

Il disturbo paranoide di personalità: nuove linee di ricerca nella diagnosi e per l'impostazione dei trattamenti

Paranoid personality disorder: new areas of research in diagnosis and treatment

T. Agnello, C. Fante, C. Pruneti

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Parma

Summary

Objective

The aim of this paper is to consider the new guidelines to better investigate and assess the cognitive and relational factors and the level of quality of life in patient with Paranoid Personality Disorder (PPD). We take into account influencing factors as the epidemiological ones, the co-morbidity, cognition, self-esteem level, meta-cognitive impairment, number and quality of interpersonal relationships and the difference between "Bad Me" and "Poor me" Paranoia. All of these, in a different miscellanea between individuals, could be assessed and managed to make a correct clinical diagnosis and for the administration of the best integrate treatment.

Method

The literature of the last 6 years referring to the scientific studies of Pub Med's data base was analyzed.

Results

Traumatic events in the life, in special during childhood, like physical, emotional and sexual abuse, seems to increase the risk to develop a Personality Disorder (such the Paranoid ones).

Il disturbo paranoide di personalità: nuove linee di ricerca nella diagnosi e nell'impostazione dei trattamenti

Il termine "paranoia", dal greco *paránoia*, composto da "parà-nous", significa letteralmente "prossimo alla mente" nel senso di "fuori dalla mente" e indica, nella sua forma più generale, un sistema di idee o convinzioni che si discostano dalla realtà così come viene comunemente percepita e, con questo senso, veniva usato fino all'ottocento per tutti i disturbi caratterizzati da deliri. Fu introdotto nella psichiatria moderna da Kraepelin, che lo impiegò per descrivere ogni tipo di disturbo mentale caratterizzato solo o soprattutto dalla presenza di un sistema di credenze illusorie, deviate che, in quanto tali, alterano la percezione della realtà del paziente. In particolare, Kraepelin indicava come "paranoia pura" una condizione patologica caratterizzata dall'adesione a un

There is a dynamic relationship between experiential avoidance, self-esteem, and paranoia: low self-esteem leads to higher experiential avoidance and higher paranoia. Furthermore, PPD implies poor quality of life and impairment in the general functioning and increase the risk of cardiovascular disease like stroke or ischaemic heart disease.

The assessment appears to be not too easy because of the high co-morbidity with other psychiatric disorders, but so important to address the patient to appropriate integrate treatment.

Conclusions

Physical/sexual emotional abuse/neglect are associated with personality disorder included Paranoid Personality Disorder. Patients with Paranoid Personality Disorder seem to be characterized by a so lower self-esteem and report higher levels of experiential avoidance than non paranoid subjects. The experiential avoidance and the problems in managing stress situations could decrease self-esteem and quality of life.

Key words

Paranoid personality Disorder • Epidemiology • Cognitive factors • Relational factors • Quality of life

sistema di credenze illusorio, senza alcun apparente deterioramento delle altre facoltà intellettuali, a prescindere dal fatto che tali credenze avessero o meno a che vedere con un complesso di persecuzione.

Ancora nella psichiatria classica tedesca, a cavallo del secolo XIX e XX, la personalità paranoide era collegata alla schizofrenia e, solo più tardi, fu considerata come un disturbo indipendente.

Nel 1942 la personalità paranoide entrò nella nomenclatura psichiatrica ufficiale americana della 1ª edizione del *Statistical Manual for the Use of Hospitals for Mental Diseases*, come un sottotipo della personalità psicopatica. Dieci anni dopo, nel 1952, fu introdotta nuovamente nel manuale, mantenendo la sua definizione invariata fino alla pubblicazione, nel 1968, del DSM-II, dove le caratteristiche utilizzate per descrivere questo disturbo furono "ipersensibilità, rigidità, esagerata sospettosità, ge-

Correspondence

Teresa Agnello, via R. Lombardi 5, Castel Mella (Bs), Italy • E-mail: teresa_a@live.it

losia, invidia, eccessiva importanza di sé, e tendenza a biasimare gli altri e ad attribuire loro malevoli intenzioni". Ulteriori caratteristiche cliniche emerse successivamente in diversi studi di quegli anni, furono l'ipersensibilità alle critiche, l'ostilità e aggressività, l'ipervigilanza e un eccessivo bisogno di autonomia.

Tutti questi studi hanno dato forma agli attuali criteri diagnostici per il disturbo di personalità rintracciabili nel DSM-III. La successiva edizione del DSM-IV-TR ¹ ha apportato alcuni cambiamenti all'interno dei criteri per diminuire il grado di comorbidità con altri disturbi. Infine, con Hillman ² si può concludere dicendo che la paranoia "è esattamente ciò che il suo nome indica: para-noetica, mentale, cognitiva, quindi un disturbo del significato" perché il termine indica sostanzialmente uno stato di coscienza esagerato, irrealistico e in quanto tale, falsato.

I criteri secondo il DSM-IV-TR sono:		
A.	Diffidenza e sospettosità pervasive nei confronti degli altri (tanto che le loro intenzioni vengono interpretate come malevole), che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in una varietà di contesti, come indicato da quattro (o più) dei seguenti elementi:	1. sospetta, senza una base sufficiente, di essere sfruttato, danneggiato o ingannato
		2. dubita senza giustificazione della lealtà o affidabilità di amici o colleghi
		3. è riluttante a confidarsi con gli altri a causa di un timore ingiustificato che le informazioni possano essere usate contro di lui
		4. scorge significati nascosti umilianti o minacciosi in rimproveri o altri eventi benevoli
		5. porta costantemente rancore, cioè, non perdona gli insulti, le ingiurie o le offese
		6. percepisce attacchi al proprio ruolo o reputazione non evidenti agli altri, ed è pronto a reagire con rabbia o contrattaccare
		7. sospetta in modo ricorrente, senza giustificazione, della fedeltà del coniuge o del partner sessuale
B.	Non si manifesta esclusivamente durante il decorso della schizofrenia, di un disturbo dell'umore con manifestazioni psicotiche, o di un altro disturbo psicotico, e non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una condizione medica generale	

Secondo O'Donohue, Fowler, e Lilienfeld ³, tuttavia, i criteri del DSM enfatizzano eccessivamente gli aspetti cognitivi, quali la diffidenza e la sospettosità, non considerando adeguatamente i comportamenti tipici, gli stili affettivi e le relazioni interpersonali, caratteristiche che faciliterebbero una descrizione più specifica del disturbo, riducendo in modo significativo la sovrapposizione della diagnosi del disturbo paranoide di personalità con altri disturbi in Asse II, che con il disturbo in esame condividono alcune caratteristiche (Tab. I).

Epidemiologia

Il disturbo paranoide di personalità (PPD) è stato studiato a lungo dalla comunità scientifica, sono emerse poche evidenze empiriche riguardo al suo decorso, alla storia familiare e alle possibili cause di tale psicopatologia.

Inizialmente, sono state indagate le ideazioni paranoidee prevalentemente in soggetti quali prigionieri, rifugiati politici, immigrati e pregiudicati. La misura in cui questi gruppi erano, e sono, realmente a rischio di sviluppare il PPD è però ancora incerta, perché le differenti metodologie e i criteri diagnostici adottati negli studi rendono difficile la verifica e la valutazione dei risultati.

L'incidenza del PPD sembra rientrare in un range che varia rispetto alla popolazione di riferimento ⁴:

- nella popolazione generale dal 0,5 al 2,5%;
- in pazienti psichiatrici non ricoverati dal 2 al 10%;
- in pazienti ambulatoriali ricoverati dal 10 al 30%.

Inoltre, nei soggetti di genere maschile sembra che il disturbo si sviluppi più frequentemente rispetto a quello femminile.

La prevalenza del disturbo nella popolazione generale, però, è ancora ignota, sebbene uno studio epidemiologico l'abbia stimata intorno al 3.3% in giovani adulti di età compresa tra i 18 e i 21 anni ⁴ quindi, con un range di età molto limitato.

Comorbidità

Il PPD sembra avere delle caratteristiche in comune con altri disturbi, come ad esempio la schizofrenia paranoide, il disturbo allucinatorio e alcuni disturbi in Asse II. Allo stesso tempo, ci si domanda se fattori genetici e ambientali caratteristici del disturbo in esame si possano riscontrare anche nella schizofrenia e nei disturbi del Cluster A. Diversamente dal PPD, la schizofrenia paranoide e il disturbo allucinatorio includono però deliri, riferibili a false credenze, caratteristici delle psicosi. A volte le credenze ingiustificate dei soggetti paranoidei non sono così facili da distinguere dalle vere e proprie allucinazioni, tanto che può succedere che questi soggetti abbiano allucinazioni o pseudo-allucinazioni transitorie in condizioni di forte stress.

TABELLA 1.

Sintomi dei disturbi di personalità del cluster A (da O'Donohue et al., 2007)³. *Diagnostic criteria related to Paranoid Personality Disorder (from O'Donohue et al., 2007)³.*

Individuals Exhibit the DSM-IV Diagnostic Criteria for PPD When They...	Mistrust/Suspiciousness	Antagonism/Aggressiveness	Introversion/Excessive Autonomy	Hypersensitivity	Hypervigilance	Rigidity
Suspect that others exploit, harm, or deceive	Yes	No	No	No	No	No
Doubt others' loyalty or trustworthiness	Yes	No	No	No	No	No
Are reluctant to confide in others for fear that information will be used against them	Yes	No	Yes	No	No	No
Read hidden or demeaning meanings into benign remarks or events	Yes	No	No	Yes	Yes	No
Bear grudges (i.e., are unforgiving of insults, injuries, or slights)	No	Yes	No	Yes	No	Yes
Perceive attacks on their character or reputation and are quick to react with anger or counterattack	Yes	Yes	No	Yes	Yes	No
Have recurrent suspicions of their partner's sexual infidelity	Yes	No	No	Yes	No	No

Studi che riguardano la familiarità del PPD in parenti di soggetti schizofrenici hanno evidenziato come questo sia prevalente in familiari di schizofrenici rispetto a gruppi di controllo. Vi sono poi alcuni studi che sembrano dimostrare come il PPD abbia una familiarità maggiore con il disturbo allucinatorio in Asse I piuttosto che con la schizofrenia. Kendler et al.⁵ evidenziarono infatti come il rischio di sviluppare il disturbo sia significativamente maggiore nei familiari di primo grado con disturbo allucinatorio (4,8%) rispetto a familiari con schizofrenia. Si ipotizzerebbe, così, che il PPD condivida delle basi genetiche con il disturbo allucinatorio piuttosto che con la schizofrenia. Come accennato, il PPD ha alcuni elementi in comune con i disturbi del cluster A:

- con lo schizotipico condivide la sospettosità e le ideazioni paranoide;
- con lo schizoide condivide un comportamento distante e freddo nei confronti degli altri.

Viceversa, con i disturbi del cluster B ha elementi in comune con il:

- disturbo borderline, per il criterio 8 *"inappropriata, intensa rabbia"* e per il criterio 9 *"transitorie ideazioni stress correlate"*;

- disturbo narcisistico, per il criterio 9 *"arroganza e altezzosità"*;
- disturbo evitante, per il criterio 1 *"attività evitanti che non coinvolgono contatti interpersonali"*, per il criterio 3 *"mostra restrizioni all'interno di relazioni interpersonali per paura di essere deriso e preso in giro"* e per il criterio 4 *"preoccupazione di essere criticato e rifiutato"*.

Solo raramente è possibile diagnosticare un PPD senza che vi siano comorbidità con altri disturbi. Le percentuali identificate da Morey⁷ indicano che il disturbo mostra una comorbidità del 48% con il disturbo borderline, il 35,9% con il disturbo narcisistico e il 48,8% con il disturbo evitante. Vi sono diverse possibili spiegazioni per l'alto grado di comorbidità, incluse le similarità fenomenologiche, le imprecisioni dei criteri diagnostici dei sistemi di classificazione internazionali e la presenza di processi patologici comuni di base.

Ad esempio, sia il disturbo paranoide sia il disturbo narcisistico condividono un processo di base, chiaramente patologico, definito come *"ipercompensazione per sentimenti di inferiorità e inadeguatezza"*, quindi, sia l'individuo paranoide che il narcisista potrebbero apparire

ipersensibili all'umiliazione, sia pur minima o anche solo potenziale, ma affronterebbero tali sensazioni in modi differenti: il paranoide utilizzerebbe l'aggressività, il narcisista la grandiosità. Osservazioni cliniche suggeriscono che alcuni individui acquisiscono sia forme di disadattamento con caratteristiche paranoide che narcisistiche mostrando, quindi, una comorbilità basata su un'etologia condivisa. In tali soggetti si possono osservare fluttuazioni tra modelli adattivi paranoide e narcisistici in relazione a fattori situazionali.

Ulteriori analogie in termini di caratteristiche psicopatologiche si riscontrano nella fobia sociale i cui i bias cognitivi sembrano essere gli stessi del disturbo paranoide di personalità. La fobia sociale, infatti, è caratterizzata da sentimenti di inadeguatezza, eccessiva focalizzazione ed erronea interpretazione degli stimoli sociali, la differenza risiede principalmente nella consapevolezza dei sentimenti di inadeguatezza, per cui il fobico vive costantemente nella paura di commettere errori. I soggetti con il PPD, invece, attribuiscono la causa di questo sentimento di inferiorità agli altri (*"non sono io inferiore, sono gli altri che cercano di farmi sentire tale"*). Le interpretazioni di pazienti con PPD, di conseguenza, sono il risultato di attribuzioni errate e di esternalizzazione, indirizzate verso le altre persone e mai verso se stessi.

Ancora più semplice è distinguere il paziente paranoide da quello ansioso⁸. Non è insolito che lo stato ansioso incrementi pensieri paranoide di persecuzione e le allucinazioni legati a questo tema. Freeman et al.⁹ hanno infatti constatato che, nonostante entrambi i disturbi manifestino uno stato di allarme costante, l'ansioso non si presenta né sospettoso né diffidente, ma timoroso e pervaso da una sensazione di scarsa efficacia personale. I soggetti ansiosi, inoltre, saranno facilmente rassicurati, in particolare da figure autorevoli, cercheranno attivamente la vicinanza di figure di riferimento che possano confutare i propri timori e si percepiranno come fragili, ammettendo la soggettività della propria visione del mondo. I soggetti paranoide, invece, non riconoscono la soggettività della propria percezione, sono resistenti alla rassicurazione ed evitano il contatto con chi tenta di confutare le proprie credenze. Paradossalmente, mentre il soggetto ansioso si rassicura nel momento in cui la propria visione catastrofica viene confutata, il paranoide si rassicura quando trova conferma dei propri timori.

Ipotesi eziologiche

Fattori ambientali

Al momento sono state effettuate poche ricerche sulla relazione tra fattori ambientali e la comparsa del PPD, anche se alcuni studi suggeriscono che eventi traumatici durante l'infanzia, come la violenza fisica o sessuale

e la trascuratezza da parte delle figure di accudimento, giochino un ruolo importante nello sviluppo dei disturbi di personalità.

In uno studio longitudinale condotto da Johnson et al.¹⁰, che ha analizzato un campione di 593 famiglie, è stato evidenziato che un basso livello di affettività e un alto livello di trascuratezza da parte dei genitori verso i propri figli determini un alto rischio di sviluppo di diversi disturbi di personalità, tra cui il disturbo paranoide. Dallo studio è emerso, infatti, che tra i 22 e i 33 anni i soggetti che avevano avuto genitori con comportamenti problematici sviluppavano in modo molto più frequente il PPD rispetto a soggetti che non mostravano lo stesso vissuto familiare (Fig. 1).

Tra gli altri, Tyrka et al.¹¹ hanno analizzato un campione composto da 105 adulti (di età compresa tra i 18 e i 64 anni e dall'etnia variabile, con una prevalenza di quella caucasica) con alle spalle storie di violenza o incuria da parte dei genitori. L'indagine è stata realizzata con l'utilizzo di un'intervista strutturata (SCID-I e II) e la compilazione del CTQ (*Childhood Trauma Questionnaire*).

I risultati evidenziarono che bambini con storie di violenza o maltrattamento erano significativamente più a rischio di sviluppare disturbi di personalità tipici del cluster A e del cluster C, incluso il disturbo paranoide, rispetto a soggetti di controllo (Fig. 2).

Esiste poi un considerevole contributo in letteratura che suggerisce come il maltrattamento durante l'infanzia si associ a frequenti e forti episodi di rabbia e aggressività, elementi simili a quelli riscontrati nel PPD, sia in bambini che in adolescenti. Queste ipotesi, però, devono essere verificate empiricamente con ulteriori studi perché diverse forme di maltrattamento (fisico, verbale, sessuale) possono rivelarsi delle concause rispetto ad altre variabili che non sono state ancora considerate in modo sistematico.

In uno studio in cui si analizzava la relazione tra cinque forme di maltrattamento durante l'infanzia (sessuale e fisico, abuso emotivo, trascuratezza affettiva e trascuratezza fisica) e dieci disturbi di personalità, Lobbstaet et al.¹² hanno evidenziato che gli abusi sessuali ed emotivi sembravano associarsi allo sviluppo del PPD (Tab. II).

In particolare gli abusi sessuali causerebbero sentimenti di vergogna, stigmatizzazione e mancanza di fiducia, mentre l'abuso emotivo, come il rifiutare (non ammettere la presenza di una persona), l'insultare, il ridicolizzare, l'intimidire e il limitare la libertà dell'altro, sarebbero correlati a una bassa autostima. La stigmatizzazione, la mancanza di fiducia e la bassa autostima sono elementi direttamente riscontrabili nel PPD.

Benjamin¹³ riteneva che le persone con PPD avessero esperito uno stile genitoriale sadico, controllante e degradante. I genitori di questi soggetti, a loro volta, sembravano aver subito abusi da bambini e sviluppato in età adulta credenze riguardo i loro figli, come quella di considerarli

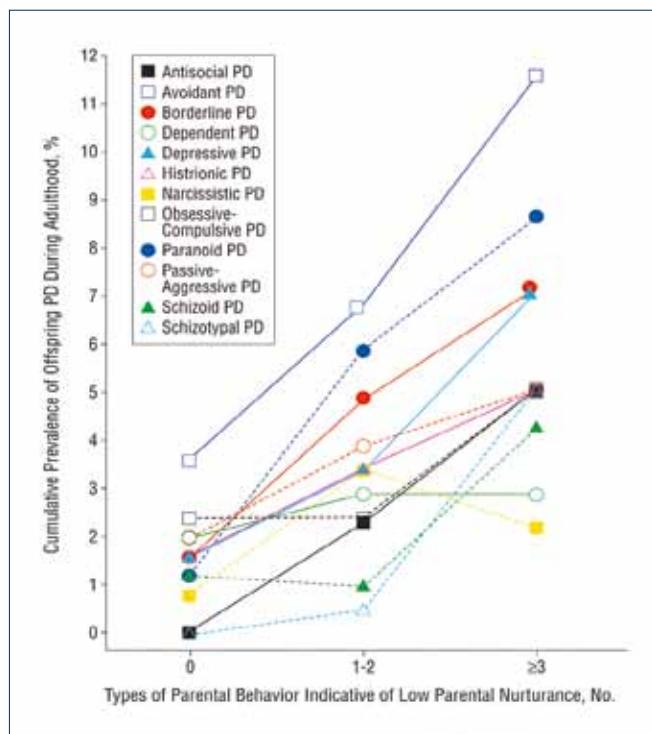


FIGURA 1.

Rischio di sviluppare disturbi di personalità tra i 22 e i 33 anni (da Johnson et al., 2006) ¹⁰. *Risk of personality disorder development in individuals between 22 and 33 years old (from Johnson et al., 2006) ¹⁰.*

meritevoli di punizioni. Nello specifico, questi genitori punivano i loro figli in diverse circostanze: se questi si dimostravano dipendenti nei loro confronti, se manifestavano forme di fragilità come il pianto o in qualsiasi situazione di vulnerabilità e di richiesta di accudimento. Da questo stile educativo i bambini apprendevano a non dover chiedere alcun tipo di aiuto anche in situazioni gravi e pericolose, a non piangere e a non fidarsi mai di nessuno. Una volta adulti, tendevano quindi a evitare qualsiasi forma di intimità e relazione, prediligendo l'isolamento, anche se molto sensibili alle esclusioni, alle offese e persino ai pettegolezzi o gli scherzi. Oltre al maltrattamento, Miller et al., in studi recenti ¹⁴, hanno mostrato che bambini a cui era stato diagnosticato il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, non adeguatamente trattato, erano a rischio di sviluppare disturbi di personalità, tra cui il disturbo paranoide.

La prospettiva psicodinamica

I tradizionali modelli psicanalitici si sono focalizzati principalmente sui meccanismi di difesa, in particolare sulla *proiezione* descritta per la prima volta da Freud ¹⁵ in una lettera intitolata "Paranoia". Freud affermò che la parano-

ia rappresentava una difesa patologica da una situazione insopportabile, in cui si cerca di proiettare all'esterno il contenuto di una rappresentazione incompatibile con l'Io. In linea con tale approccio, altre ipotesi teoriche sono state descritte da Colby ¹⁶: la prima, definita "teoria dell'ostilità", ipotizza che il soggetto proietti verso l'esterno forti sentimenti inconsci di odio e ostilità; la seconda, chiamata "teoria omeostatica", sostiene che l'individuo, minacciato da un disequilibrio interno che genera sentimenti di colpa o inadeguatezza, superi questa situazione con la convinzione che siano gli altri a minacciarlo. La terza e ultima, la "teoria della vergogna", sostiene che la paranoia derivi da una discrepanza tra l'immagine ideale che un individuo ha di se stesso e l'esperienza di vergogna o di umiliazione a cui può andare incontro.

Ulteriori ipotesi evolutive che hanno contribuito alla spiegazione del disturbo paranoide in chiave psicodinamica postulano che la genesi della paranoia avvenga per reazione difensiva in presenza di un ambiente infantile oggettivamente frustrante o sadico. In questi casi, al bambino verrebbe impedito di sperimentare il sentimento di "fiducia di base" e, di fronte a croniche umiliazioni e delusioni, per proteggere se stesso, sarebbe costretto a crescere con un sentimento di sfiducia, ostilità e sospetto verso tutto il mondo circostante. In questo contesto il bambino arriva a *identificarsi* con i genitori critici, perpetuando la modalità critica nello sviluppo e nella formazione della sua personalità, facendo così propri la sospettosità e il biasimo ¹⁷.

Gli individui paranoici sarebbero alla costante ricerca di imperfezione nel mondo circostante; tale necessità di cri-

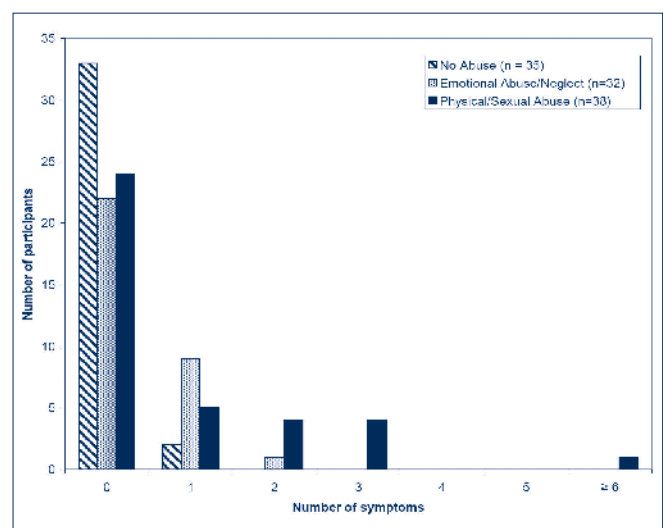


FIGURA 2.

Sintomi dei disturbi di personalità del cluster A (da Tyrka et al., 2009) ¹¹. *Cluster A personality disorder symptoms (from Tyrka et al., 2009) ¹¹.*

TABELLA II.

Correlazioni tra maltrattamenti durante l'infanzia e disturbi di personalità (da Lobbestael et al., 2010)¹². *Correlation between Personality Disorders and childhood abuse and neglect (from Lobbestael et al., 2010)¹².*

Personality Disorders	Sexual Abuse	Physical Abuse	Emotional Abuse	Emotional Neglect	Physical Neglect
Cluster A					
Paranoid	,27**	,24**	,29**	,26**	,12*
Schizotypal	,19**	,25**	,29**	,21**	,11*
Schizoid	,21**	,22**	,24**	,23**	,12*
Cluster B					
Histrionic	,08**	,19**	,18**	,20**	,12*
Narcissistic	,08	,18**	,15*	,14*	,07
Borderline	,40**	,33**	,42**	,39**	,16*
Antisocial	,14*	,28**	,15*	,18**	,10*
Cluster C					
Avoidant	,20**	,15*	,28**	,20**	,09*
Dependent	,13*	,15*	,32**	,28**	,08
Obsessive-comp	,07	,09*	,21**	,14*	,06

Note: Correlazioni di Pearson * Significativo per $p < ,05$; **Significativo per $p < ,001$.

ticare permetterebbe loro di condurre un'esistenza libera dall'ansia, a dispetto delle imperfezioni personali e del profondo senso di inadeguatezza. Appare quindi chiaro come il sentimento di inferiorità, debolezza e inefficacia porti allo sviluppo di difese compensatorie, quali il sentimento di grandiosità e dell'essere speciali, e a meccanismi di difesa quali la *razionalizzazione*, la *formazione reattiva* e la *rimozione*.

La prospettiva cognitivo-comportamentale

Secondo la prospettiva cognitivo-comportamentale le caratteristiche salienti dei pazienti con PPD sarebbero rintracciabili negli *errori di attribuzione* (come l'interpretare in modo malevolo le intenzioni degli altri) che possono essere compresi in termini di caratteristici *bias cognitivi* (bias attenzionali, bias interpretativi, bias di memoria).

Beck et al.¹⁸ hanno argomentato l'ipotesi dell'esistenza di schemi cognitivi riguardanti il sentimento di inadeguatezza, riconoscendo la relazione esistente con le abilità sociali impoverite e con l'attribuzione casuale esterna (tipicamente utilizzata per ridurre l'ansia).

I bias cognitivi descritti sarebbero accompagnati da sentimenti di inadeguatezza, eccessiva focalizzazione e erronea interpretazione degli indizi sociali. Le interpretazioni di questi soggetti, sarebbero dunque causa di attribuzioni errate e di esternalizzazione indirizzata verso le altre persone, considerate ambigue, sleali e discriminatorie.

Oltre ai bias, sono state individuate anche *credenze*

automatiche quali "le persone sono fondamentalmente ingannevoli", "se le persone si comportano in modo amichevole, vuol dire che mi stanno usando" e "se le persone sembrano distanti, allora è la prova che sono ostili nei miei confronti". Inoltre, le persone con questo disturbo spesso utilizzerebbero *distorsioni cognitive* quali il pensiero dicotomico, l'astrazione selettiva e l'ipergeneralizzazione⁶.

Turkat et al.¹⁹ hanno studiato accuratamente il PPD secondo la prospettiva comportamentale. Sebbene l'autore sostenga che non vi sia un'unica caratteristica saliente del disturbo, egli sottolineò la presenza costante dell'ipersensibilità alle critiche e dello stato di allerta e di vigilanza. Secondo la sua teorizzazione, i pazienti paranoide apprendono precocemente che non possono permettersi di commettere errori, a temere ciò che gli altri pensano di loro, a considerarsi diversi e quindi inferiori. Il risultato di tale apprendimento è che l'individuo diventa eccessivamente preoccupato per i giudizi degli altri, obbligato a conformarsi alle aspettative genitoriali e ipersensibile alle valutazioni. Tutte queste convinzioni interferirebbero con l'accettazione dei soggetti paranoide da parte dei coetanei, che saranno sempre più propensi ad allontanarli, contribuendo così al loro isolamento e alla loro continua rimuginazione. Di conseguenza, verranno elicitati pensieri di persecuzione che, a loro volta, manterranno l'isolamento sociale impedendo al paziente il poter uscire da questo circolo vizioso.

La teoria del deficit metacognitivo

La teorizzazione di Peter Fonagy²⁰ ha posto in relazione il sistema dell'attaccamento e lo sviluppo del Sé nello studio dei disturbi di personalità, focalizzandosi sull'ipotesi dell'esistenza di una "disorganizzazione" di tale sistema alla base di specifici deficit metacognitivi evidenziabili in tali psicopatologie.

Secondo questo modello, le prime relazioni oggettuali dovrebbero permettere al bambino la comprensione degli stati mentali propri e altrui, alla base del processo di "mentalizzazione", considerato come la capacità di comprendere il comportamento interpersonale in termini di stati della mente e come chiave fondamentale dell'organizzazione del Sé e della regolazione affettiva.

I pazienti con disturbi di personalità mostrerebbero fallimenti in vari aspetti di queste funzioni della mente. Nel caso del PPD, in particolare, il paziente fallirebbe sistematicamente nella lettura della mente altrui, attribuendo agli altri intenzioni malevoli nei propri confronti e avvertendo, quindi, nelle situazioni interpersonali un profondo senso di timore, diffidenza, sospettosità ed estraneità, con conseguenti comportamenti aggressivi o di evitamento.

Il paziente paranoide presenterebbe due tipi di deficit: uno di *decentramento*, ovvero formulerebbe costantemente ipotesi sul funzionamento mentale degli altri da una prospettiva egocentrica, scartando ogni possibile alternativa²¹, e uno di *differenziazione*, ovvero non considererebbe se ciò che è percepito sia frutto di un'interpretazione soggettiva errata o se effettivamente appartenga al mondo esterno. Tali deficit metarappresentativi, inoltre, favorirebbero specifici stati mentali problematici: sospettosità, ira, e astenia²².

In questo contesto si inserirebbero *cicli disfunzionali interpersonali* innescati dalle credenze del soggetto che, espresse nei comportamenti, provocano delle reazioni congrue negli altri, determinando un rinforzo delle credenze di partenza.

"Bad Me" e "Poor Me"

Un interessante contributo ad una maggiore comprensione dei disturbi paranoidei è contenuto nel lavoro di Trower e Chadwick²³ che, riprendendo un precedente lavoro di Zigler e Glick²⁴, hanno descritto l'esistenza di due tipi di paranoia: una che si riconduce al concetto di persecuzione (*Povero Me*) e l'altra che si lega al concetto di punizione (*Cattivo Me*). L'elemento che accomuna i due tipi di paranoia sarebbe la convinzione che il mondo circostante pianifichi continuamente di danneggiarli. La differenza risiederebbe nel fatto che i soggetti con Paranoia di tipo "Povero Me" tendono a biasimare gli altri, a vederli come figure cattive sentendosi così vittime del mondo, mentre i soggetti che presentano la paranoia di

tipo "Cattivo Me" tendono a biasimare se stessi, a giudicarsi cattivi e a giustificare le eventuali punizioni inflitte da parte degli altri. Se per la Paranoia "Povero Me" il Sé è esperito come buono e degno, per la Paranoia "Cattivo Me" il Sé è vissuto come cattivo e degno di essere punito. Cadwick et al.²⁵ in un lavoro che replica e amplia i risultati di un precedente studio di Freeman del 2001²⁶, hanno indagato le differenze presenti nei due tipi di paranoia rispetto alla presenza di depressione, ansia, rabbia e rispetto all'autostima e alla valutazione degli altri. I risultati mostrarono che il tipo di paranoia "Povero Me" correlava con livelli più bassi di ansia e depressione e maggiore autostima mentre non si sono identificate differenze significative nei sintomi connessi alla rabbia; per ciò che riguarda le relazioni con gli altri, i due tipi di paranoia percepivano entrambe gli altri come "cattivi", tuttavia, differenze significative erano riscontrabili nella valutazione di Sé, decisamente più negativa nella paranoia "Cattivo Me".

Melo et al.²⁷ hanno analizzato ulteriori variabili, oltre a quelle già menzionate, per delineare meglio i due tipi di paranoia evidenziando come il "Cattivo Me" sia associato a un Sé insicuro e il "Povero Me" sia caratterizzato da alti livelli di autonomia. Gli autori ipotizzarono inoltre uno stile di attaccamento diverso per i due tipi di paranoia, evidenziando nei soggetti con i sintomi del "Povero Me" relazioni con i genitori insolite e disfunzionali, legate a un eccessivo accudimento, ma non nei soggetti con sintomi del "Cattivo Me". È comunque da sottolineare che gli autori tendono a non parlare di due tipi di paranoia, ma si riferiscono a una fluttuazione della percezione delle proprie persecuzioni, che varia in relazione agli stati d'animo e alle situazioni in cui i soggetti si trovano.

Un ulteriore aspetto da evidenziare è che la distinzione delle due tipologie di paranoia è riscontrabile non solo nel PPD, ma anche in altri disturbi, caratterizzati da allucinazioni persecutorie, quali la schizofrenia paranoide e il disturbo schizo-affettivo.

L'autostima

Le ricerche che si sono occupate della relazione tra il disturbo paranoide e l'autostima hanno prodotto risultati contrastanti: alcuni studi hanno evidenziato in soggetti paranoidei bassi livelli di autostima²⁸ mentre altri hanno ottenuto risultati opposti²⁹. Secondo Melo et al.²⁷, tali differenze sarebbero da attribuire alle due diverse tipologie di paranoia: nella paranoia di tipo "Cattivo Me" il Sé è vissuto come cattivo e quindi i livelli di autostima risultano bassi, mentre nella paranoia "Povero Me" il Sé è esperito come buono e, quindi, l'autostima risulterebbe relativamente intatta.

Uno degli studi più importanti di questi ultimi anni è stato quello condotto da Udachina et al.³⁰ che ha indagato la relazione tra l'autostima e la tendenza ad adottare con-

dotte di evitamento. I risultati hanno supportato l'ipotesi degli autori secondo cui l'autostima, i comportamenti evitanti e la paranoia correlano e si influenzano vicendevolmente (Fig. 3). In accordo con studi precedenti, è stato inoltre evidenziato che gli studenti paranoidei mostravano livelli più bassi di autostima. Inoltre, gli autori hanno evidenziato che quanto più i comportamenti di evitamento erano frequenti e l'autostima bassa, tanto maggiore era la gravità del disturbo paranoide. I bassi livelli di autostima potrebbero costituire una causa, ma anche una conseguenza, di un minore contatto con la realtà.

Disturbo paranoide di personalità e relazioni interpersonali

Due studi che si sono occupati dei disturbi di personalità in relazione alla qualità della vita auto-riferita furono effettuati in Australia³¹ e in Italia³². I risultati dello studio australiano hanno evidenziato come la qualità della vita dipenda dal tipo di diagnosi di disturbo mentale e come il livello di disabilità sia correlato alla condizione psicologica del soggetto.

Fossati et al.³³ hanno analizzato gli elementi tipici di una relazione importante quali confidenza, sconforto per la lontananza, bisogno di approvazione e preoccupazione, evidenziando come i soggetti paranoidei presentino delle importanti disfunzioni in tali dimensioni.

In un successivo lavoro Cramer et al.³⁴ hanno investigato le caratteristiche della qualità della vita in diversi disturbi di personalità. Gli autori hanno osservato come la qualità della vita dei pazienti paranoidei risulti molto bassa e francamente deficitaria rispetto ai soggetti che non presentano disturbi di personalità. Le variabili prese in considerazione erano l'assenza di legami di amicizia, i rapporti con i familiari, la capacità di chiedere efficacemente aiuto nel momento del bisogno, la consapevolezza di sé, le eventuali relazioni con i vicini di casa e gli aspetti più generali della vita quotidiana.

Per quanto riguarda i *cicli disfunzionali interpersonali* innescati dalle delle credenze del soggetto, quando predomina la sospettosità e l'irritabilità, la tendenza del paziente a reagire prontamente alle presunte angherie degli altri è pagata al caro prezzo di una completa solitudine: nel tempo anche le persone più legate al paziente finiscono infatti per abbandonarlo o addirittura evitarlo attivamente e i commissariati dove vengono depositate le innumerevoli denunce da parte di questi pazienti finiscono per non dare loro più credito, reagendo male a ogni ulteriore richiesta. Automaticamente si viene a creare un deserto relazionale e affettivo intorno al paziente il quale va inevitabilmente incontro a depressione⁵. Di fatto, l'isolamento sociale e l'esclusione contribuiscono poi ad attivare e rinforzare i deficit e le ideazioni descritti nei paragrafi precedenti.

Quando predomina lo stato mentale "astenico" il pazien-

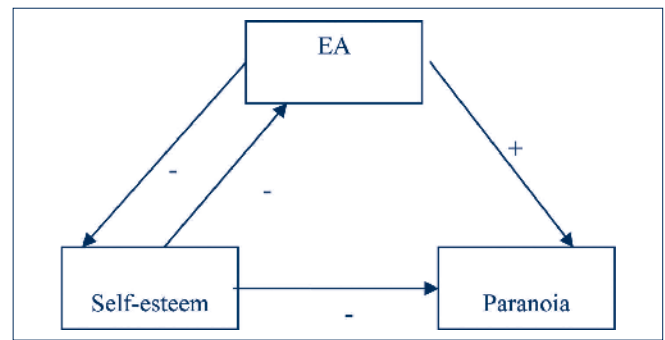


FIGURA 3.

Relazioni tra autostima paranoia e EA (da Udachina et al., 2009)³⁰. *Relationship among self-esteem, paranoia and EA (from Udachina et al., 2009)*³⁰.

te manifesta stress e sofferenza nelle poche interazioni che ha con gli altri, sviluppando dei deliri relativamente stabili che inficiano le funzioni meta-rappresentative. L'abbattimento e lo sconforto accompagnano il paziente nelle sue attività quotidiane e vengono elaborati continuamente temi di risentimento, di ingiustizia e di danno subito, senza differenziare le fantasticherie da situazioni accadute realmente. I pazienti si sentiranno pertanto sempre più sconfortati e tale condizione condurrà a un profondo stato di prostrazione psicofisica che costituisce un terreno fertile per lo sviluppo di deliri, collegati alla sensazione di aver subito costantemente danni ingiustamente, fino ad arrivare a tentativi suicidari^{36 22}.

In Gran Bretagna è stato realizzato uno studio³⁷ in cui si è indagata la relazione tra malattie cardiovascolari e specifici disturbi della personalità, in un campione di 8580 soggetti adulti di età compresa tra i 16 e 74 anni. Le ipotesi di partenza era che soggetti con disturbi di personalità fossero più a rischio di sviluppare malattie cardiovascolari, quali ictus e ischemia. I risultati hanno confermato l'ipotesi iniziale, sottolineando come l'ischemia sia associata al PPD con una percentuale più alta (2%) rispetto agli altri disturbi.

Trattamento

Le persone con un disturbo di personalità non ritengono che il proprio comportamento sia problematico, nonostante siano costantemente esposte alle conseguenze negative dei loro pensieri e comportamenti disfunzionali. Ne consegue che spesso non ritengono di dover essere sottoposte a un trattamento terapeutico o che giungano a una prima consultazione specialistica solo in seguito a problemi legali o medici. Inoltre, la compromissione nel funzionamento interpersonale tipica di tali sindromi influenza notevolmente la relazione di cura; ciò rende indispensabile considerare come un indice di riuscita terapeutica il "semplice" mantenimento in regime di tali pazienti, evitando i drop-out spesso frequenti nella pratica clinica. Gli studi

sull'efficacia della psicoterapia rispetto a questa categoria di psicopatologie sono ancora pochi, nonostante i disturbi di personalità abbiano un'alta incidenza nella popolazione normale (dal 3 al 15%)³⁸; la scarsa numerosità di ricerche sull'efficacia dei trattamenti per pazienti con diagnosi di PPD riflette le difficoltà ancora connesse alla fase di diagnostica e all'elaborazione di trattamenti standard.

Uno degli studi più recenti sull'efficacia dei trattamenti psicoterapici è stato condotto da Bamelis et al.³⁹ nel 2012 su pazienti con diagnosi di disturbo narcisistico, istrionico, paranoide, ossessivo compulsivo, dipendente ed evitante di personalità. Gli autori hanno studiato tre diversi interventi psicoterapici (*Schema Therapy*, *Clarification oriented psychotherapy* e *Treatment as usual*) che potenzialmente potrebbero determinare cambiamenti positivi nei soggetti con questo tipo di disturbi. Per gli autori, in accordo con gli studi condotti anche da O'Donohue¹⁷, la *Schema Therapy* è attualmente oggetto di maggiore attenzione clinica, essendo associata a risultati migliori rispetto alle altre terapie.

La psicoterapia è sicuramente il trattamento di scelta, in particolare una psicoterapia cognitiva individuale a lungo termine, anche se difficile da impostare perché la sfiducia e la sospettosità dei soggetti con Disturbo Paranoide coinvolge anche la figura del terapeuta.

Presso il Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma è stato messo a punto un modello di trattamento metacognitivo-interpersonale specifico per il PPD. Questo tipo di trattamento è volto a individuare e intervenire sui comportamenti disfunzionali, gli aspetti cognitivi, quelli affettivi e le strategie che caratterizzano il disturbo; inoltre il paziente viene aiutato a riconoscere e identificare le proprie emozioni, i propri pensieri, e la modalità di fronteggiamento dei problemi¹⁵. Il trattamento inizia con il riconoscimento degli stati d'animo del paziente (quali lo stato di minaccia, pericolo o derisione) a cui seguono emozioni quali ansia, tensione, rabbia che fanno parte integrante dei tre cicli disfunzionali del PPD: il "ciclo sospettoso-irritante", il "ciclo interpersonale aggressivo" e il "ciclo interpersonale di abbattimento".

Lo studio dell'efficacia terapeutica associata a tale trattamento standardizzato è in fase di verifica, grazie anche all'elaborazione da parte degli autori di strumenti standardizzati per la verifica dei cambiamenti nelle funzioni metacognitive dei pazienti affetti da PPD.

Un importante strumento per la valutazione del trattamento è stato messo a punto da Carcione et al.: la Scala di Valutazione della Metacognizione (S.Va.M.)⁴⁰. Questa scala consente di valutare l'andamento delle funzioni metacognitive, sia nel corso della psicoterapia che al suo termine. Il trattamento farmacologico è oggetto di numerose discussioni e polemiche, ma rimane indubbia la necessità di trattare i disturbi del pensiero e intervenire sulla regolazione del tono dell'umore.

Il trattamento di maggiore efficacia è costituita da antipsicotici di nuova generazione (a bassi dosaggi) e da regolatori del tono dell'umore¹⁵.

Conclusioni

Le nuove linee di ricerca sul PPD, oltre a chiarire le caratteristiche psicopatologiche necessarie per la diagnosi differenziale di questa sindrome rispetto ad altri quadri clinici, hanno evidenziato come alcune variabili possano costituire importanti fattori di vulnerabilità e di mantenimento: eventi traumatici durante l'infanzia e bassi livelli di autostima rappresentano potenziali elementi in grado di contribuire e mantenere l'evitamento nelle interazioni sociali e gli schemi cognitivi disfunzionali dei pazienti, a loro volta connessi a una ridotta qualità della vita osservata rispetto al campioni di controllo.

Il PPD è uno dei disturbi meno studiati dalla comunità scientifica per diverse motivazioni connesse alle stesse caratteristiche della patologia: spesso risulta difficile avvicinare clinicamente i pazienti con questa diagnosi, anche per lo scarso riconoscimento della malattia da parte di familiari e figure significative del soggetto, considerata come una semplice predisposizione personale alla permalosità e alla sospettosità, specie nei casi sotto soglia. Un altro elemento in grado di influenzare negativamente la possibilità di condurre studi sistematici sul disturbo è rappresentato dalla scarsa compliance terapeutica mostrata dai pazienti, sicuramente riconducibile alla difficoltà di identificare e gestire le dinamiche relazionali che emergono nel trattamento.

Inoltre, la scarsa numerosità di studi volti alla verifica dell'efficacia dei trattamenti psicoterapici per questi pazienti è attribuibile alle già discusse difficoltà diagnostiche connesse ad aspetti più cognitivi della sindrome, non ancora riconosciuti dai sistemi di diagnosi internazionali come "nucleari" e discriminativi della patologia. Studi futuri dovranno chiarire quanto tali caratteristiche possano costituire l'oggetto privilegiato degli interventi.

Bibliografia

- 1 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: APA 2000.
- 2 Hillman J. *La fuga degli dei*. Milano: Adelphi 1991.
- 3 O'Donohue W, Fowler KA, Lilienfeld SO. *Personality Disorders Toward the DSM-V*. Sage Publications 2007.
- 4 Bernstein DP, Cohen P, Velez GN, et al. *The prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community based survey of adolescents*. Am J Psychiatry 1993;150:1243-87.
- 5 Kendler KS, Gutenberg AM. *Genetic relationship between paranoid personality disorder and the 'schizophrenic spectrum' disorders*. Am J Psychiatry 1982;139:1185-6.

- 6 Esterberg ML, Goulding SM, Walker EF. *A personality disorders: schizotypal, schizoid and paranoid personality disorders in childhood and adolescence*. J Psychopathol Behav Assess 2010;32:515-28.
- 7 Morey L, Heumann K. [Co-occurrence and diagnostic efficiency statistics]. 1988. Unpublished raw data.
- 8 Startup H, Freeman D, Garety PA. *Persecutory delusions and catastrophic worry in psychosis: developing the understanding of delusion distress and persistence*. Behav Res Ther 2007;45:523-37.
- 9 Freeman D, Gittins M, Pugh K, et al. *What makes one person paranoid and another person anxious? The differential prediction of social anxiety and persecutory ideation in an experimental situation*. Psychol Med 2008;38:1121-32.
- 10 Johnson JG, Cohen P, Chen H, et al. *Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood*. Arch Gen Psychiatry 2006;63:579-87.
- 11 Tyrka AR, Wyche MC, Kelly MM, et al. *Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: Influence of maltreatment type*. Psychiatry Res 2009;165:281-7.
- 12 Lobbestael J, Arntz A, Bernstein DP. *Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders*. J Pers Disord 2010;24:285-95.
- 13 Benjamin L. *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. 2nd ed. New York: Guilford 1996.
- 14 Miller CJ, Flory JD, Miller SR, et al. *Childhood ADHD and the emergence of personality disorders in adolescence: a prospective follow-up study*. J Clin Psychiatry 2008;69:1477-84.
- 15 Freud S. (1895 [1892-97]). *Minute teoriche per Wilhelm Fliess. Minuta H: Paranoia*. Opere di Sigmund Freud, 2: 36-41. Torino: Boringhieri 1968.
- 16 Colby KM. *Appraisal of four psychological theories of paranoid phenomena*. J Abnorm Psychol 1977;86:54.
- 17 Gabbard G. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1990.
- 18 Beck AT, Freeman AT, & associates. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press 1990.
- 19 Turkat ID. *Paranoid personality disorder*. In: Turkat LD, ed. *Behavioural case formulation*. New York: Plenum 1985, pp. 155-98.
- 20 Fonagy P. *L'approccio evolutivo per la comprensione del transfert nel trattamento di pazienti con disturbi borderline della personalità*. In: Zabonati A, Migone P, Maschietto G, a cura di. *La validazione scientifica delle psicoterapie psicoanalitiche*. Mestre, VE: IPAR 1991.
- 21 Freeman D, Garety PA, Fowler D, et al. *Why do people with delusions fail to choose more realistic explanations for their experiences? An empirical investigation*. J Consult Clin Psychol 2004;72:671-80.
- 22 Dimaggio G, Semerari A. *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento: stati mentali, metarappresentazione cicli interpersonali*. Bari: Editori Laterza 2003.
- 23 Trower P, Chadwick PDJ. *Pathways to the defence of the self: a theory of two types of paranoia*. Clin Psychol: Sci Pract 1995;2:263-78.
- 24 Zigler E, Glick M. *Is paranoid schizophrenia really camouflaged depression?* Am Psychol 1988;43:284-90.
- 25 Chadwick PDJ, Trower P, Juusti-Butler TN, et al. *Phenomenological Evidence for Two Types of Paranoia*. Psychopathology 2005;38:327-33.
- 26 Freeman D, Garety P, Kuipers E. *Persecutory delusions: Developing the understanding of belief maintenance and emotional distress*. Psychol Med 2001;31:1293-306.
- 27 Melo SS, Taylor JL, Bentall RP. *'Poor me' versus 'bad me' paranoia and the instability of persecutory ideation*. Psychol Psychother 2006;79:271-87.
- 28 Humphreys L, Barrowclough C. *Attributional style, defensive functioning and persecutory delusions: Symptom-specific or general coping strategy?* Br J Clin Psychol 2006;45:231-46.
- 29 Moritz S, Werner R, Von Collani G. *The inferiority complex in paranoia readdressed: a study with the Implicit Association Test*. Cogn Neuropsychiatry 2006;11:402-15.
- 30 Udachina A, Thewissen V, Myin-Germeys I, et al. *Understanding the relationships between self-esteem, experiential avoidance, and paranoia: structural equation modelling and experience sampling studies*. J Nerv Ment Dis 2009;197:661-8.
- 31 Sanderson K, Andrews G. *Prevalence and severity of mental health-related disability and relationship to diagnosis*. Psychiatr Serv 2002;53:80-6.
- 32 Ruggeri M, Gater R, Bisoffi C, et al. *Determinants of subjective quality of life in patients attending community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project*. Acta Psychiatr Scand 2002;105:131-40.
- 33 Fossati A, Feeney JA, Donati D, et al. *Personality disorders and adult attachment dimensions in a mixed psychiatric sample: a multivariate study*. J Nerv Ment Dis 2003;191:30-7.
- 34 Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. *Personality disorders and quality of life. A population study*. Comprehensive Psychiatry 2006;47:178-84.
- 35 Johnson JG, Cohen P, Kasen S, et al. *Personality disorder traits associated with risk for unipolar depression during middle adulthood*. Psychiatry Res 2005;136:113-21.
- 36 Overholser JC, Stockmeier C, Dilley G. *Personality disorders in suicide attempters and completers: preliminary findings*. Archives of Suicide Research 2002;6:123-33.
- 37 Moran P, Stewart R, Brugha T, et al. *Personality disorder and cardiovascular disease: result from a national household survey*. J Clin Psychiatry 2007;68:69-74.
- 38 Tyrer P, Mulder R, Crawford M, et al. *Personality disorder: a new global perspective*. World Psychiatry 2010;9:56-60.
- 39 Bamelis L, Evers S, Arntz A. *Design of a multicentered randomized controlled trial on the clinical and cost effectiveness of schema therapy for personality disorders*. BMC Public Health 2012;12:75.
- 40 Carcione A, Falcone M. *Il concetto di metacognizione come costruito clinico fondamentale per la psicoterapia*. In: Semerari A, a cura di. *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Milano: Raffaello Cortina Editore 1999, pp. 9-42.