

---

# Criteria per la diagnosi di gelosia patologica

## *The diagnosys of pathological jealousy: a criteria confrontation*

PRIMO LORENZI

Psicologia Clinica e Psicoterapia, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Firenze -  
Ospedale di Careggi, Firenze

**RIASSUNTO.** La gelosia è un sentimento ubiquitario e non necessariamente da considerare patologico. La ricerca di criteri che guidino il clinico ed il ricercatore nel discriminare fra normalità e patologica dell'esperienza è problema sentito ed affrontato fin dai pregevoli studi di de Clérambault.

L'Autore prende in rassegna gli studi sul tema apparsi sulla letteratura scientifica internazionale.

Partendo da una disamina di questi contributi vengono proposti dei criteri operativi utili a distinguere le forme patologiche di gelosia in tutte le possibili declinazioni cliniche.

**PAROLE CHIAVE:** gelosia, diagnosi, criteri operativi.

**SUMMARY.** Jealousy is an human experience, ubiquitous and not necessarily pathological. Search for criteria helping in detection of pathological variants has been considered very important since the de Clérambault interesting studies.

The Author takes into account the studies on this argument of the recent international literature. Departing from a critical analysis of these contributions simple operational criteria are proposed to detect pathological jealousy in all clinical declinations.

**KEY WORDS:** jealousy, diagnosys, operational criteria.

### INTRODUZIONE

La gelosia è prima di tutto un sentimento e, come tale, solo in alcune circostanze assume connotati di patologicità. Queste "circostanze" sono peraltro fortemente influenzate dai contesti storici e culturali (1, 2).

Possiamo descrivere la gelosia come un particolare sentimento che si manifesta:

- 1) con un particolare esperienza psichica centrata sui temi:
  - di minaccia ad una relazione considerata come essenziale per il soggetto che la vive. Su questo vissuto di minaccia e precarietà si possono poi inserire esperienze di privazione e di perdita con un "allure" potenzialmente depressiva;
  - di possibile infedeltà del partner che apre la strada ad esperienze di amor proprio ferito. Da qui posso-

no partire rivolte aggressive e rabbiose contro l'Altro amato ed anche contro la propria persona. Il tutto a configurare una potenzialità tendenzialmente paranoica (3);

- 2) con una vasta gamma di comportamenti che vanno da quelli maggiormente esecrati ad altri socialmente tollerati, accettati o financo implementati (**Tabella 1**).

È scopo di questo lavoro discutere i criteri (sia comportamentali che inerenti il vissuto soggettivo) che possano essere usati per conferire connotati di patologicità al sentimento della gelosia. Con questo intento verranno presi, in primo luogo, in considerazione i criteri provenienti dalla grande tradizione psicopatologica, in particolare francese (5, 6). Verranno anche valutati importanza e limiti connessi con la proposizione di una visione "dimensionale" del problema gelosia. Ed insieme, la necessità dell'uso di criteri categoriali che,

E-mail: p.lorenzi@dfc.unifi.it

con la loro “oggettività”, appaiono più confrontabili e trasmissibili. Partendo dai dati della letteratura verrà proposto un insieme operativamente capace di includere tutte le forme patologiche di gelosia.

**Tabella 1. - L'esperienza di gelosia**

<p><b>A)</b> Esperienza psichica su temi di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- infedeltà del partner</li> <li>- minaccia (da parte di terzi) ad una relazione importante per il soggetto</li> </ul> <p><b>B)</b> Comportamenti (agiti) connessi con le tematiche del punto A</p>
---

## LA TRADIZIONE PSICOPATOLOGICA E LA DIAGNOSI DI GELOSIA PATOLOGICA

Lo stato di gelosia, inteso anche nelle sue dimensioni “normali”, è una delle più tipiche esperienze passionali, a cui bene si adatta la definizione che, a suo tempo, fu coniata da de Clèrambault:

“...appétition ardente (a base d'affection ou de colère)... dont la flamme anime le subject d'une manière exclusive, continue, surexcite ses forces et tend à passés aux actes” (5).

È assai difficile tracciare una linea di demarcazione fra normalità e patologicità di una esperienza passionale. Già de Clèrambault aveva comunque cercato (5) di delineare dei criteri (che potremmo definire di tipo misto sia qualitativo che quantitativo) per definire i passaggi che portano una comune esperienza passionale ad assumere valenze psicopatologiche. Il pensiero di de Clèrambault ha costituito per molti decenni un punto di vista ineludibile sull'argomento e conserva a tutt'oggi una sua validità, almeno sul piano euristico. Cerchiamo di riassumerlo succintamente. Secondo l'Autore francese (5) una esperienza passionale si può considerare patologica quando:

- 1) sia quantitativamente abnorme, cioè di una intensità non corrispondente alle consuete risposte passionali proprie, per quella particolare situazione, del contesto socioambientale in cui il paziente vive;
- 2) abbia una abnorme persistenza. La cosa è da intendersi come una permanenza temporale della esperienza non corrispondente ad una “normalità” dettata dal contesto socio-ambientale;
- 3) presenti una tendenza verso la “incoercibilità” dei costrutti mentali che l'accompagnano. Ad esempio l'idea di una minaccia alla relazione (qualcuno insidia la fedeltà dell'Altro) e/o di infedeltà del partner (esiste il dubbio che l'Altro possa tradire) si radica così profondamente nello psichismo del paziente

che questi non riesce a scacciarla anche quando, per alcuni aspetti, la trovi assurda;

- 4) ovvero, infine, quando si rilevi una “impermeabilità” di fronte ad ogni confronto con la realtà che tenda ad attenuare, o a modificare alcune delle idee che sostanziano l'esperienza passionale stessa.

Volendo ricapitolare il pensiero di de Clèrambault si può dire che il geloso patologico si distingue dal normale per una esaltazione passionale prolungata nel tempo, con contenuti ideici coatti e vischiosi che tendono ad autoalimentarsi fino ad eliminare ogni “feedback” con la realtà. Il tutto si traduce, su un piano comportamentale in agiti irrispettosi ed oltraggiosi, spesso dispotici e brutali nei confronti dell'Altro.

I quattro criteri di de Clèrambault appaiono qualitativamente assai fini ed anche appropriati per un uso diagnostico. Qui è però evidente un portato soggettivo (inteso come impatto sulla rilevazione del fenomeno da parte del soggetto osservante) di indubbia rilevanza. Così appare assai difficile pensare ad una concordanza fra due osservatori riguardo il primo criterio (quantità abnorme). O anche riguardo al secondo (abnorme persistenza). I quattro criteri di de Clèrambault appaiono pertanto assai utili nel descrivere le caratteristiche del vissuto di gelosia e nel proporre degli schemi cui farsi guidare nella comprensione della esperienza. Valgono assai meno quando il nostro intento operativo sia quello di tracciare delle linee di cesura fra normalità e patologia. O anche, sopra tutto, quando si voglia individuare un campo omogeneo che raccolga un gruppo di fenomeni, con l'intento magari di confrontarlo con un altro gruppo (7).

Le caratteristiche della gelosia patologica tratte dal pensiero di de Clèrambault sono state usate anche per distinguere le “forme cliniche” all'interno del campo della gelosia patologica (6, 8).

Ricordiamo fra queste il Delirio di Gelosia (detto anche “sindrome di Otello”) che da Kraepelin (9) al DSM IV (10) viene considerato come uno dei più tipici paranoicali. In essa sono presenti tutti e quattro i criteri. Ed in particolare domina il quarto (impermeabilità nei confronti della realtà). Con il Delirio di Gelosia siamo di fronte alla variante di gelosia della Paranoia che ci propone una forma delirante pura, senza allucinazioni, né deterioramento di personalità, anzi spesso con il mantenimento di standard comportamentali e culturali consueti e socialmente accettabili (11) fatta eccezione naturalmente per la “nucleare” convinzione delirante di infedeltà. In questa forma clinica il delirio è coerentemente espresso, abilmente elaborati, e sopra tutto non ha le contraddizioni e bizzarrie dei deliri schizofrenici (12). Coerentemente con la concezione kraepeliniana esiste pertanto una netta li-

nea di confine tra tematiche di gelosia rilevabili in altri contesti psicopatologici (schizofrenia, disturbi affettivi, gravi disordini di personalità, alcoolismo...) e la forma paranoicale, a sua volta strettamente riconducibile alla "monomania di infedeltà" della psichiatria francese dell'800 (13).

Un'altra variante clinica della gelosia patologica è la Gelosia Ossessiva, descritta da Tanzi e Lugaro all'inizio del secolo (14), in cui le tematiche di gelosia acquistano le caratteristiche di un Disturbo Ossessivo Compulsivo (DSM IV). In questo quadro clinico manca il quarto dei criteri di patologicità descritta da de Clérambault (l'impermeabilità nei confronti della realtà). Nucleare è invece il "dubbio sulla infedeltà del partner", un dubbio lacerante che non si riesce a mettere a tacere. L'ideazione di gelosia è inoltre abnorme per quantità e durata (1° e 2° criterio). Essa è anche incoercibile (3° criterio), ma mantiene un confronto con la realtà e con i dati che da questa provengono. Sul piano comportamentale, invece, dominano le condotte di ricerca di segnali che possano lenirlo, confermarlo o smentirlo. Nella precedente condizione (Sindrome di Otello) invece il dubbio non esiste: l'Altro "è" infedele. Se c'è qualcosa da ricercare questa è solo una confessione completa. Nella gelosia ossessiva è frequente vedere un paziente che si trasforma in un detective a tempo pieno che può impiegare nelle attività di ricerca delle infedeltà del partner (di cui peraltro non si dice certo al cento per cento!) il più e il meglio del suo tempo. Spesso i pazienti riconoscono l'infondatezza dei loro sospetti, arrivano anche a vergognarsene, ma sono, loro malgrado, trascinati e sommersi dalla tormentosità del dubbio. Così c'è chi sottopone tutti i giorni la moglie a martellanti interrogatori, chi controlla minuziosamente la castità del suo abbigliamento o la corrispondenza del partner e chi magari anche la biancheria intima alla ricerca di attività sessuali illecite (8, 11, 14, 15). Queste persone riescono a rendersi conto delle loro esagerazioni, ma "non ce la fanno" a cambiare condotta, né a scacciare dalla propria mente certi pensieri, pur sentiti come assurdi.

Più sfumata infine appare una terza condizione clinica, nota storicamente come "Iperestesia Gelosa di Mairé", che si presenta come una vera e propria esperienza di confine fra normalità e patologia (16). Ove è assai difficile tracciare una netta linea di cesura. Infatti le tematiche di gelosia assumono in questa condizione la struttura formale di "idee prevalenti" (17). Hanno cioè una forte componente affettiva e mantengono un costante confronto con la realtà, pur occupando in modo stabile ed esclusivo il campo coscienziale del paziente. Inoltre spingono fortemente ad "agiti" non infrequentemente sentiti, dal contesto socio-culturale,

come abnormi e patologici. Volendo ritornare agli attributi di patologicità delle esperienze passionali secondo de Clérambault, vi si rinvengono senz'altro i primi due aspetti (quantità abnorme ed abnorme persistenza), mentre il terzo punto (incoercibilità) ed il quarto (impermeabilità nei confronti dei dati di realtà), vengono soltanto sfiorati.

Queste distinzioni cliniche appaiono utili su un piano clinico ed anche terapeutico. In questi ultimi anni si sono ad esempio accumulate molte evidenze riguardo ad una risposta delle forme cliniche di gelosia ossessiva agli SSRI (15, 18), alla pimozide e agli antipsicotici atipici nelle forme deliranti (19, 20) ed a psicoterapie a vario indirizzo (3, 21-23) delle forme con idee prevalenti. Questo va tenuto presente senza nascondersi che, vista la ubiquarietà del sentimento, l'approccio dimensionale alle esperienze di gelosia presterebbe meglio a descrivere tutte le sfumature presenti nella realtà e le modulazioni che assumono nei vari contesti socio-culturali. Ma una distinzione categoriale, fra forme patologiche e non, di gelosia, diventa estremamente necessaria, oltre che da un punto di vista pratico terapeutico, anche quando si voglia individuare un campo comune su cui poter confrontare esperienze di studio diverse. In questo ambito i connotati di patologicità di de Clérambault (considerati nei loro portati categoriali) mostrano molti limiti. Ad esempio, si rivelano veramente incapaci di tracciare un confine (valido e condiviso) che distingua fra comuni sentimenti di gelosia, magari anche intensi, e i quadri riconducibili alla "Iperestesia Gelosa di Mairé". Distinzione che si basa solo su una volatile idea di "abnorme" quantità e persistenza della passione. Ma sopra tutto troppo esposta alla variabilità soggettiva di chi valuta il dato.

Partendo dunque da questo retroterra storico si è da tempo proposta la necessità di avere dei criteri di valutazione il più possibile confrontabili ed oggettivamente e quindi meglio utilizzabili di quelli desunti dal pensiero di de Clérambault (22-25).

## **UNA PROPOSTA DI CRITERI OPERATIVI PER LA DIAGNOSI DI GELOSIA PATOLOGICA**

Negli ultimi anni, sono apparsi molti studi sulla gelosia patologica nella letteratura scientifica. Sono studi sia di orientamento clinico (7, 8) che psicodinamico (23, 25) e di tipo socio-antropologico (4, 25). In tutti questi studi colpisce però o l'assenza di criteri diagnostici di tipo operativo (23, 27) o la loro labilità ed indeterminatezza (22, 23, 25). Prima conseguenza è che i vari studi sono assai poco confrontabili l'un l'altro.

Portiamo alcuni esempi, di quanto sopra, tratti da alcuni dei più significativi lavori sul tema, apparsi sulla letteratura internazionale più accreditata.

Dolan e Bishay nel loro recente lavoro sugli effetti della terapia cognitiva nel trattamento della gelosia patologica non psicotica (28), per la scelta dei pazienti, si basano sul giudizio di “gelosia patologica” (morbid jealousy) espresso da medici di base, psichiatri e psicologi. Esso si basa solo su una definizione di gelosia patologica che suona così: “...an excessive unfounded preoccupation with the partner’s fidelity which led to significant personal and interpersonal dysfunction”. Dove non si definiscono minimamente cosa si debba intendere per “infondata” (unfounded) o “eccessiva” (excessive). Né si fa riferimento alla preoccupazione per il rapporto che, insieme con il timore per l’infedeltà del partner, costituisce il nucleo tematico della gelosia, in specie se psicotica.

Troviamo poi lavori in cui la ricerca di patologicità della gelosia viene condotta tramite interviste “profonde”, ma senza indicare i precisi criteri che hanno guidato l’intervistatore nella ricerca (22, 23). Oppure su racconti scritti di proprie esperienze di gelosia particolarmente penose fatti da pazienti con varia patologia (27-29). Ma anche qui senza dare alcuna indicazione dei criteri scriminanti fra esperienze “patologiche” e non. Ci sono infine molti lavori in cui il criterio di patologicità viene raggiunto somministrando “rating scales” (23, 30), da cui però mal si evince l’esistenza e la consistenza di una possibile linea di demarcazione fra normalità e patologia che coinvolga sia i vissuti che i comportamenti di gelosia.

Nella nostra ricerca bibliografica l’unico lavoro che propone criteri operativi abbastanza precisi in studi sulla gelosia patologica in alcolisti è quello di Michael et al., (24). Esso può pertanto essere utilmente preso come traccia per delimitare dei veri e propri criteri operativi per la diagnosi di gelosia patologica.

Rispetto al lavoro di Michael et al. ci appaiono però necessarie alcune rettifiche per evitare aree di possibile confusività connesse con una scarsa definizione delle esperienze soggettive e dei connessi comportamenti da considerare come patologici.

Riportiamo innanzi tutto fedelmente i criteri di Michael A. et al. (18).

Secondo questi Autori un soggetto può essere considerato affetto da gelosia patologica quando vengono soddisfatti i seguenti criteri:

- a) la presenza di un delirio di gelosia e/o
- b) due (o più) delle seguenti caratteristiche:
  - pensieri e sospetti “irrazionali” riguardanti la fedeltà del partner;

- aperto comportamento di ricerca di conferme del sospetto;
  - intensi sentimenti ed affetti di accompagnamento (dei sospetti) come rabbia, paura, tristezza e colpa;
  - violenza fisica o verbale nei confronti del coniuge o della “terzo sospettato”;
- c) i sintomi di cui al criterio a) e b) causano un disagio personale clinicamente significativo e malfunzionamento sociale, emozionale e delle relazioni sessuali (18).

Ci sembra in particolare da rivedere il criterio di “irrazional thoughts and suspicious” del criterio b. Il concetto di “irrazionale” ci appare infatti troppo ambiguo. Esso può portare anche ad una notevole concordanza fra ricercatori di fronte a idee e comportamenti francamente bizzarri quali si hanno in alcune esperienze di gelosia di livello psicotico. Allo stesso modo però si può avere una notevole discordanza (o porre sotto una troppo ampia e soggettiva area di problematicità) alcune esperienze di gelosia non propriamente psicotiche, ma comunque fonti di indubbia sofferenza e disagio. Ad esempio nel caso in cui pensieri e sospetti siano tutt’altro che irrazionali (o infondati). Ci riferiamo a quei vissuti di gelosia sostanziati da dati di veridicità che però provocano una tale e profonda sofferenza soggettiva ed un così radicato malfunzionamento personale da acquisire senz’altro attributi di patologicità (3). Inoltre, questi criteri sembrano escludere tutta un’area “ossessiva” della gelosia patologica ed insieme un’area in cui i vissuti di gelosia acquistano le caratteristiche formali di idee prevalenti (17). Così per le forme ossessive di gelosia patologica si potrebbero usare i criteri per il Disturbo Ossessivo Compulsivo previsti del DSM IV. Criteri che peraltro Michael et al. usano per individuare le gelosie deliranti. Per le forme di gelosia patologica con contenuti ideici psicopatologicamente inquadabili come idee prevalenti, occorre invece individuare più specifici (e massimamente oggettivabili!) criteri di individuazione.

Ispirandoci parzialmente all’idea di Michael et al. potremmo pertanto proporre uno schema, a nostro avviso abbastanza completo ed accurato, per la diagnosi di Gelosia Patologica. Questo schema mirerà ad includere tutte le forme patologiche di gelosia: sia quelle che si possono ascrivere alla gelosia delirante (o Sindrome di Otello) che ossessiva (o Sindrome di Tanzi e Lugaro) o alla Iperestesia Gelosa di Mairat.

A nostro avviso si può parlare di Gelosia Patologica quando vengano soddisfatti tutti i criteri di cui ai seguenti punti A, B, C.

- A) Presenza di vissuti di gelosia declinate nella contemporanea presenza delle seguenti tre aree sintomatologiche:

- 1) idee di infedeltà da parte del partner;
  - 2) esperienze di minaccia ad una relazione significativa;
  - 3) una serie di “agiti” connessi con questi vissuti. Questa terza area sta ad indicare la presenza di una spinta non più frenabile a trasferire nell’area del comportamento i vissuti di cui ai punti 1 e 2.
- B) Le idee ed i comportamenti di cui al punto A, devono avere almeno una delle seguenti caratteristiche:
- 1) hanno le caratteristiche di un delirio. Come criteri definitivi di delirio possiamo usare quelli proposti dal DSM IV (10). Tramite questo criterio possono essere fatte rientrare fra la gelosia patologica tutti i deliri secondari di gelosia (in corso ad esempio di Schizofrenia e Disturbi Affettivi, Psicosi tossiche ...) e sopra tutto i deliri “primari” di gelosia. Quelle condizioni che soddisfano cioè i criteri per una diagnosi di “Disturbo Delirante di Gelosia” (Delusional Disorder, Jealous Type) sec. DSM IV;
  - 2) le idee ed i comportamenti di cui al punto A individuano i criteri DSM IV per la diagnosi di “Disturbo Ossessivo Compulsivo”;
  - 3) le idee e/o i comportamenti di cui al punto A hanno almeno due delle seguenti caratteristiche:
    - aperto comportamento sospettoso come controllare la corrispondenza del partner, le sue telefonate, le frequentazioni, gli abiti; ovvero ricorrere a pedinamenti atti a verificarne la pretesa infedeltà;
    - le idee di minaccia alla relazione o di infedeltà del partner prevalgono nettamente su ogni altro contenuto ideico e sono accompagnate da una forte emotività. In special modo con sentimenti di rabbia, paura e colpa;
    - comportamento violento (verbale e fisico) nei confronti del partner o dell’eventuale “terzo”.
- C) La presenza dei criteri A e B provoca uno scadimento del funzionamento emozionale, sociale o sessuale del paziente (**Tabella 2**).

In conclusione, la nostra proposta individua un vissuto (quello di gelosia) nelle sue caratteristiche soggettive (psichiche) e comportamentali (criterio A). Vissuto che è in sé ubiquitario, frequente e non necessariamente patologico. Per darvi patologicità occorre che esso comporti uno scadimento delle “performances” individuali (punto C). E che il vissuto di cui al criterio A abbia alcune caratteristiche (criterio B). Queste caratteristiche sono atte a raccogliere le condizioni cliniche che rimandano ai quadri di gelosia delirante,

ossessiva e anche a quelle condizioni che rappresentano la coniugazione nello stile formale delle idee prevalenti delle tematiche di gelosia.

**Tabella 2. - Criteri operativi per la diagnosi di gelosia patologica**

- |  |
|--|
| <p><b>A)</b> Esistono esperienze di gelosia come da tabella 1</p> <p><b>B)</b> Le esperienze di cui al punto A:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– soddisfano i criteri DSM IV per la diagnosi di Disturbo delirante</li> <li>– soddisfano i criteri DSM IV per la diagnosi di DOC</li> <li>– abbiano almeno due delle seguenti caratteristiche:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) aperto comportamento sospettoso</li> <li>2) le idee di cui al punto A sono accompagnate da sentimenti di rabbia, paura e colpa</li> <li>3) comportamento violento nei confronti del partner o di terzi</li> </ol> </li> </ul> <p><b>C)</b> Scadimento nel funzionamento emozionale, sociale o sessuale del paziente</p> |
|--|

## BIBLIOGRAFIA

1. Mullen PE: Jealousy: the pathology of passion. *British Journal of Psychiatry*, 1991, 158, 593-601.
2. Lorenzi P, Ardito M: La gelosia, fra normale sentimento e fenomeno psicopatologico. *Psichiatria e Psicoterapia Analitica*, 1995, 14, 2, 118-130.
3. Pao P: Pathological jealousy. *Psychoanal Q*, 1969, 38, 616-638.
4. Mullen PE, Martin J: Jealousy: a community study. *British Journal of Psychiatry* 1994, 164, 35-43.
5. de Cléarambault GG: Les Psychoses Passionnelles. in G.G. de Cléarambault “Oeuvres psychiatriques”, Presses Universitaires de France, Paris, 1949.
6. Ey H: La jalousie morbide In: *Etudes Psychiatriques*, tome II Désclées de Brouwer, Bruxelles, 1950.
7. White GL, Mullen PE: Jealousy: theory, research and clinical strategies. Guilford Press, New York, 1989.
8. Lorenzi P, Ardito M: La gelosia patologica e le sue espressioni cliniche. *Rivista di psichiatria*. 1997, 32 (3), 101-103.
9. Kraepelin E: Uber paranoide ekrankunge. *Z Gesamte Neurology Psychiatry*, 1912, 11, 617-638.
10. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, IV Edition*, Washington, D.C., 1994.
11. Cobb J: Morbid Jealousy. *British Journal of Hospital Medicine*, 1979, 21, 511-518.
12. Enoch M, Thretowan WH: The Othello syndrome. In Enoch M, Thretowan WH: “Uncommom psychiatric syndromes”. John Wright & Sons, Bristol, 1979.
13. Brousseau A: Variétés de la personnalité des jaloux au regard de la clinique. *Evolution Psychiatrique*, 1995, 1, 33-65.
14. Tanzi F, Lugaro E: *Trattato delle malattie mentali*. SEL, Milano, 1923.
15. Stein DJ, Hollander E, Josephine SR: Serotonin reuptake blockers for the treatment of obsessional jealousy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1994, 55, 30-33.
16. Mairret A: La jalousie: Etude Psychophysique, Clinique et Medico- Legale. Masson & Cie, Paris, 1908.
17. Mc Kenna PJ: Disorders with overvaluated ideas. *British Journal of Psychiatry*, 1984, 145, 579-585.
18. Lane RD: Successful fluoxetine treatment of pathological jealousy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1990, 148, 683-684.

19. Munro A: Excellent response of pathologic jealousy to Pimozide. Canadian Medical Association Journal, 1984, 131, 852-853.
20. Byrne A, Yatham LN: Pimozide in pathological jealousy. British Journal of Psychiatry, 1989, 155, 249-251.
21. Marks Z, Hodgson R, Rachman S: "Treatment of obsessive compulsive neurosis by in vivo exposure" British Journal of Psychiatry 1975, 127, 349-364.
22. Im WG, Wilner RS, Breit M: Jealousy: interventions in couples therapy. Family Process, 1983, 22, 211-219.
23. Bishay N, Peterson N, Tarrier N: An uncontrolled study of cognitive therapy for morbid jealousy. British Journal of Psychiatry, 1989, 154, 386-389.
24. Michael A, Mirza S, Mirza KAH, Babu VS, Vithayathil E: Morbid Jealousy in Alcoholism. British Journal of Psychiatry, 1995, 167, 668-672.
25. Bhugra D: Cross-cultural aspects of jealousy. International Review of Psychiatry, 1993, 5, 271-280.
26. Coen SG: Pathological jealousy, International Journal of Psychoanalysis, 1987, 68, 99-108.
27. Hupka RB, Heschett C: Cognitive organization of emotion: differences between labels and description of emotion in jealousy situations. Percept Mot Skills, 1988, 66, 935-949.
28. Lorenzi P: Il lutto amoroso e le sue declinazioni cliniche. Frammenti, 2001, 10, 17-33.
29. Lorenzi P, Pazzagli A (2003): Amore molesto. Passione amorosa e Sindrome delle molestie assillanti. 2002, Giornale Italiano di Psicopatologia, in stampa.
30. Dolan M, Bishay N: The effectiveness of cognitive therapy in the treatment of non psychotic morbid jealousy. British Journal of Psychiatry, 1996, 168, 588-593.