la schizofrenia può essere suddivisa in almeno due fasi: la fase prodromica e il primo episodio psicotico (FEP: First Episode Psychosis). Una valutazione precoce, e, quindi, l'impostazione di una terapia efficace sono possibili se le varie fasi della malattia vengono considerate processi interconnessi, ma divisi. È necessario, quindi:

- un riconoscimento tempestivo dei prodromi. L'OMS ha indicato che più di un terzo del carico globale della patologia, infatti, sarebbe prevenibile se si riuscisse a individuare e modificare i comportamenti che aumentano il rischio di malattia, evidenziando quanto sia prioritario intervenire sul problema, non tanto individuando nuovi trattamenti, quanto, piuttosto, attuando interventi di prevenzione. Questa fase può avere una durata anche di molti anni (5-7 anni) dall'insorgenza del primo sintomo identificabile ed è intervenendo in questo lasso di tempo che si può sperare di modificare maggiormente l'outcome della patologia.
- Un inquadramento corretto dell'acuzie. L'acuzie può essere valutata correttamente se pensata come evento discontinuo rispetto alla storia del soggetto, che, molte volte, sembra portare alla luce proprio qualcosa che non si è organizzato (o non si è ancora organizzato, nella prospettiva più ottimistica). Tuttavia, ogni crisi rinnova il nostro interrogarci sulle leggi enigmatiche che reggono il fragile equilibrio tra continuità e cambiamento nella vita mentale. Ogni periodo di acuzie comporta, infatti, un decadimento cognitivo di grado variabile che non viene completamente recuperato durante la successiva fase di remissione. Per questo motivo il funzionamento globale tendenzialmente peggiora all'aumentare del numero di ricadute, fino ad

assestarsi a un livello pressoché stabile dopo circa 10 anni di malattia conclamata [2]. Possiamo dire che dopo un esordio acuto circa un terzo dei pazienti ottiene una guarigione totale o quanto meno sociale con una buona qualità di vita; un terzo migliora, ma continua a presentare sintomi e fasi di riacutizzazione; infine, un terzo non presenta remissioni, viene frequentemente ospedalizzato e, di questi, una parte progredisce verso un costante decadimento [3].

A queste fasi precoci è possibile aggiungerne una terza, chiamata periodo pre-prodromico: esso è molto difficilmente identificabile e precede di mesi o anni la fase prodromica propriamente detta [4]. Lo stadio preprodromico è caratterizzato da modificazioni molto sottili che possono riguardare il pensiero o il comportamento. Esso si colloca spesso in adolescenza e, data la scarsa evidenza delle manifestazioni tipiche, viene riconosciuto molto raramente. I cambiamenti che si realizzano sono spesso così impercettibili che possono essere messi in risalto solo con un colloquio attento e dettagliato. Tra i segni più precoci ricordiamo lievi disturbi percettivi e cognitivi, sensazione di essere bloccati, affollamento di pensieri (flooding), sensazioni di perplessità che riguardano il proprio corpo, come cenestopatie e fenomeni di derealizzazione somatopsichica, deficit dinamici, facile esauribilità, diminuzione degli interessi, apatia, tendenza al ritiro sociale [5].

Esortiamo il lettore a prestare particolare attenzione ad ognuna queste fasi, che (a posteriori) sono ben riconoscibili nei casi clinici che andremo a descrivere. Abbiamo considerato due pazienti in carico al Centro Psico Sociale di Pavia di età e sesso differente, di diversa estrazione socio-culturale: uno con prognosi positiva, l'altro negativa. Li riportiamo in questo articolo proprio per la loro eterogeneità e per la loro capacità di evidenziare come la schizofrenia sia una patologia multiforme e di difficile inquadramento, ricca di risvolti e sfumature che possono, tuttavia, essere ricondotti a un quadro unico, il cui riconoscimento precoce è fondamentale.

Casi clinici

G.P.

Dati generali anamnestici

G. nasce a Nuoro nel 1989. La paziente riferisce di avere trascorso un'infanzia serena nella sua città natale, in un clima familiare tranquillo. Consegue buoni risultati scolastici, si impegna anche in diverse attività extrascolastiche (pallavolo, pallacanestro, corsi di ballo) e, fino all'inizio del liceo classico, partecipa attivamente alla vita parrocchiale della sua città, per poi allontanarsene progressivamente a causa dei numerosi impegni accademici e non. Terminato il liceo, decide di intraprendere la carriera universitaria trasferendosi a Pavia, con l'idea di iscriversi alla facoltà di Medicina e diventare, in futuro, una pediatra. In seguito all'esito negativo del test di ammissione, si iscrive alla facoltà di Giurisprudenza, riuscendo a sostenere, con discreto profitto, gli esami del primo anno di corso. In seguito al trasferimento, emergono alcune difficoltà nell'adattarsi alla nuova città, soprattutto nel versante delle relazioni interpersonali. Queste vengono superate dopo alcuni mesi, quando G. riesce a crearsi una propria rete di contatti e intraprende alcune attività nel sociale, dedicandosi al volontariato presso il reparto di Pediatria del Policlinico San Matteo. In questo periodo vive un progressivo riavvicinamento alla fede cattolica, di cui la paziente è entusiasta, in quanto sente di poter contare sulla presenza costantemente rassicurante e benevola di Gesù Cristo. Durante tutta l'esperienza pavese vive in un appartamento in affitto insieme al fratello maggiore.

Nel gennaio del 2010, G. inizia a vivere esperienze da lei descritte come paranormali: racconta di essere visitata durante la notte da spiriti maligni che le impediscono il sonno e ostacolano la normale

conduzione della sua vita da studentessa. Queste manifestazioni, dapprima sporadiche, divengono via via sempre più frequenti ed intense, fonte di terrore e forte angoscia. La paziente subisce esperienze di natura allucinatoria, sia visive (oggetti fluttuanti nella stanza), sia uditive (voci minacciose), sia somatico-cenestesiche (sensazione che qualcuno cerchi di sottrarle l'anima, strappandogliela dalla schiena). Tutte queste dispercezioni vengono interpretate da G. come una manifestazione del maligno che, tormentandola, vorrebbe impedirle di professare la sua fede cristiana. Nel tentativo di allontanare il demonio, la paziente intraprende varie pratiche religiose a fini esorcistici: le prime due presso una chiesa di Pavia, la terza in Sardegna, effettuata durante le vacanze estive. Quest'ultima pare averla «liberata da tutti i mali, permettendole una resurrezione con Cristo e in Cristo». Le esperienze mistiche sembrano essersi fortemente attenuate e, nell'autunno del 2010, la paziente entra in contatto con un gruppo religioso non meglio specificato avente sede a Milano, dal quale, però, prende presto le distanze. Nel corso del 2011 comincia a presentare un progressivo isolamento, con manifestazioni comportamentali anomale. Compaiono altri fenomeni dispercettivi molto simili a quelli sopra descritti. G., in breve tempo, riduce le uscite, smette di frequentare le lezioni universitarie e si ritira presso il domicilio, immersa in un clima delirante.

Esordio e quadro clinico

Nel dicembre del 2011, in un'atmosfera di forte tensione e persecutorietà, la paziente si barriera nella propria camera, armata di un coltello da cucina, spinta da un'intensa angoscia in relazione alla convinzione che presto qualcuno le avrebbe fatto del male. Il fratello, allarmato dal comportamento della sorella, contatta la guardia medica che, giunta al domicilio della paziente insieme alle forze dell'ordine, riesce ad accompagnarla in PS. Qui viene valutata da uno psichiatra, che, dopo un lungo colloquio, riesce a convincerla della necessità di un ricovero in SPDC.

Inizialmente la paziente si mostra oppositiva e reattiva; il dialogo è difficile, ostacolato dall'acuzie psicotica. G. pare immersa in un clima angoscioso di forte persecutori et , che viene, in breve, polarizzata sugli psichiatri e sulla terapia farmacologica, che, inizialmente, rifiuta di assumere. Dopo lunghe contrattazioni e l'inizio di una terapia con Risperidone la paziente accetta di sottoporsi ai colloqui, dai quali emergono tematiche deliranti di stampo persecutorio e mistico-religioso. G. sarebbe oggetto di un complotto ordito da una persona sconosciuta che, manipolata dal demonio, tenterebbe di distruggere la vita della paziente stessa e dei suoi familiari. All'arrivo dei genitori, la paziente si rifiuta di incontrarli, esprimendo la propria convinzione che essi siano dei sostituti, sostenendo che i suoi reali genitori siano morti nei mesi precedenti. Ai temi persecutori si aggiungono idee mistico-profetiche, con la convinzione delirante di G. di essere stata scelta dal Signore per sostenere una prova difficile, che prevede la battaglia contro le forze maligne e che potrebbe esitare in una vittoria delle forze del bene, attraverso il sacrificio della sua stessa vita. Continuano i disturbi allucinatori (visivi e uditivi), accompagnati da incubi notturni che la paziente interpreta come segni profetici. Dopo un sostanziale fallimento della terapia con Risperidone (anche al dosaggio di 8 mg/die la paziente continua a presentare insight assente e sintomatologia psicotica pervasiva accompagnata da floridi deliri), si decide di sostituire il Risperidone con la Clozapina. Da quel momento si verifica un sostanziale miglioramento delle condizioni generali: la paziente appare pi  tranquilla, complianta nell'assunzione della terapia e riferisce miglioramento delle condizioni cliniche generali. Nonostante momenti di maggiore permeabilit  alla critica, accompagnati da deflessioni (seppur non gravi) dell'umore in senso depressivo, l'impianto delirante rimane ancora scarsamente accessibile alla critica e polarizzato sulle note tematiche. Data l'intenzione della paziente di sottoporsi a un processo continuato di cure, G. viene inviata al CPS di Pavia nel febbraio 2012. Gi  dal primo colloquio la paziente si presenta eutimica, priva di ideazione auto o eterolesiva, priva di alterazioni senso-percettive e ben orientata nello spazio nel tempo, con eloquio fluido e coerente anche se a tratti

tangenziale. Come già accennato ai medici dell'SPDC, G. comunica anche in CPS il desiderio di tornare in Sardegna per qualche mese. A fine febbraio fa ritorno alla sua città d'origine e viene affidata ai servizi psichiatrici di Nuoro. Accompagnata dalla madre, torna a Pavia a fine maggio per sostenere alcuni esami della sessione estiva. La condizione della paziente migliora progressivamente, con avvenuta ripresa dei contatti sociali (es. frequenta le amiche di Nuoro) e ideazione non più incentrata sui temi mistici. Nel dicembre 2013, la madre riferisce alcune preoccupazioni: racconta che i figli hanno traslocato in seguito a voci che il fratello percepiva come dei vicini e che, però, continua ad avvertire anche dopo essersi stabilito nella nuova abitazione.

L'ipotesi diagnostica, considerati i prodromi e la sintomatologia d'esordio, è quella di schizofrenia paranoide.

Storia dei servizi

La paziente entra in contatto con i servizi psichiatrici sardi per la prima volta nell'estate del 2010, sottoponendosi di sua iniziativa ad alcuni colloqui con uno psichiatra che, tuttavia, non ritiene opportuno iniziare una terapia farmacologica. Ricovero nell'SPDC di Pavia dal giorno 14-12-2011 al giorno 15-02-2012. Frequenta il CPS di Pavia nell'ultima metà di febbraio (I colloquio in data 20-02-2012), dopodiché, per un periodo di tre mesi, viene affidata ai servizi sardi in seguito al suo ritorno a Nuoro. Da maggio 2012 riprende le cure presso il CPS pavese, venendo seguita dal CSM territoriale nei periodi di rientro in Sardegna.

Diagnosi

Schizofrenia paranoide cronica.

Terapia

Risperidone 8 mg/die. Clozapina 250mg/die.

Prognosi

Condizioni di buon compenso, prolungato nel tempo e senza ricadute successive al ricovero.

Terapia attuale

Clozapina 50 mg ore 8 – 200 mg ore 20.

Ultimo colloquio

Attualmente assenza di sintomi psicotici, generale serenità riferita dalla paziente, che riesce a concentrarsi sugli studi, sostenendo alcuni esami.

L.S.R.

Dati generali anamnestici

L.S.R. nasce in Romania nel 1990 ed è il figlio maggiore, dopo di lui un fratello ed una sorella. Fino al 2003 vive in Romania, frequenta le scuole con buoni risultati e stringe amicizie serene. Nel 2003 giunge in Italia per ricongiungersi alla madre. Il padre si allontana e si riavvicina alla famiglia in momenti alterni. Vive a Pavia dove frequenta la scuola, gioca a calcio e si integra tra i coetanei. Ottiene la licenza media, quindi, lavora come elettricista fino ai diciotto anni e poi come operaio. Nel 2004 si trasferisce a Lodi, dove resta fino al 2008. Tornato a Pavia, vive con la madre e i fratelli in condizioni socio-economiche disagiate, gravate, inoltre, dalla sua condizione di disoccupazione. In questo periodo incomincia a frequentare le prostitute e intreccia una relazione con una di loro, ostacolata dalla madre. Inizia, quindi, una fase di distacco, disinteresse, difficoltà di concentrazione e tensione emotiva. Nel 2010 si instaura un quadro di persecutorietà e sospettosità ingravescenti.

Esordio e quadro clinico

All'esordio del quadro clinico, nell'ottobre 2011, il paziente presenta sintomi di tipo psicotico. Accompagnato in PS dal 118, parla di tematiche di tipo persecutorio, insorte almeno da un anno e dice di aver abusato in passato di sostanze. È accompagnato dalla madre, verso la quale presenta idee di veneficio. Viene indirizzato al CPS di Pavia. Al primo colloquio in CPS sono presenti tematiche persecutorie e sospettosità, in particolare nei confronti dei familiari, con idee deliranti di veneficio, tali per cui, da alcuni giorni, L. ha smesso di mangiare per la convinzione che la madre metta dei veleni nel suo cibo. Sente, inoltre, che varie persone stanno tramando alle sue spalle e vive nel continuo sforzo di cogliere messaggi e indizi dai loro comportamenti. Si associano fenomeni di trasmissione del pensiero e idee di riferimento, con la sensazione di L. di avere un perno al centro della testa che mette il suo pensiero in connessione con quello di altri e con internet, inoltre, che in televisione talvolta parlino di lui. L. si trova in uno stato di angoscia e allarme e sono presenti in lui anche dispercezioni tattili, riferisce, infatti, di avvertire scosse e vibrazioni sulla pelle. Il paziente nega di sentire voci ed è ben orientato nelle tre dimensioni, l'eloquio è fluido e coerente durante il colloquio. L'affettività, tuttavia, è appiattita e poco mobile. Vengono prescritti ECG con controllo QTc e TC encefalo che risultano nella norma. Inizia terapia con Olanzapina 5 mg, successivamente aumentata a 10 e poi 15 mg/die per la persistenza del delirio di veneficio e di dispercezioni alla testa. A tale dosaggio, il quadro va incontro a parziale remissione. La terapia, tuttavia, viene seguita in maniera discontinua, così come risulta la frequenza dei colloqui di controllo presso il CPS. Nel mese di giugno 2012 si verifica una ricaduta, con ripresa dei sintomi psicotici e ricovero volontario in SPDC, da cui, tuttavia, L. si allontana dopo un solo giorno di degenza, riferendo, poi, di essere stato spaventato dai codegenti. Ricontattato dal CPS, riprende l'assunzione della terapia con Olanzapina 20 mg/die e i colloqui psichiatrici in maniera più regolare. Viene, inoltre, inserito nel progetto TR64, per un affiancamento di sostegno psichiatrico. Fino a febbraio 2013 i sintomi psicotici produttivi, quali idee deliranti e persecutorie e sospettosità, sono ben controllati dalla terapia farmacologica, mentre permangono sintomi negativi significativi, come isolamento sociale e anergia, che limitano notevolmente L. nello svolgimento delle attività di vita quotidiana. Da febbraio 2013 il quadro peggiora: L. parla di sensazioni angoscianti mentre è a casa e della paura di subire qualcosa. Sente, inoltre, voci che lo insultano. A tratti presenta dissociazione affettiva, ridendo o facendo battute senza motivo. Da qui viene modificata la terapia con Risperidone 2 mg, in previsione di un depot. Le condizioni migliorano, con ridimensionamento dell'angoscia e dell'ansia e diminuzione delle voci. Viene introdotto Risperidone 25 mg/die in associazione a depot di Risperidone 2 mg. Dopo pochi giorni, il paziente si reca in CPS fuori appuntamento in condizioni di scompenso psicotico. Fatuo, perplesso, ride inappropriatamente, porta nessi associativi labili, a tratti sconnessi, e temi di grandiosità o di tipo persecutorio con elementi di trasmissione del pensiero. L. presenta, inoltre, l'idea delirante che esista un trasmettitore che mette in comunicazione tutti i pensieri. Agitato, teso, rifiuta terapia e ricovero. Si procede a TSO, tuttavia, le forze dell'ordine riferiscono che il paziente non è reperibile a domicilio. Si presenta, infine, in CPS la madre per ritirare la terapia domiciliare.

L'ipotesi diagnostica, sulla base di prodromi e sintomatologia d'esordio, formulata al primo colloquio in CPS è di episodio schizofreniforme.

Storia dei servizi

Il primo contatto con i servizi psichiatrici risale all'ottobre 2011, quando, dopo l'accesso in PS, viene indirizzato, per colloqui e impostazione della terapia, al CPS di Pavia. Frequenta il CPS in maniera discontinua da tale data. Da giugno 2012 viene inserito nel progetto TR64 di affiancamento al sostegno psichiatrico di base.

Diagnosi

Psicosi schizofrenica.

Terapia

Olanzapina fino a 20 mg/die.

Prognosi

Attualmente L. permane in stato di scompenso psicotico, nonostante le terapia impostata.

Terapia attuale

Risperidone 25 mg/die in associazione a Risperidone depot 2 mg/14 gg.

Ultimo colloquio

Il paziente si trova in condizioni di scompenso psicotico. Fatuità, perplessità, dissociazione affettiva, nessi associativi labili, a tratti sconnessi, temi di grandiosità o di tipo persecutorio con elementi di trasmissione del pensiero e convincimenti deliranti. Agitazione e tensione. Il paziente rifiuta terapia e ricovero. Viene, pertanto, ordinato TSO, che, tuttavia, non si realizza per impossibilità delle forze dell'ordine di reperire il paziente al domicilio. L'ultimo contatto con i servizi è da parte della madre, recatasi in CPS, dopo l'ordine di TSO, a ritirare la terapia domiciliare per il figlio.

Discussione

G. P.

A causa del ritardo diagnostico di almeno un anno, con ricorso a varie tecniche di esorcismo e a pratiche di matrice superstiziosa, invece che ai servizi sanitari, è stato necessario ricorrere alla Clozapina per il contenimento dei sintomi psicotici. Tuttavia, in seguito alla compliance ottimale della paziente, dovuta anche all'adeguato supporto familiare, è stato possibile il raggiungimento di uno stato libero da malattia che, attualmente, permane.

L. S. R.

Nonostante, in seguito all'esordio del quadro, si sia verificato un accesso tempestivo ai servizi sanitari, a causa della scarsa compliance del paziente alla terapia, al mancato presentarsi dello stesso ai colloqui al CPS e alla presenza di numerosi fattori collaterali di disagio socio-familiare, attualmente, la prognosi è sfavorevole.

Bibliografia

1. De Martis D, Barale F, Caverzasi E. La crisi psicotica acuta. *Borla*, Roma, Italia, 1989.
2. Mason P, Harrison G, Glazebrook C et al. Characteristic of outcome in schizophrenia in 13 years. *Br J Psych* 1995;167:596-603.
3. Harrison G, Hopper K, Craid T et al. Recovery from psychotic illness: a 15-and 25-year international follow up study. *Br J Psych* 2001;178:506-517.
4. Agius M, Goh C, Ulhaq S et al. The staging model in schizophrenia and its clinical implications. *Psych Danub* 2010;22:211-220.
5. Schultze Lutter F, Ruhrmann S, Berning J et al. Basic symptoms and ultra high risk criteria: symptoms development in the initial prodromal state. *Schizophr Bull* 2010;36(1):182-191.