



# *el rescate y la memoria*

## Un breve recorrido histórico acerca del concepto de paranoia

**Leonardo Tondo**

*Departamento de Psiquiatría, Harvard Medical School, Boston.  
Centros Lucio Bini para los Trastornos del Ánimo, Cagliari y Roma, Italia;  
International Consortium for Bipolar & Psychotic Disorders Research, Boston, EE.UU.  
E-mail: Ltondo@aol.com*

**Pier Angelo Vaccotto**

*Carrera de Psiquiatría con Sistema de Residencias,  
Fundación Morra para el Progreso de la Psiquiatría, Córdoba, Argentina.*

**Gustavo H. Vázquez**

*International Consortium for Bipolar & Psychotic Disorders Research, Boston, EE.UU.  
Departamento de Psiquiatría, Queen's University, Kingston, Ontario, Canadá.*

---

### **Resumen**

Desde los griegos antiguos (V a III siglos A.C.), pasando por Hipócrates hasta el médico romano Aulo Cornelio Celso (I siglo), se emplea el término paranoia como una manifestación de enfermedad mental. Después de muchos siglos, Robert Burton en 1621 introduce el mismo concepto pero con un significado más moderno. Solamente con Heinroth (1818) el síndrome entra en la descripción nosológica psiquiátrica como un trastorno del pensamiento sin alteraciones de la sensopercepción. La psiquiatría francesa y alemana están de acuerdo sobre el concepto de paranoia como una psicosis parcial con un nivel de funcionamiento conservado y con ausencia de deterioro. Con este significado el término paranoia se introduce en la psiquiatría moderna gracias a Kahlbaum (1863). Jasper contribuye con la introducción del desarrollo paranoico que puede ser influenciado por el ambiente y las experiencias previas (1910). Pero a Kraepelin (1921) le debemos la descripción más precisa a partir de un ensayo específico basado en su experiencia clínica. El psiquiatra alemán habla de un componente psicógeno y de uno más biológico. En las clasificaciones psiquiátricas modernas el síndrome va desapareciendo gradualmente para ser englobado en el trastorno delirante, claramente distinto de la esquizofrenia, pero solo si los delirios son comprensibles. Las consecuencias de la ausencia del reconocimiento diagnóstico preciso implican que no haya una investigación específica sobre este síndrome y que nos encontremos con dificultades a la hora de desarrollar tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos adecuados.

**Palabras clave:** CIE - DSM - Delirio - Historia de la psiquiatría - Paranoia.

## A BRIEF HISTORICAL APPROACH ABOUT THE CONCEPT OF PARANOIA

**Abstract**

From the ancient Greeks (V to III centuries BC), through Hippocrates to the Roman physician Aulo Cornelius Celso (I century), the term paranoia has been used as a manifestation of mental illness. After many centuries, Robert Burton in 1621 introduces the concept with a more modern meaning. Only with Heinroth (1818) the syndrome enters into the psychiatric nosology as a disorder of thought with unaltered perceptions. French and German psychiatry agree on the concept of paranoia as a partial psychosis with a maintained level of functioning and absence of deterioration. With this meaning the term is introduced in the modern psychiatry in Kahlbaum's work (1863). Jasper contributes with the introduction of paranoid development that can be influenced by the environment or previous experiences (1910). But to Kraepelin (1921) is owed the most precise description in a specific essay based on his clinical experience. The German psychiatrist speaks of both a psychogenic and a more biological component. In modern psychiatric classifications gradually the syndrome has disappeared and encompassed in the generic delusional disorder, clearly distinct from schizophrenia, and only if the delusions are understandable. The consequences of the absence of a diagnostic recognition implies that there is no specific research on this syndrome with difficulties in developing psychotherapeutic and pharmacological treatments.

**Keywords:** CIE - DSM - Delusion - History of psychiatry - Paranoia.

En los escritos de los filósofos y de los dramaturgos griegos del siglo V al III A.C. se hablaba ya de paranoia (para=fuera y noia= mente racional) como una condición de locura. Hipócrates aplicó el término al delirium asociado a la fiebre alta, pero otros autores lo reservaron para definir a la locura y a condiciones demenciales. El término fue introducido en la lengua latina por Aulo Cornelio Celso en el siglo I D.C. (7).

Pasaron varios siglos hasta que Robert Burton, en su *Anatomía de la melancolía* (*Anatomy of Melancholy*, 1621) (8), describió los síntomas típicos de la paranoia asociados a la depresión en personas "... que no salen de sus casas por miedo de ver el diablo en cada perro o en un gato negro, ladrones, brujas, o cualquier persona que pudiera hacerles algún mal", "son personas sabias, fiables y discretas".

Después de ciento cincuenta años el término paranoia reapareció con un significado cercano al de la demencia actual, en la descripción de las enfermedades psiquiátricas de la *Nosología Metódica* (1763) de Boissier de Sauvages; y, poco después, también en las descripciones de las *Academicae Praelectiones* (1772) de Vogel.

La entrada en la descripción nosológica psiquiátrica se debe a Heinroth, quien la menciona en su *Manual de los Trastornos de la Vida Mental* (*Lehrbuch der Storungen des Seelenlebens*, 1818) donde, por otra parte, aparece por primera vez la palabra "psiquiatría" acuñada en 1808 por Reil (1759-1813) (16). Heinroth considera a la paranoia como un trastorno del intelecto, de la racionalidad, pero con la voluntad y los sentimientos conservados. Los casos que él define como "puros", aunque son raros, tienen la característica de poseer "una sola idea falsa responsable de una grave distorsión de las relaciones con el mundo externo". Heinroth reconoce en la paranoia una exaltación de la facultad del pensamiento, con perversiones de los conceptos pero sin alteración de las percepciones, un punto fundamental que persistirá hasta nuestros días. La precisión alemana se refleja también en la división de la paranoia en *simplex* y *catholica* (en el significado general) que refieren a las características de personalidad que la preceden, a su ini-

cio y su desarrollo que presentan elementos que parecen la base de los sucesivos diagnósticos de esquizofrenia pero con trastornos del pensamiento prevalentes. En su forma *simplex*, Heinroth describe un trastorno que interesa al mundo sensorial (*Wahnwitz*), caracterizado por lo que se denominará posteriormente percepciones delirantes; o por una alteración del mundo metafísico o inteligible (*Alberwitz*), que se asemeja a la presencia de delirios místicos e infinitos, o por un problema severo en las facultades intelectuales que refieren a la misma persona (*Narrheit*), que se manifestaría en delirios de grandeza o de filiación.

La idea de una locura parcial fue muy usada por los alienistas franceses a partir de Pinel quien describe la manía (entendida como una forma de excitación) con o sin delirio. Esta segunda variante clínica introduce la idea de una locura parcial en donde las personas pueden tener muchas de sus capacidades intelectuales conservadas a excepción de una parte alterada; concepto que se transforma después en la esencia de la paranoia. Su alumno favorito, Esquirol, adopta ese punto de vista en un tratado de las *Enfermedades Mentales* consideradas en sus aspectos médicos, higiénicos y médico-legales (*Des Maladies Mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, 1838) (9). Es interesante que este tratado debía ser publicado en 1813, pero en realidad verá la luz recién veinticinco años más tarde y solo gracias a la intervención de un médico de Dresden, el Dr. Karl Christian Hille, que transforma los apuntes del colega francés en un libro famoso. La publicación en alemán le ayudará significativamente a tener una mayor difusión. Esquirol, en su descripción de la monomanía, indicaría que la paranoia tendría la característica de interesar sólo parcialmente las actividades mentales y la distingue de la manía (o locura total) que por su parte incluye una mayor actividad. En la monomanía se partiría de una sola idea falsa a través de un razonamiento lógico (en la mente del afectado) para llegar a la formación de un delirio sistematizado; pero los mismos individuos más allá de los ámbitos afectados por el delirio "razonan y actúan como los demás seres

humanos". Se esboza así a la entidad nosológica conocida como paranoia como se la entiende desde los años 1870 hasta 1987.

En *Nuevas Contribuciones a la Fisiología y Patología del Cerebro* (Neue Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Gehirns, 1844) (10), Griesinger combina el aspecto dimensional de la Psicosis Unitaria -como una progresión de una monomanía a un delirio prevalente para seguir con una manía crónica hasta el deterioro de la personalidad- con las categorías definidas e individuales de las formas generales de locura de Esquirol. Según el autor, un positivista "avant la lettre", se debía superar el "romanticismo" psiquiátrico (crítica dirigida a Heinroth) que se focalizaba en el origen espiritual de las enfermedades psiquiátricas. Sin embargo, la descripción de la paranoia de Griesinger<sup>1</sup> es similar a aquella de Heinroth, en cuanto a que la consideraba como "ideas delirantes persistentes e ilógicas derivadas de una excesiva autoestima que se refieren solo al sentido de sí mismo, pero que después alienan el sujeto mismo". La ausencia del deterioro prepara el camino para la introducción en la psiquiatría moderna del término paranoia que le debemos a Kahlbaum a partir de una disertación realizada para su habilitación como profesor en la universidad de Königsberg (aunque finalmente nunca tuvo una posición académica) en donde presentaba más de cien enfermedades mentales. El título era *Clasificaciones de las Enfermedades Psíquicas* (Gruppierung der Psychischen Krankheit und die Einteilung der Seelenstörung, 1863) (12) con el ambicioso subtítulo de *Tentativa de proponer un fundamento empírico y científico a la psiquiatría como disciplina clínica* (Versuch zur Anbahnung in empirisch-naturwissenschaftlichen Grundlage der Psychiatrie als klinischer Disziplin).

En su elaborada disertación, Kahlbaum incluye la paranoia en el grupo de las *Vecordiae* (Locuras parciales) en donde los síntomas de la enfermedad permanecen más o menos estables y restringidos al intelecto o al pensamiento, durante toda la vida, sin influenciar la conducta. Su concepto de paranoia viene subdividido en tres periodos: ascenso, en donde la persona afirma ser algo distinto de aquello que es; descenso, en donde la persona piensa que está siendo perseguida o poseída; e inmoto, en donde se presenta una hipersensibilidad a los estímulos, y alucinaciones.

Para Snell, un individuo afectado por la paranoia será capaz de estudiar y llevar a cabo actividades y finalizarlas, pero sus capacidades intelectuales están debilitadas o son absorbidos por la ideación delirante aunque sin que el individuo se convierta del todo en una persona enferma. Una posición compartida también por Krafft-Ebing, el famoso autor de *Psicopatías Sexuales*, quien afirma que los delirios son los elementos esenciales de la paranoia (1869), no son similares a los de la manía y de la depresión, sino que constituyen entidades inde-

pendientes del humor y poseen una organización con una construcción delirante ordenada. Los delirios serían entonces la consecuencia de los juicios equivocados o de los errores perceptivos.

En 1892 sale publicada póstumamente la quinta edición del tratado de Griesinger, a cargo de Levinstein-Schlegel en donde, entre otros, se distingue como en Kahlbaum, la forma depresiva (delirios de ser observados o perseguidos) de aquella forma expansiva (megalomanía y querulomanía).

Westphal, siguiendo a Griesinger en la cátedra de psiquiatría de Berlín, expande el concepto de paranoia, incluyendo también la forma aguda y transitoria que devendrá después en la bouffée delirante de los autores franceses. En aquellos años, Schüle considera la paranoia como un cuadro separado de otras perturbaciones; del mismo modo en su carrera reconoce, al igual que Heinroth, una naturaleza psicológica (no orgánica) basada en el mismo pensamiento y explicable solo a partir de la psicología. La contribución importante que realiza a la causa está en la "doble personalidad" cuando escribe casi poéticamente: "se verifica una verdadera división de la persona y por debajo, un mundo doble, con cada uno de los cuales el individuo tiene familiaridad pero en ninguno de los dos se siente como en su casa"

La división de la personalidad será la base para la descripción posterior de la esquizofrenia. Se habla después de una psicosis psicogénica (o reactiva) y es Wimmer quien la describe por primera vez en 1916, reconociendo que la reacción paranoide es muy frecuente y este autor cree que sea en efecto, una paranoia reactiva (su texto, originariamente en danés, fue publicado en inglés recién en el año 2003). La importancia de su contribución está en la atribución de una psicogenicidad al trastorno delirante. La teoría del desarrollo paranoide y de la reacción patológica a un evento también es compartida por Adolf Meyer en los Estados Unidos.

La tentativa de Werner en *La Paranoia* (Die Paranoia, 1891) es restringir el término inicial a una forma simple más homogénea y más similar entre las diversas personas y distinguirlas de aquellas otras formas alucinatorias que se presentaban en otros trastornos delirantes crónicos. También Jaspers contribuye y limita el significado de paranoia en su artículo sobre el celo morbos delirante (1910). Su posición es excluirla de los trastornos comprensibles psicológicamente y del llamado desarrollo paranoico que había recibido un cierto ímpetu por parte de Gaupp en sus artículos sobre el caso del homicida y pirómano serial Ernest Wagner. Su hipótesis, esencialmente psicógena, es que una psicosis paranoide puede ser el resultado de una experiencia grave del individuo sobre la base de personalidad sensible (predispuesta), como reconoce también Kretschmer en el 1918. Para este último autor, el delirio paranoide puede derivar de aspectos de una personalidad sensible, sospechosa,

<sup>1</sup> En la edición de 1844 de su libro Griesinger emplea el término *Verrucktheit*, la cual solo puede ser secundaria y aún no la equipara con la paranoia, será luego de que Kahlbaum defina la paranoia como *Vecordia intelectual* que Griesinger aceptará la posibilidad de una "primare *Verrucktheit*", en consonancia con la paranoia.

escrupulosa, quisquillosa, pesimista con una experiencia de un conflicto existencial entre fuertes sentimientos de insuficiencia y un sentimiento de auto-importancia que no encuentra respuesta en la realidad circundante, como si se tratara de un complejo de inferioridad.

Este conflicto resurgiría fundamentalmente en asociación con una experiencia clave de vida como delirios de referencia y de persecución en relación a momentos críticos del pasado del individuo (11, 13, 14). Jaspers ofrece al mundo de la psiquiatría muchos conceptos que después no serán desarrollados, abriendo la caja de Pandora a definiciones no sostenidas por una estructura suficiente de distinciones. Su concepto de comprensibilidad psicológica permanece igual que en la paranoia clásica y debería ser incluida en el desarrollo paranoide (reactivo).

Sin embargo la absorción del síndrome (y su desaparición) no se verifica porque la paranoia se demuestra inmune de este peligro y se mantiene como diagnóstico, no obstante las tentativas de ser englobada en las psicosis delirantes crónicas o en las esquizofrenias de Bleuler. Este último la inserta en su tercer edición de su manual (1920) pero la considera sobre una base puramente psicógena, un síndrome neurótico y una reacción psicológica, confirmando, al mismo tiempo, la integridad del pensamiento y del curso de las ideas y la presencia de aquel delirio sistematizado que vuelve también complicado el diagnóstico.

Los mismos pacientes saben que deben tener a raya sus ideas y si aceptan una consulta a un especialista, su intento es que se certifique una ausencia de enfermedad. Bleuler, que considera injustificada una categoría diagnóstica así de rara la insertará en el grupo más nutrido de la esquizofrenia.

La posición psicológica viene también compartida por Otto Kant en dos artículos del 1927 y 1929 en donde considera la paranoia sólo desde un punto de vista psicodinámico (no como una psicosis degenerativa o endógena). Su punto de vista es que el pensamiento paranoide se vuelve comprensible dentro de la teoría de la personalidad, agregando, que no puede ser olvidada una predisposición biológica sobre la cual el delirio se apoya.

Clérambault y Baruk diferencian dos grupos de delirios crónicos, uno con ideas interpretativas (persecución) y el otro con ideas pasionales (erotománico, querulante, de celos). Los primeros representarían una experiencia defensiva y pasiva con un debut insidioso, una constante expectativa de un posible daño en sus confrontaciones y características de continua sospecha, mientras aquellos delirios pasionales serían más caracterizados de un empuje activo y motivante en un estado de continuo esfuerzo y búsqueda casi de tipo maniaca.

A Kraepelin se le debe la más precisa descripción de la paranoia (Kraepelin 1921), basada en su observación clínica y sus nociones de Kahlbaum (7, 15,16). Los criterios de trastornos son gradualmente modificados durante las ocho ediciones de su manual de psiquiatría (la novena será completada póstumamente por uno de sus alumnos). En el compendio inicial (1883) se la menciona apenas, así como en el segundo (1887) y en el ter-

cer (1889). En la cuarta edición (1893) se habla de un “desarrollo crónico de un sistema persistente delirante con presencia normal de la mente”. En la quinta edición (1896) se desarrolla el tema de su incurabilidad, del inicio lento e insidioso que continúa con un curso crónico. El autor describe un período de preparación con premoniciones y conjeturas, así como de una personalidad predisponente de la que también habla Kretschmer. Algunos enfermos hablan con mucha circunspección de sus ideas, otros, raramente, pueden consultar un especialista solo para preguntar si son adecuadas o no. Otras descripciones se encuentran en la edición del 1889 de su tratado, pero para ese momento el diagnóstico ya es largamente conocido en Europa y al otro lado del Atlántico (7).

Probablemente su contribución más importante es la diferenciación de la demencia paranoide (con deterioro de la personalidad), de la parafrenia (que incluye alucinaciones), de los estados delirantes emotivos (psicosis, delirio querulante o de reivindicación de carácter emotivo), del desarrollo paranoide (conectado a una ocasión externa definida) y de la psicosis paranoide, una categoría residual para los pacientes que no entraban en las otras categorías. Después de tantas elaboraciones, Kraepelin, en 1921, prueba aislar una enfermedad psiquiátrica con sus particularidades psicopatológicas y de evolución. También había diferenciado la paranoia de las crisis delirantes agudas y de las enfermedades maníaco-depresivas que podían considerarse como formas de paranoia abortiva, que no se desarrollan por completo, o como exacerbaciones paranoicas. Para los delirios psicogénicos (desencadenados por situaciones ambientales), el autor introduce una audaz teoría sobre sus posibles causas, y propone que estos delirios y la paranoia sean los extremos de una cadena donde pueden presentarse todos los eslabones posibles que la componen. Por lo tanto, no excluía formas leves de paranoia con base psicógena que al final pueden resultar curables o inofensivas. Se afirma, así, la presencia de una forma latente de paranoia que sólo en circunstancias particulares lleva al sistema delirante que “puede ser reportado a posteriori, si la situación que lo ha desencadenado es eliminada o sus efectos son compensados”. De este modo nos encontraríamos frente a una tendencia a la formación del delirio con ataques aislados y no con la progresión paranoica de un delirio. Un punto de vista de extraordinaria modernidad.

Kraepelin utiliza el término “paranoia” en sustitución de aquel más viejo de *Verrücktheit*, ideado por Kant en su *Antropología* del punto de vista pragmático (*Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*, 1798) con el significado de desplazamiento del centro de las percepciones. El término kantiano no indica la posibilidad de una incapacidad parcial, como ocurre en la paranoia. La primera preocupación de Kraepelin fue poder diferenciar las formas agudas y pasajeras llamadas paranoi-des (muy comunes en su hospital) y aquellas con una causa externa (alcoholismo o infecciones sifilíticas), de la forma crónica “desarrollada por causas puramente internas” (desconocidas), caracterizada por la presen-

cia de delirios organizados en un sistema delirante que lleva a una interpretación morbosa de eventos reales o a pseudos memorias sin un deterioro de las otras funciones, pero con un pronóstico desfavorable. Su observación se inicia con el delirio querulante (una persona que continuamente denuncia a los demás y que con frecuencia es bien conocida por las autoridades a las que recurre). Kraepelin sigue la tendencia de la psiquiatría alemana al agrupar en categorías a los trastornos mentales, a diferencia de la escuela francesa que describe "formas clínicas aisladas en el modo más vivido posible". Al mismo tiempo, tiene en cuenta las opiniones de sus colegas franceses que particularizan la presencia de una condición similar a la paranoia kraepeliniana con "delirio crónico y evolución sistemática" según Magnan, "psicosis sistematizada progresiva" de Régis, "delirio de imaginación" de Dupré, similar a la parafrenia sin alucinaciones pero con predominio de ideación rica y megalomaniaca, o "delirio de interpretación o de reivindicación" de Sérieux y Capgras. El primer tipo es caracterizado por las sospechas y la defensa, mientras el segundo por el fanatismo (delirio querulante, inventivo, idealista, mesiánico) (15).

En 1949, inspirándose en Bleuler, Kurt Schneider argumenta que la psicosis que se caracteriza por la presencia de un solo delirio en una estructura mental por el resto normal debe ser considerada un aspecto periférico de la esquizofrenia. La posibilidad de un espectro paranoide, que va desde la paranoia a la esquizofrenia paranoide, fue sugerida por Henderson y Gillespie en 1944.

En Gran Bretaña, en el tratado *Clinical Psychiatry* (1960) de Mayer-Gross, Slater y Roth, la paranoia es considerada como un síndrome de interés histórico. Mientras nueve años después, en la tercera edición del mismo tratado se reconoce el concepto de paranoia como un síndrome caracterizado por la presencia de un delirio sistematizado crónico. Winokur es responsable de la inclusión de la paranoia entre los delirios paranoides (18), y el grupo de Kendler sugiere una división entre los delirios con o sin alucinaciones (11). Munro, sobre la base de experiencias clínicas, llega a la misma conclusión que Kraepelin afirmando que la paranoia existente como condición por su propio derecho es rara, pero fácilmente diagnosticable, y también susceptible de tratamiento (13). El autor se declara satisfecho por la inclusión de la paranoia como un trastorno delirante dejando de lado la confusión existente entre trastorno

delirante paranoide con conservación del pensamiento lógico y los demás trastornos delirantes que, por su parte implican una desorganización cognitiva.

Toda esta extraordinaria discusión psiquiátrica desarrollada en el curso de dos siglos se encontrará con otras exigencias de tipo epidemiológico y práctico que llevaron en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-II) de la American Psychiatric Association (1), de 1968, a la fusión de la paranoia y la parafrenia en un estado paranoide y en el DSM-III (2) en los denominados trastornos paranoides.

En el DSM-III-R (3) y en el CID-10 de la Organización Mundial de la Salud (19) se incluye el término genérico Trastorno delirante (paranoide) claramente distinto de la esquizofrenia, sin que la enfermedad originaria sea citada. En el DSM-IV (4) se habla de Trastorno delirante presente con la condición de que el delirio no sea bizarro, vale decir posible aunque improbable (delirio querulante, celos, persecución o erotomanía) y la misma definición permanecerá sin cambios en el DSM-IV-TR (5) y en el DSM-5 (6).

Schifferdecker y Peters, un tanto irónicos y un poco cínicos, concluyen: "El complejo concepto de paranoia y su discusión, que ha durado cerca de 200 años, se reduce ahora a la cuestión de si los delirios son bizarros o no" (16).

Sería equivocado pensar que la distinción de la paranoia como una entidad nosológica en sí misma, sea solamente de naturaleza académica. Uno de los puntos a favor de su eliminación, compartida por muchos críticos, estaría en su baja prevalencia, la cual es solo aparente. A su vez los mismos autores reconocen que las personas con delirios paranoides difícilmente los reconocen y los aceptan, como se demuestra a partir de los resultados que surgen de los relevamientos epidemiológicos. La ausencia de una categoría específica no facilita la tarea a los trabajadores de la salud e impide notablemente la búsqueda y la información sobre un trastorno tan importante, ya que a menudo puede acompañarse con eventos criminales gravísimos como homicidios aislados o múltiples o incluso con actos de terrorismo. Es probable que un mayor conocimiento de los factores de riesgo psicológicos y sociales, así como un tratamiento psicológico o farmacológico en los primeros momentos del trastorno puedan impedir la progresión a las formas más severas (17).

Declaración de interés: los autores no declaran conflictos de interés en relación a este trabajo. ■



## Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association (1968). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II). Washington, D.C.: American Psychiatric Publications.
2. American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III). Washington, D.C., American Psychiatric Publications.
3. American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. revised) (DSM-III-R). Washington, D.C.: American Psychiatric Publications.
4. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV (DSM-IV). Washington, D.C., American Psychiatric Publications.
5. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-TR (DSM-IV-TR). Washington, D.C.: American Psychiatric Publications.
6. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington, D.C., American Psychiatric Publications.
7. Ban T (1996). Paranoia: Historical development of the diagnostic concept. In Symposium on History of Psychiatry, 10th World Psychiatry Congress, Madrid.
8. Burton R (1621 [1988]). The Anatomy of Melancholy. New York: Random House.
9. Esquirol D (1838 [2014]). Las enfermedades mentales consideradas en sus aspectos médicos, higiénicos y médico-legales. Tomos I y II. Buenos Aires: Polemos.
10. Griesinger W (1844). Neue Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Gehirns. Archiv für physiologische Heilkunde.
11. Grover S; Gupta N; Mattoo KS (2006). Delusional Disorders: An Overview. German Journal of Psychiatry, 9, pp.62–73.
12. Kahlbaum KL (1863 [2007]) Die Gruppierung der psychischen Krankheit und die Einteilung der Seelenstörung. Berlin: VDM Verlag.
13. Munro A (1999). Delusional Disorder. Paranoia and Related Illnesses. Cambridge: Cambridge University Press.
14. Sadock BJ; Sadock VA (2000). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Volume 1, New York: Lippincott Williams & Wilkins.
15. Salavert J et al (2003). El trastorno delirante. Revisando los aspectos de la paranoia. Rev Psiquiatría Fac Med Barna, 30, pp.304–313.
16. Schifferdecker M; Peters U.H (1995). The origin of the concept of paranoia. The Psychiatric clinics of North America, 18(2), pp.231–49.
17. Tondo L (2017). Qualcuno ce l'ha con me. Milano: Baldini & Castoldi.
18. Winokur G (1977). Delusional disorder (paranoia). Comprehensive Psychiatry, 18; 6: 511-521.
19. World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, World Health Organization.