
La dimensione paranoicale nella sua distribuzione transnosografica

Transnosographic distribution of the paranoid dimension

MARCO ARMANDO, LUCA FAGIOLI, LORENZO MARZANO, CARMINE PERRELLA,
RICCARDO SABA, PAOLO FIORI NASTRO

BSM02 Unità Operativa Complessa di Psicoterapia,
Università La Sapienza, Roma

RIASSUNTO. Introduzione. I più recenti studi riguardanti l'incidenza e la prevalenza della dimensione paranoicale riportano valori piuttosto significativi, quasi sovrapponibili ai disturbi d'ansia e depressivi. In questo lavoro abbiamo pertanto voluto indagare la presenza di una dimensione paranoicale patologica all'interno di un campione di pazienti. **Materiali e metodi.** Il campione della ricerca è rappresentato da 87 pazienti giunti in prima visita presso il nostro Servizio. A ciascuno di essi è stata somministrata la scala psicometrica SCL-90R, poi sono state effettuate un'accurata raccolta anamnestica e una valutazione diagnostica basata sui criteri del DSM-IV-TR. Il software SPSS è stato utilizzato per effettuare un'analisi statistica descrittiva del totale del campione per ogni singola variabile sociodemografica, poi per valutare la percentuale all'interno del campione che manifestava una dimensione paranoicale patologica all'SCL-90R e, infine, per valutare eventuali correlazioni statisticamente significative per ciò che riguarda la distribuzione di tale dimensione all'interno delle varie diagnosi categoriali e rispetto alle variabili sociodemografiche esplorate. **Risultati.** Dal totale del campione sono stati esclusi 13 pz che non hanno completato il test. Dei restanti 74, ben 41 (55,4%) hanno manifestato valori superiori al cut-off nella scala "dimensione paranoicale" dell'SCL-90R. Inoltre, tale dimensione è apparsa più latente rispetto ad altre sul piano sintomatologico e pertanto più difficile da individuare. **Conclusioni.** I risultati ottenuti dall'analisi del nostro campione sembrerebbero in linea con quelli riportati dalla letteratura in materia. Questa dimensione è risultata essere più latente di altre sul piano della sintomatologia manifesta e richiede per la sua individuazione un'accurata indagine diagnostica.

PAROLE CHIAVE: dimensione paranoicale, transnosograficità, disturbo paranoide di personalità, disturbo delirante acuto.

SUMMARY. Introduction. Research at international level is increasingly highlighting the frequency with which a psychopathological paranoid dimension is present both in the general population and in the psychiatric population. In this paper we have aimed to explore the presence of a paranoid dimension, in a sample of patients. **Materials and methods.** Our research sample consists of 87 patients, visiting for the first time the unit of our Service. With each patient we used the SCL-90R multidimensional scale. After the test we conducted an anamnestic research and diagnostic evaluation based on the criteria of the DSM-IV-TR. The data obtained was analysed using the SPSS software that was used to carry out a descriptive statistical analysis of the entire sample for each individual socio-demographic variable. We then evaluated the percentage of the sample which manifested a pathological paranoid dimension according to the SCL-90R, and finally we measured eventual statistically significant correlations regarding the distribution of this dimension within the various categorial diagnoses and any association regarding the socio-demographic variables of the sample. **Results.** Out of the total sample (N=87) 13 patients who did not complete the SCL-90R test were excluded. 41 of the remaining 74 (55.4%), manifested values above the cuff-off in the "paranoid dimension" of the SCL-90R were excluded. Regarding the socio-demographic characteristics of this subgroup, a greater frequency of the feminine sex can be noted (60%). So far as civil status is concerned, single patients are more frequently affected than married patients, and the paranoid dimension is accentuated. However such dimension appeared more latent respect to others on the symptomatologic plan and therefore more difficult to characterize. **Conclusions.** The results obtained from the analysis of our sample seems to confirm the high frequency of the paranoid dimension and their transnosographicity. Also this dimension has turned out to be more latent than others on the plan of the manifest symptomatology and it needs in depth diagnostic investigation.

KEYWORDS: paranoid dimension, transnosographicity, paranoid personality disorders, acute delusional disorder.

E-mail: marco.armando@uniroma1.it

INTRODUZIONE

Secondo recenti studi, il 10-15% della popolazione generale manifesta regolarmente tratti paranoicali, mentre all'interno della popolazione psichiatrica tale percentuale si aggirerebbe intorno al 40% (1). Più in generale, diversi studi sono stati pubblicati riguardo all'incidenza di sintomi psicotici all'interno della popolazione non psichiatrica, tutti tendenti a indicarne un'elevata frequenza (2-4). Tra questi, uno dei più ampi e rappresentativi è quello di Rossler, et al. (5) riguardante uno studio longitudinale di 20 anni su 591 soggetti, diretto a indagare la presenza di sintomi psicotici "subclinici" nella popolazione generale mediante la scala psicométrica SCL-90R: anche questo studio ha confermato l'elevata frequenza di sintomi psicotici.

Partendo da questi dati presenti in letteratura, abbiamo voluto indagare in maniera più approfondita, nella nostra pratica clinica, la tipologia di pazienti che manifestano una "modalità paranoicale", dal momento che questa, laddove è presente, implica una serie di specifiche difficoltà per il clinico sia sul piano della diagnosi sia sul piano terapeutico, per via della scarsa compliance e dell'elevata frequenza di drop-out (6,7) a essa correlate.

Questa modalità, a causa della sua apparente transnosograficità, può essere definita come "dimensione", facendo qui riferimento ai nuovi modelli nosografici dimensionali che stanno via via sostituendo, o quanto meno integrando, i precedenti modelli categoriali (8).

Pertanto in questo lavoro, parlando di dimensione paranoicale, non vogliamo riferirci necessariamente ed esclusivamente alla sua accezione categoriale, ovvero sia a quei quadri caratterizzati dalla presenza di un delirio persecutorio lucido e intrinsecamente logico, così come definiti nel DSM-IV che vanno sotto il nome di "disturbo delirante" né tantomeno a quei quadri clinici che vanno sotto il nome di "disturbo paranoide di personalità".

Vogliamo, invece, intendere una certa modalità non necessariamente vincolata a una determinata categoria diagnostica, riscontrata con frequenza nella prassi clinica, di rapportarsi alla realtà interumana circostante con un atteggiamento difensivo e interpretativo. Essa sembra spiegabile solo partendo dal presupposto che vi sia una continua e costante sensazione di danno imminente, non nel senso del pericolo aspecifico tipico dei quadri di ansia, bensì nel senso di un potenziale "atto lesivo" della propria integrità fisica e/o psichica proveniente dagli esseri umani con cui il soggetto di volta in volta si mette in relazione.

Prima di tutto, abbiamo effettuato una ricerca nell'ambito della letteratura internazionale in materia e abbiamo così riscontrato diversi studi autorevoli che mettono in evidenza da un lato la transnosograficità della dimensione paranoicale e dall'altro quanto questa possa rappresentare un elemento di problematicità nella presa in carico e nella gestione del paziente.

Magaro (9) sul piano cognitivo e Meissner (10) sul piano psicodinamico pongono l'accento sull'ubiquitarità di quella che definiscono dimensione paranoicale, operante secondo le loro tesi, "senza soluzione di continuo nella normalità come nella patologia, fonte da un lato di senso di coesione del Sé di fronte agli input del mondo, e nel contempo meccanismo essenziale della patologia delirante".

Lo studio di Ellett, et al. (11) ha esaminato l'incidenza dell'ideazione paranoicale in una popolazione di 324 studenti universitari mediante colloqui e test (Vanable Paranoia Scale e Rosenberg Self-Esteem Scale): ben 153 partecipanti (ossia poco meno del 50%) hanno riportato un'esperienza paranoicale, compresa l'ideazione persecutoria.

Lo studio di Freeman, et al. (12) ha effettuato un'indagine su un campione di 327 soggetti selezionati all'interno della popolazione generale. Da tale studio è emersa una penetranza della strutturazione paranoicale in forma subclinica maggiore del 50%.

Ancora Freeman nel 2005 (13) ha pubblicato un lavoro piuttosto interessante. Partendo dallo studio di una serie di articoli sull'argomento, tra cui quelli di Johns (14) e di Van Os (15), l'autore si chiede se l'ideazione paranoicale, con i suoi vari gradi di intensità, possa essere più comune di quanto si immagini, al pari dei sintomi depressivi o di quelli ansiosi. Somministrando una serie di test psicométrici tra cui la Vanable Paranoia Scale a un campione di 1202 soggetti di popolazione "sana" reclutati via internet, viene appunto affrontata questa domanda e il risultato è che più di un terzo (>33%) del campione presenta tratti paranoicali più o meno intensi.

Vi è poi lo studio di Martin e Penn (16) su un campione di 193 studenti liceali. Anche qui, mediante la somministrazione di test psicométrici rivolti a indagare ideazione paranoicale, depressione, ansia e immagini di sé, sono emerse un'alta penetranza della dimensione paranoicale (>40%) e una forte correlazione tra quest'ultima e l'umore depresso, l'ansia e la scarsa stima di sé.

Dopo aver effettuato un'analisi della letteratura in merito, abbiamo portato avanti un'indagine clinica sulla dimensione paranoicale all'interno di un campione di 87 pazienti giunti in prima visita presso il nostro ambulatorio nel tentativo di individuarne la frequenza e

di ricercare eventuali caratteristiche comuni all'interno della sottopopolazione di pazienti che ha presentato una dimensione paranoicale patologica, individuata mediante il test SCL-90R.

MATERIALI E METODI

Il campione della nostra ricerca è rappresentato da 87 pazienti che costituiscono il totale delle prime visite effettuate nel periodo compreso tra settembre 2005 e luglio 2006 presso il Servizio Speciale di Psichiatria e Psicoterapia del Policlinico Umberto I di Roma.

Sulla base della finalità di questa ricerca (valutazione della dimensione paranoicale all'interno della popolazione generale degli utenti di un servizio psichiatrico ambulatoriale) non è stata effettuata alcuna selezione sul campione dei pazienti salvo il consenso, da parte dei pazienti, all'utilizzo dei loro dati a fini di ricerca secondo la vigente normativa in tema di trattamento dei dati personali.

A ciascuno degli 87 pazienti è stata somministrata la scala multidimensionale per l'autovalutazione della sintomatologia psichiatrica SCL-90R (17) in occasione del primo colloquio.

Abbiamo scelto questa scala in quanto, essendo auto-somministrata, fornisce una descrizione puntuale di come il paziente percepisce e racconta il proprio malessere prima di qualsiasi interazione con lo psichiatra (il test è stato somministrato prima della visita); inoltre, si tratta di una scala ampiamente utilizzata dagli operatori psichiatrici in ambito internazionale. La SCL-90R è una scala composta da 90 item suddivisi in 9 cluster che corrispondono a 9 dimensioni sintomatiche primarie: somatizzazione; ossessività-compulsività; sensibilità interpersonale; depressione; ansia; rabbia-ostilità; ansia fobica; ideazione paranoide; psicoticismo.

Dopo la somministrazione del test ciascun paziente è stato sottoposto a una prima visita sviluppata nel corso di tre colloqui avvenuti con cadenza settimanale, condotta da medici specialisti o specializzandi adeguatamente formati a tale scopo, durante la quale è stata effettuata:

1. un'accurata raccolta anamnestica;
2. una valutazione diagnostica basata sui criteri del DSM-IV-TR (18) utilizzando lo strumento della Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis e Axis II Disorder (SCID I-II) (19,20);
3. una valutazione diagnostica di tipo psicodinamico sulla base del modello del colloquio psichiatrico di impostazione psicodinamica di Gabbard (6).

Ciascuna diagnosi è stata poi discussa all'interno di supervisioni cliniche.

I dati ottenuti in questa prima fase sono stati analizzati mediante il software SPSS (21).

Il software è stato utilizzato innanzitutto per effet-

tuare un'analisi statistica descrittiva del totale del campione per ogni singola variabile sociodemografica, poi per valutare la percentuale all'interno del campione che manifestava una dimensione paranoicale patologica all'SCL-90 e, infine, per valutare eventuali correlazioni statisticamente significative (coefficiente di Pearson) per ciò che riguarda la distribuzione di tale dimensione all'interno delle varie diagnosi categoriali da noi poste a confronto e relazioni significative rispetto alle variabili sociodemografiche del campione mediante ANOVA.

L'ANOVA è un insieme di tecniche statistiche finalizzate alla verifica di ipotesi ovvero al confronto tra due o più gruppi. Il vantaggio rispetto ai test di significatività quali Chi quadro e T di Student è che essa permette il confronto fra i dati relativi tenendo conto della variabilità interna a questi gruppi e della variabilità fra i gruppi stessi. Nel nostro caso la sua utilizzazione si è oltremodo resa necessaria in relazione alla non significatività del campione preso in esame rispetto alla popolazione generale, a causa delle limitazioni di carattere metodologico e di reclutamento dei pazienti.

I limiti di questo studio sono i seguenti:

- il campione non è rappresentativo della popolazione generale e non è stato randomizzato;
- la non omogenea distribuzione del campione da un punto di vista diagnostico;
- le scale autosomministrate risentono comunque di elementi legati alla soggettività di chi le compila e a eventuali tentativi di manipolazione;
- la limitata numerosità del campione.

RISULTATI

Dal totale del campione (n=87) sono stati esclusi 13 pazienti che non hanno completato il test SCL-90R.

Dei restanti 74, ben 41, pari al 55,4%, hanno manifestato valori superiori al cut-off nella scala "dimensione paranoicale" della SCL-90R (**Tabella 1**).

Questo valore sembrerebbe in linea con quelli degli studi citati precedentemente e qui di seguito riassunti (**Tabella 2**).

Per quanto concerne le caratteristiche sociodemografiche di questa sottoclasse, emerge una maggior fre-

Tabella 1. Pazienti con valore superiore al cut-off nella scala "dimensione paranoicale" della SCL-90R

Dimensione paranoicale	N pz	Percentuale (%)
patologica	41	55,4
non patologica	33	44,6

Tabella 2. Riassunto dei principali studi clinici sulla frequenza della dimensione paranoicale

Studi	Campione tot	Percentuale (%) con dimensione paranoicale patologica
Ellett, et al. (11)	324	50
Freeman, et al. (12)	327	50
Freeman, et al. (13)	1202	33
Martin (16)	193	40

quenza per il sesso femminile che presenta, inoltre, in media una dimensione paranoicale più marcatamente patologica (**Tabella 3**).

Per quanto riguarda lo stato civile si tratta più frequentemente di soggetti single e con minor frequenza coniugati. Inoltre, la dimensione paranoicale è più accentuata proprio nei soggetti single. Questo dato, con le dovute cautele vista la scarsa numerosità del campione, potrebbe essere letto come una difficoltà a mantenere rapporti stabili e “invasivi” da parte di questi soggetti (**Tabella 4**).

Il grado di istruzione è mediamente elevato, infatti nel 68% dei casi si tratta di soggetti che hanno conseguito il titolo di diploma superiore, mentre solamente il 10% si è fermato alle medie inferiori. È interessante notare come l'intensità della dimensione paranoicale si accentui in maniera direttamente proporzionale all'aumentare del titolo di studio. Questo dato fa pensare che non vi sia alcuna correlazione tra il livello di istruzione e la dimensione paranoicale,

Tabella 3. Dimensione paranoicale e sesso

Sesso	Media	N	Percentuale (%)
femmina	76,1448	25	60
maschio	68,9744	16	40

Tabella 4. Dimensione paranoicale e stato civile

Stato civile	Media	N	Percentuale (%)
single	77,5064	22	54
coniugato/a	70,6967	12	29
vedovo/a	65,0000	1	2,4
separato/a	64,7850	6	14,6

anzi semmai sembrerebbe emergere una correlazione inversa anche se nulla può essere affermato con certezza in tal senso vista l'esiguità del campione (**Tabella 5**).

Per quanto riguarda il tipo di invio, nel 51% dei casi la richiesta di accesso al servizio è diretta, nel 32% dei casi l'invio proviene dall'area psichiatrica, mentre solamente il 17% proviene dall'area medica. Si tratterebbe, quindi, vista l'alta percentuale di richieste dirette (51%), di soggetti che percepiscono una condizione di disagio seppure il più delle volte non correlata soggettivamente ai vissuti paranoicali (**Tabella 6**). Nella gran parte dei casi, infatti, la richiesta di intervento non riguarda il vissuto paranoicale, bensì condizioni di disagio riferibili a sintomi ansiosi e depressivi.

Per quanto riguarda i precedenti psichiatrici, nel 32% dei casi i pazienti avevano già effettuato una farmacoterapia, nel 24% dei casi una psicoterapia, mentre nel 32% dei casi sono al primo contatto con l'ambiente psichiatrico (**Tabella 7**).

Tabella 5. Dimensione paranoicale e scolarità

Scolarità	Media	N	Percentuale (%)
media inferiore	67,6900	4	10
media superiore	73,9961	28	68
corso professionale	61,2100	1	2,4
laurea	75,4188	8	19,6

Tabella 6. Dimensione paranoicale e tipo di invio

Tipo di invio	Media	N	Percentuale (%)
richiesta diretta	74,2548	21	51
area medica	77,4400	7	17
area psichiatrica	69,6754	13	32

Tabella 7. Dimensione paranoicale e precedenti trattamenti

Precedenti trattamenti	Media	N	Percentuale (%)
nessuno	74,4700	13	32
psicoterapia	78,2060	10	24
farmacoterapia	67,4146	13	32
psicoter+farmacoter	76,1300	5	12

Per quanto concerne le diagnosi categoriali secondo i criteri del DSM-IV-TR, quelle poste più frequentemente riguardando i Disturbi dell'Umore (40%) e i disturbi d'ansia (37%) (**Tabella 8**), ma, non essendo le diagnosi ugualmente rappresentate all'interno del campione, risulta difficile estrapolare alcun tipo di riflessione da questo dato se non appunto il fatto che la dimensione paranoicale si presenta nell'ambito di categorie nosografiche profondamente diverse l'una dall'altra e che nella stragrande maggioranza dei casi rimane latente o comunque non dominante sul piano sintomatologico. O più genericamente non è il vissuto paranoicale che direttamente spinge il soggetto a formulare una richiesta di cura.

Infatti, la percentuale di pazienti con dimensioni paranoicale superiore al cut-off (55,4%) è di gran lunga superiore alla percentuale di diagnosi DSM-IV di disturbo delirante e di disturbo paranoide di personalità (4%), ovvero quelle diagnosi che prendono direttamente ed esplicitamente in considerazione gli aspetti paranoicali (**Tabella 9**).

Tale dato sembrerebbe poter essere letto come un elemento a favore dell'ipotesi che la dimensione paranoicale sia molto più frequente di quanto si potrebbe dedurre limitandosi a valutare il numero di diagnosi categoriali poste e a favore della sua presunta transnosograficità.

Dal confronto tra i gruppi di pazienti con punteggio nella scala "dimensione paranoicale" della SCL-90R rispettivamente normale e patologico (cut-off=60), i risultati dell'ANOVA per le caratteristiche sociodemografiche non hanno mostrato dati tendenti a evidenziare l'eventualità di una correlazione statisticamente significativa tra i 6 fattori presi in esame (sesso, età, stato civile, scolarità, professione, prece-

Tabella 9. Confronto tra diagnosi e dimensione paranoicale superiore al cut-off

Diagnosi	N pz	Percentuale (%)
Pz con dimensione paranoicale superiore al cut-off	41	55,4
Pz con diagnosi di "disturbo delirante" o "disturbo paranoide di personalità"	3	4

denti trattamenti) e il punteggio relativo ottenuto alla SCL-90R.

Purtuttavia, i dati ottenuti deporrebbero a favore del peso relativo che il fattore professione e precedenti trattamenti avrebbero sull'entità del punteggio ottenuto alla SCL-90R sulla dimensione paranoicale. Emergerebbe, infatti, per entrambe le variabili un trend positivo per quanto riguarda il sottogruppo di pazienti con punteggio normale alla SCL-90 sulla dimensione paranoicale che non raggiunge, però, la significatività statistica.

CONCLUSIONI

I risultati ottenuti dall'analisi del nostro campione sembrerebbero in linea con quelli riportati dalla letteratura in materia sia per quanto concerne l'elevata frequenza della dimensione paranoicale nella popolazione psichiatrica sia riguardo alla sua transnosograficità. Infatti, tra i 74 pazienti che hanno compilato correttamente la SCL-90R, il 55% ha presentato un valore superiore al cut-off per quanto riguarda la dimensione paranoi-

Tabella 8. Correlazioni tra diagnosi e dimensione paranoicale (SCL-90R) all'interno della sottoclasse di 41 pz

Diagnosi DSM	Media dimensione paranoicale	N pz	Percentuale (%)
Disturbi d'ansia	76,4093	15	37
Disturbi dell'umore	70,2863	16	40
Schizofrenia e altri disturbi psicotici	65,0000	1	2
Demenza	72,5800	1	2
Disturbi del comportamento alimentare	79,0600	1	2
Disturbi pers. cluster A	71,3167	3	7
Disturbi pers. cluster B	76,4750	4	10
Totale	73,3466	41	100

cale, mentre solamente il 4% di questi è stato inquadrato sul piano diagnostico nel versante paranoicale (disturbo delirante e disturbo paranoide di personalità). Questi dati sembrerebbero rappresentare un elemento a favore dell'ipotesi dell'elevata frequenza della dimensione paranoicale e della sua elevata distribuzione trasversale rispetto alle diagnosi categoriali poste.

In linea di massima nel gruppo di pazienti reclutati, le variabili sociodemografiche non sono in grado di spiegare la variabilità dei punteggi ottenuti alla SCL-90 sulla dimensione paranoicale; ciononostante è stata messa in luce la possibilità di un'influenza esercitata dalle variabili "professione" e "precedenti trattamenti" sul punteggio ottenuto alla SCL-90 nel sottogruppo di pazienti con valori inferiori al cut-off, che andrebbe tuttavia meglio indagato in campioni più ampi, stratificati e quanto più significativi rispetto alla popolazione generale.

Vorremmo permetterci, in conclusione, di formulare un tentativo di lettura in chiave psicodinamica dell'aspetto legato alla transnosograficità.

La dimensione paranoicale potrebbe rappresentare una modalità "aspecifica" nel senso di non esclusiva di una specifica patologia, e per questo presente in diversi quadri morbosi, di rapportarsi alla realtà interumana circostante con un atteggiamento difensivo e interpretativo, spiegabile forse partendo dal presupposto che vi sia una continua e costante sensazione di danno imminente, non nel senso del pericolo aspecifico tipico dei quadri di ansia, bensì nel senso di un potenziale elemento lesivo proveniente da altri esseri umani con cui il soggetto di volta in volta si mette in relazione.

Tale modalità, sulla base di diverse variabili che andrebbero ulteriormente esplorate, potrebbe poi benissimo non arrivare a strutturarsi in un franco processo paranoico.

Questa modalità investirebbe, seppur con diversa intensità, la sfera affettiva e relazionale del paziente e pertanto si paleserebbe non tanto in assenza di rapporto così come avviene nell'ansia e nella depressione, bensì proprio nell'ambito di un rapporto vissuto come "invasivo". Fintanto che il soggetto riesce a mantenere una "distanza di sicurezza" nel rapporto stesso, tale modalità, seppur presente, non verrebbe a emergere sul piano del pensiero cosciente e del comportamento e pertanto rimarrebbe latente, difficilmente esplorabile (22).

Dimensioni come quelle dell'ansia e della depressione possono essere considerate vissuti soggettivi non covati ma direttamente espressi e pertanto più facilmente individuabili durante un colloquio psichiatrico; la dimensione paranoicale, invece, per quanto visto sopra avrebbe in sé i caratteri della latenza e il meccanismo fondamentale su cui si fonda è quello della "proiezione", meccanismo questo che necessita dell'"altro"

per potersi esplicitare e in particolar modo quanto più l'"altro rifiuta la "distanza" imposta tanto più tale dimensione, da latente che era, si palesa, elicitata dal rapporto interumano.

Per queste ragioni, la dimensione paranoicale, seppur frequente, risulterebbe essere più difficilmente esplorabile all'interno del colloquio psichiatrico ma non per questo meno insidiosa di altre in quanto se non adeguatamente presa in considerazione pone dei seri limiti a un'efficace engagement e assessment terapeutico e rappresenta un fattore che di per sé amplifica il rischio della scarsa compliance terapeutica se non addirittura, molto frequentemente, del drop-out.

BIBLIOGRAFIA

1. Freeman E: Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 2007, 27, 425-457.
2. Melzer D, Tom B, Brugha TS: Common mental disorder symptom counts in populations: are there distinct case group above epidemiological cut-offs? *Psychological Medicine*, 2002, 32, 1195-1201.
3. Christenson R, Blazer D: Epidemiology of persecutory ideation in an elderly population in the community. *American Journal of Psychiatry* 1984, 141, 1088-1091.
4. Eaton W, Romanoski A, Anthony JC, Nestadt G: Screening for psychosis in the general population with a self report interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1991, 179, 689-693.
5. Rossler W, Riecher-Rossler A, Angst J, Murray R, Gamma A, Eich D, et al.: Psychotic experiences in the general population: a twenty-year prospective community study. *Schizophrenia Research*, 2007, 92, 1-14.
6. Gabbard GO: *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2002.
7. Drake R, Pickles A, Bentall R, Kindermann P: The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychological Medicine*, 2004, 34, 285-292.
8. Pancheri P: Approccio dimensionale e approccio categoriale alla diagnosi psichiatrica. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 1995, 1, 8-23.
9. Magaro PA: *Cognition in schizophrenia and paranoia: the integration of cognitive processes*. Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1980.
10. Meissner W: *The paranoid process*. Aronson, New York, 1978.
11. Ellett L, Lopes B, Chadwick P: Paranoia in a nonclinical population of college students. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2003, 191, 425-430.
12. Freeman D: The psychology of persecutory ideation I: a questionnaire survey. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2005, 193, 302-308.
13. Freeman D: Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *British Journal of Psychiatry*, 2005, 186, 427-435.
14. Johns L: Prevalence and correlates of self-reported psychotic symptoms in british population. *British Journal of Psychiatry*, 2004, 185, 298-305.
15. Van Os J: Diagnosis and classification of schizophrenia: categories versus dimensions, distributions versus disease. In: Murray RM, et al. (eds.) *The epidemiology of schizophrenia*. Cambridge University Press, Cambridge, 2003.

16. Martin J, Penn D: Social cognition and subclinical paranoid ideation. *British Journal of Clinical Psychology*, 2001, 40, 261-265.
17. Derogatis LR: *Symptom Checklist-90 Manual*. John Hopkins University Press, Baltimore, 1997.
18. AAVV: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-TR*. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.
19. Mazzi F, Morosini P, De Girolamo G, Lussetti M, Guaraldi GP: *SCID-I, ed. italiana*, 2000.
20. Mazzi F, Morosini P, De Girolamo G, Guaraldi GP: *SCID-II, ed. italiana*, 2003.
21. Norusis MS: *SPSS 13.0 for Windows*, SPSS Chicago: Inc 2004.
22. Armando M, Di Agostino C, Fiori Nastro P: Alla ricerca dell'oggetto. Un confronto tra visita medica e visita psichiatrica. *Il Sogno della Farfalla*, 2003, 4, 50-64.