

# TULBURAREA DE PERSONALITATE PARANOIDĂ – CARACTERISTICI CLINICE

ADELA MAGDALENA CIOBANU, LUMINIȚA DOBRE,  
CAMELIA POPA, BOGDAN DANCIU

**Paranoid Personality Disorder – Clinical Features.** A maladaptive personality pattern does not appear out of nowhere, it's not a direct result of stress experienced by adults, but it builds over time. They crystallize in adolescence along with the personality structure, accompanying the individual throughout his entire existence. Paranoid people have not only poor management of emotions, but a poorly developed social intelligence. Clinical manifestations include the presence of paranoid attitudes, excessive suspiciousness and hostility, people with this disorder being stubborn and argumentative.

**Key words:** paranoid personality disorder, clinical features, case report.

Elementul esențial al tulburării de personalitate paranoide este, potrivit manualului pentru Diagnosticul și Statistica Tulburărilor Mintale (DSM IV), o tendință persistentă și nejustificată de a interpreta acțiunile altora ca fiind deliberat înjositoare și amenințătoare, care începe de timpuriu în viața adultă și este prezentă într-o varietate de contexte. Individul cu această tulburare se așteaptă să fie prejudiciat sau exploatat de către alții, are dubii cu privire la onestitatea și loialitatea oamenilor, caută semnificații amenințătoare în cele mai benigne remarci ale altora sau în diverse situații sociale, poate fi excesiv de gelos, reacționează cu mânie în diferite contexte și nu are încredere în semenii. Gândirea lui este deteriorată din cauza ideei de persecuție și de prejudiciu. Teama de a nu fi rănit îi afectează relațiile interpersonale și se izolează; astfel, deficitul de competențe sociale și raționamentele disfuncționale se amplifică (Mittal *et al.*, 2007).

Gândirea paranoică este „alimentată” de singurătate, de lipsa suportului social, precum și de hipersensibilitatea la mesajele verbale ale celorlalți (Riggio și Kwong, 2009). Paranoicul percepe emoțiile oamenilor ca fiind „false” sau „dezgustătoare”, de natură a-l induce în eroare sau a-l prejudicia și, în general, nu are simțul umorului. În același timp, el se caracterizează printr-o incapacitate cronică de a resimți plăcere (anhedonie socială), o trăsătură distinctivă a schizofreniei, care se regăsește și în tabloul episodului depresiv major, precum și în cazul altor tulburări de personalitate. Își manifestă deschis criticile și nemulțumirile față de ceilalți, dar este hipersensibil când este criticat el însuși și dezvoltă sentimente ostile persistente față de cei pe care îi percepe ca fiindu-i dușmani.

Acest model disfuncțional de personalitate se construiește în timp și are un parcurs cronic. El se cristalizează în adolescență (odată cu structurarea personalității) și

îl însoțește pe individ de-a lungul existenței (Ionescu, 1997). Printre factorii favorizanți ai tulburării se numără: imitarea comportamentelor paranoide ale altora, un istoric de suspiciuni confirmate, relațiile adverse părinte-copil, expunerea copilului la comportamente inconsistente, neîntărirea comportamentelor sociale adecvate, perturbarea sistemelor de feedback social și stresul (Houseman, 1990; Haynes, 1986). Trăsături (în formare) ale tulburării paranoide au fost identificate și la adolescenții care au comis masacre în școli (Dutton et al, 2013). Înainte de asasinare, aceștia au exagerat consecințele neplăcute ale tratamentelor la care ar fi fost supuși de către ceilalți copii sau de profesori, au reacționat cu furie față de batjocură și intimidare, au devenit obsedați de respingerea lor de către ceilalți și și-au găsit justificări acceptabile pentru viitoarele răzbunări. Rezultatele școlare slabe și hipersensibilitatea au fost alte două elemente prezente în tabloul tulburării paranoide în formare (Ciobanu, Popa, 2013).

Stressorii socio-profesionali favorizează decompensarea tulburării. Paranoizii au rate mici de ocupare profesională și un istoric de muncă tensionat. Ei dezvoltă cogniții paranoice despre colegi, îi suspectează că ar dori să le facă rău. Astfel de atitudini atrag ostilitatea și furia celorlalți, soldându-se cu respingerea socială a paranoizilor de către grupurile profesionale sau sociale (McGurk *et al.*, 2013).

Vom ilustra, în continuare, caracteristicile clinice ale tulburării paranoide, printr-o prezentare de caz.

### Prezentare de caz

Pacienta M.N., în vârstă de 39 de ani, necăsătorită, domiciliată în mediul urban, a fost internată în 2014 în Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alex. Obregia” din București. A fost adusă nonvoluntar de salvare, în urgență, la solicitarea mamei ei, pentru: *ideație delirantă de urmărire și de persecuție* („cineva intră în casă, îmi ia lucrurile, îmi vrea răul”), *neliniște psihomotorie* (a aruncat un ghiveci cu flori de pe balcon, de la etajul 6, a spart un geam de la ușa de la sufragerie), *heteroagresivitate verbală, iritabilitate, irascibilitate*. A încercat să fugă atunci când i s-a comunicat că va rămâne internată în spital. Mama s-a temut că fiica sa și-ar putea face rău.

În ceea ce privește istoricul personal al pacientei, au fost reținute următoarele aspecte: aceasta provine dintr-o familie cu doi copii (este al doilea copil); părinții au studii medii; a absolvit un liceu pedagogic și o facultate de drept (cu taxă); lucrează ca învățătoare; locuiește cu mama sa în vârstă de 70 de ani și cu fratele său în casa părintească; fumează câte două pachete de țigări pe zi, neagă consumul de alcool, cafeină și de alte substanțe psihoactive. La școală are în clasă câțiva copii cu probleme psihiatrice, care îi crează probleme: „*A fost un an foarte greu, am crezut că în vara aceasta o să-mi revin, dar se pare că mi-a fost și mai rău. Eu eram cea care potolea copiii și le ajutam și pe celelele profesoare, de exemplu de engleză și de sport să-i potolească în timpul orelor. Nu știu de ce catedra de engleză a făcut o reclamație la dl. director în legătură cu faptul că dânsule nu își pot susține orele din cauza mea, când eu doar le-am ajutat*”. Mama pacientei confirmă că la școală a existat o ședință în legătură cu fiica sa, însă aceasta nu a primit vreo muștrare scrisă

(„Am mers la școală și am vorbit cu dl. director și mi-a spus că au fost ceva reclamații la adresa fiicei mele, dar să stau liniștită că nu o să se întâmple nimic“).

Pacienta are un istoric psihiatric anterior. Primul contact cu un medic psihiatru a fost la vârsta de 12 ani, după decesul unui unchi, când a urmat ședințe de psihoterapie. În perioada 1996-2001, au decedat cei patru bunici ai pacientei, ceea ce a afectat-o semnificativ. În intervalul 2000-2001 a urmat tratament psihiatric, iar în perioada 2002-2006 s-a prezentat la mai multe consultații de specialitate. Primul diagnostic a fost cel de *Tulburare depresivă recurentă. Episod depresiv anxios sever*. Pacienta prezenta dispoziție depresivă profundă, însoțită de anxietate difuză, compulsii autolitice, ideatie depresivă de inutilitate, autoliză, derealizare și depersonalizare. Până în 2006 aceasta a avut stări de lipotimie, apatie, anhedonie, momente de autoagresivitate, uneori o dispoziție depresivă severă. Ca urmare a tratamentului, dispoziția sa s-a ameliorat. După 2006, nu există declarații ale familiei sau documente medicale din care să reiasă că M.N. a mai urmat vreun tratament. Abia în acest an ea s-a prezentat la un medic psihiatru, care i-a recomandat un alt tratament.

**Episodul actual.** Pacienta se află la prima internare în Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alex. Obregia”. Neliniștea psihomotorie, ideatia delirantă de urmărire și de persecuție, heteroagresivitatea verbală, irascibilitatea și iritabilitatea reprezentau o simptomatologie prezentă cu câteva luni înaintea internării. Despre raptusul survenit la domiciliu, chiar în ziua internării, relatează mama pacientei: „*I-am făcut cartofi prăjiți, i-am pus masa în sufragerie să mănânce de prânz pentru că a dormit până mai tarziu și, în timp ce mânca, i-am sugerat că ar trebui să mergem încă o dată la doctor, pentru că nu poate merge de luni la școală cu starea pe care o are. Când a auzit de mers la psihiatru, a aruncat muștarul pe parchet, a început să țipe că ea nu are nevoie de medicamente. Eu m-am retras în bucătărie și, când m-am uitat pe geam, am văzut cum arunca de la etaj de pe balcon un ghiveci de flori*”.

**Examenle clinic și paraclinic** au evidențiat: o pacientă subponderală (40 kg la o înălțime de 1,54 m); rezultate în limite normale la analizele biochimice, hemo-leucogramă, hormoni tiroidieni etc., la electroencefalogramă și electrocardiogramă; rezultate negative la testele toxicologice urinare.

**Examenul psihologic** a relevat că pacienta are o personalitate cu aspect bazal dizarmonic, în prezent aceasta fiind decompensată psihotic (tendințe paranoide marcante).

Pacienta s-a prezentat în ținută neglijentă, dar cu o igienă adecvată, a avut o atitudine predominant cooperantă, cu note suspicioase și discrete note revendicative („*aici mi s-a produs o traumă, nu voi lăsa lucrurile așa*”), cu mimică și gestică prezente, cu orientare temporo-spațială, auto și allopsihică. A negat modificările în sfera percepției (halucinații sau iluzii), atât în momentul examinării, cât și în antecedente. În timpul probelor psihologice a avut momente de întrerupere, examinând persistent cu privirea anumite colțuri ale cabinetului.

Examenul psihic a mai evidențiat: o ușoară scădere a capacității de concentrare, voința și memoria în limite normale, o dispoziție afectivă iritabilă. În ceea ce privește gândirea, ritmul și fluxul ideoverbal au fost în limite normale, ca și capacitatea de generalizare și abstractizare, iar discursul spontan, prezent și relativ coerent, a avut ușoare abateri de la logica formală, centrate pe prezentarea circumstanțelor internării, cu tendința de a minimaliza importanța simptomatologiei („Am fost foarte stresată la muncă, obosită; ar fi trebuit să vorbesc mai mult cu ceilalți; eram foarte nervoasă, i-am speriat pe ai mei”). A negat prezența ideilor prevalente sau delirante deși, din declarațiile mamei, M.N. prezintă interpretări delirante, ideație de urmărire, persecuție și prejudiciu, precum și modificarea comportamentului secundară („Avea impresia că a intrat cineva peste ea în casă și i-a umblat prin lucruri, le verifică pe toate și pe cele care i se păreau ciudate le lua repede, le pune în sacul de gunoi și le ducea la tomberon”; „Atunci când mergea pe stradă, dacă o atinge cineva din greșeală, susținea că persoana aceea are ceva cu ea în mod intenționat”; „A mers să-și cumpere niște pantofi și și-a luat foarte repede prima pereche de pantofi, deși era mai mare, deoarece credea că vânzătoarea are ceva cu ea”).

Examenul psihic a relevat și o funcționare social-ocupațională marcat perturbată; tendințe de heteroagresivitate, precum și tendințe la izolare socială, cu motivație aparent bizară („N-am mai ieșit din casă că nu mai aveam pantofi. Când i-am cumpărat, i-am luat mai mari și m-am enervat foarte tare și iar n-am ieșit”). În privința vieții instinctuale, s-a constatat că apetitul alimentar și cel sexual sunt diminuate. Pacienta a negat ideația autolitică în momentul examinării. Deși mama pacientei a susținut că aceasta se culcă destul de târziu, M.N. a declarat că „dorm bine, nu am probleme cu somnul”.

Concluziile examenului psihic au fost: conștiința bolii – absentă; personalitate – paranoidă.

**Diagnosticul stabilit** a fost cel de Tulburare de personalitate paranoidă decompensată psihotic (AXA I Tulburare psihotică scurtă; AXA II Tulburare de personalitate paranoidă premorbidă – DSM IV). Criteriile întrunite pentru Tulburarea psihotică scurtă au fost: prezența ideației delirante; durata episodului perturbării de cel puțin o zi și de mai puțin de o lună (cu eventuala revenire completă la nivelul premorbid de funcționare). Au fost excluse dintre posibilele explicații ale tulburării psihotice scurte: tulburarea afectivă cu elemente psihotice, tulburarea schizoafectivă, schizofrenia, efectele fiziologice directe ale consumului unei substanțe sau o altă condiție medicală generală.

Dintre criteriile DSM IV pentru *Tulburarea de personalitate paranoidă premorbidă*, pacienta le întrunește pe următoarele:

A. O neîncredere și o suspiciozitate persistentă față de alții, astfel că intențiile acestora sunt interpretate ca răuvoitoare, începând precoce în perioada adultă și prezentă în patru sau mai multe din contextele:

- (1) suspectează, fără o bază suficientă, că alții o exploatează, prejudiciază sau înșală;
- (2) citește intenții degradante sau amenințătoare în remarci sau evenimente benigne;
- (3) poartă pică tot timpul, adică este implacabilă față de insulte, injurii sau ofense;
- (4) percepe atacuri la persoana sau la reputația sa, care nu sunt evidente altora și este promptă în a acționa coleros sau în a contraataca;

B. Nu survine exclusiv în cursul schizofreniei, al unei tulburări afective cu elemente psihotice ori al altei tulburări psihotice și nu are drept cauză o condiție medicală generală.

Tulburarea de personalitate paranoidă trebuie diferențiată de următoarele tulburări: tulburarea delirantă tip persecuție – pacienta nu are un delir stabil; schizofrenia paranoidă – pacienta nu prezintă halucinații și tulburare formală de gândire; tulburarea afectivă cu elemente psihotice; tulburarea de personalitate datorată unei condiții medicale generale sau utilizării vreunei substanțe (în acest caz nu există istoric al unei condiții medicale generale sau al consumului vreunei substanțe); tulburările de personalitate schizoidă, borderline și antisocială (pacienta are deficite ale Supraeului).

**Tratament.** În cazul pacientei M.N. s-a administrat tratamentul farmacologic adecvat al episodului actual și s-a prescris tratament de întreținere. I s-a recomandat o psihoterapie suportivă, centrată pe deschidere (sinceritate), consistență (constanță și coerență terapeutică), pentru a fi sprijinite părțile sănătoase ale Egoului. Ca recomandări generale s-au formulat: evitarea umorului și oferirea unor explicații alternative la problemele ridicate de pacientă, dar fără confruntare.

Obiectivele centrale ale demersului psihoterapeutic, în cazul persoanelor diagnosticate cu tulburare de personalitate paranoidă, sunt: creșterea competenței de interacțiune cu semenii, formarea aptitudinilor prosoziale și reducerea anxietății sociale.

**Prognosticul tulburării.** Evoluția cazului este variabilă, în funcție de trăirile individuale ale Egoului și de circumstanțele de viață. Posibilele complicații sunt: tulburarea delirantă, schizofrenia, depresia, tulburările anxioase și tulburările legate de consumul de substanță.

### Bibliografie

- Ciobanu, A.M., Popa, C., *Boala psihică și eșecul social*, Editura Universitară București, 2013.
- DSM-IV. *Manual pentru Diagnosticul și Statistica Tulburărilor Mintale*, Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2000.
- Dutton, D.G., White, K.R., Fogarty, D., *Paranoid thinking in mass shooters*, în "Aggression and Violent Behavior", 18, 5, 2013, p. 548-553.

- Haynes, S.N., *A behavioral model of paranoid behaviors*, în "Behavior Therapy", 17, 3, 1986, p. 266-287.
- Houseman, C., *The paranoid person: A biopsychosocial perspective*, în "Archives of Psychiatric Nursing", 4, 3, 1990, p. 176-181.
- Ionescu, G., *Tulburările personalității*, București, Editura Asklepios, 1997.
- McGurk, S.R., Mueser, K.T., Mischel, R. et al., *Vocational functioning in schizotypal and paranoid personality disorders*, în "Psychiatry Research", in press, corrected proof, available online 8 August 2013.
- Mittal, V.A., Tessner, K.D., Walker, E.F., *Elevated social Internet use and schizotypal personality disorder in adolescents*, în "Schizophr. Res.", 94, 1-3, 2007, p. 50-57.
- Riggio, H.R., Kwong, W.Y., *Social skills, paranoid thinking, and social outcomes among young adults*, în "Personality and Individual Differences", 47, 5, 2009, p. 492-497.

Acest studiu a fost realizat în cadrul Acordului de Parteneriat încheiat între Institutul de Filosofie și Psihologie „Constantin Rădulescu Motru” al Academiei Române și Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Al. Obregia” din București (Programul de cercetare nr. 2 „Sănătate mentală și stare de bine: implicații și modalități de intervenție moderne”, Departamentul de Psihologie).