
Celopatía alcohólica: un antiguo y actual dilema

**MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ-ARRIERO; BELÉN HERNÁNDEZ; IGNACIO MEARIN MANRIQUE; ROBERTO RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ;
MÓNICA JIMÉNEZ GIMÉNEZ; GUILLERMO PONCE ALFARO**

Hospital Universitario 12 de Octubre. Servicio de Psiquiatría. Unidad de Patología Dual y Conductas Adictivas.

Enviar correspondencia a:

Miguel Angel Jimenez-Arriero. Hospital Universitario 12 de Octubre, Servicio de Psiquiatría. Avda. Córdoba s/n. 28041 Madrid.
mjimenez.hdoc@salud.madrid.org · jimenezarriero@gmail.com

Recibido: Octubre de 2006.

Aceptado: Enero de 2007.

RESUMEN

La relación entre el alcohol y los celos es una creencia asentada tanto entre la población en general como dentro del mundo médico y psiquiátrico en particular. Por otra parte, en estos años está aumentando el interés sobre los aspectos forenses que tienen los celos patológicos, ya que muchas veces son causa de grave violencia, homicidio y suicidio. Autores clásicos han descrito una alta prevalencia de celos patológicos en pacientes alcohólicos e incluso se llegó a dar a la celopatía un valor patognomónico de alcoholismo. Sin embargo, estudios de estos últimos años ponen en cuestión dicha relación y llaman la atención sobre otros factores. En este trabajo analizamos la información proporcionada por la bibliografía disponible con el propósito de añadir luz sobre la valoración de un concepto tan clásico como poco estudiado. Los resultados muestran distintas definiciones y clasificaciones de los celos patológicos y aunque en la mayoría de los estudios se destaca la prevalencia de celopatía en los alcohólicos se cuestiona su carácter patognomónico. También se plantea en los artículos revisados la existencia de celos patológicos en pacientes con otras patologías psiquiátricas distintas al alcoholismo, señalándose que hay factores predisponentes y desencadenantes que explicarían el desarrollo de la celopatía. Las importantes dificultades metodológicas de los artículos publicados y la escasez de estudios disponibles no permiten confirmar la etiología alcohólica de la celopatía, por lo que es bastante controvertido considerar la celopatía alcohólica como entidad específica. Incluso, habría que considerar que el diagnóstico más preciso en estos pacientes sería el de trastorno paranoide en combinación con la dependencia alcohólica, es decir considerarlos como un diagnóstico dual.

Palabras clave: celos, celopatía, psicopatología, alcoholismo, paranoide, diagnóstico dual.

ABSTRACT

The relation between alcohol and jealousy is a deeply rooted belief within the general population as well as in the medical, and particularly psychiatric, environment. Furthermore, in recent years there has been a growing interest on the forensic aspects of pathological jealousy, since they are a frequent cause of severe violence, homicide and suicide. Some authors have described a high prevalence of pathological jealousy in alcoholic patients, even awarding it a pathognomonic value in alcoholism. Nevertheless, recent studies do not completely support this relation, and draw attention to other factors. Results from the various studies contain several definitions and classifications of pathological jealousy, and although most of them highlight the prevalence of jealousy in alcoholic patients, they question its pathognomonic quality. Also, the presence of pathological jealousy in subjects with psychiatric disorders other than alcoholism is suggested, indicating the existence of predisposing and triggering factors which could explain the development of pathological jealousy. Yet, the important methodological difficulties in the published articles and the shortage of studies do not allow the confirmation of the alcoholic etiology in pathological jealousy; this is the reason why considering alcoholic jealousy as a separate entity is debatable. In this sense, the best diagnosis in these patients would be paranoid disorder combined with alcoholic dependence, hence, a dual diagnosis.

Key words: jealousy, pathological jealousy, psychopathology, alcoholism, paranoid, dual diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El primer autor en describir la relación entre alcoholismo y celos patológicos fue Marcel en 1847¹. Posteriormente Krafft-Ebing² en 1891 enfatizó la importancia de la asociación basándose

en el hallazgo de delirios celotípicos en un 80% de sus pacientes alcohólicos varones. Este dato, sorprendentemente elevado, probablemente influyó en la consideración por parte de muchas generaciones posteriores de psiquiatras de que los delirios de celos eran prácticamente patognomónicos del alcoholismo.

Esa valoración de aquel momento debe ser considerado en su contexto histórico. Krafft-Ebing, psiquiatra alemán que fue director del manicomio provincial de Graz, Austria, desde 1874 y que alcanzó gran reputación en toda Europa central, asumió el “degeneracionismo” de Morel con enorme convicción³: “la locura representa el último eslabón de la cadena psicopática de la herencia constitucional o herencia degenerada⁴... en los degenerados es frecuente que el funcionamiento sexual sea anormal”. En su “Psychopahia sexualis” de 1869 apenas se salva alguna conducta sexual de la consideración de “degenerada”. La consideración del alcohol por los seguidores de Morel como factor externo fundamental en la degeneración de la herencia terminó desembocando en el “higienismo social” de finales del siglo XIX y su cruzada antialcohólica. Tal vez esta perspectiva tan focalizada en el alcohol y en la sexualidad “inadecuada” como factores provocadores de patología mental influyeron en el análisis de los datos de Krafft-Ebing.

Eugen Bleuler⁵, en su Tratado de Psiquiatría (1955/67), describía detalladamente el delirio de celos crónico de los bebedores y la paranoia alcohólica. Este autor cuenta como la mayoría de los alcohólicos suelen atormentar a sus mujeres con ideas de celos. Refiere que generalmente se trata tan solo de temores, de ideas sobrevaloradas y de complejos con intensa carga emocional, y no de síntomas psicóticos propiamente dichos pero, en una minoría de alcohólicos, puede formarse un delirio sistematizado de celos que en ocasiones adopta modalidades grotescas. Dice el autor que es frecuente que los pacientes afirmen que poseen “pruebas ciertas” de la infidelidad de su esposa y que eso les impulsa con frecuencia a cometer inhumanos actos de crueldad con su pareja. Según Bleuler, en la génesis de la celotipia alcohólica desempeña, sin duda alguna, un esencial papel la compensación de sentimientos de inferioridad, sobre la base de la debilidad orgánica de juicio y de crítica. Desde esa inferioridad, el alcohólico sabe que como marido deja mucho que desear, que descuida sus obligaciones de padre de familia, que su mujer ya no se siente a gusto a su lado, que desde el punto de vista sexual se ha convertido, o bien en demasiado brutal, o bien en impotente, y que por ello no puede satisfacer a su esposa. La idea de que él, a causa de su vicio, es culpable de todo le resulta intolerable. Haciendo culpable a su mujer, a través del delirio de celos, puede volver a considerarse moralmente intachable. El delirio de celos alcohólico suele oscilar con arreglo a la cantidad de bebida ingerida y desaparecer rápidamente cuando el enfermo se ve obligado a mantenerse abstinente. En muy raros casos parece persistir más allá del periodo de abuso de la bebida e incluso hacerse incurable.

Por otra parte, también otros autores han rechazado el carácter patognomónico y la relación etiológica simple entre alcoholismo y celos patológicos⁶. En

estos estudios se afirma que raramente el alcoholismo es la causa primaria de la celotipia, y se defiende la hipótesis de que el alcoholismo actuaría como precipitante sobre una personalidad premórbida predisponente.

El Tratado de Psiquiatría (7ª ED. 1975) de Henri Ey⁷, dedicaba un apartado a describir los 3 tipos diferentes de Delirios Alcohólicos Crónicos que pueden manifestarse en estos pacientes. El primer tipo serían los delirios de interpretación (*de celos*), constituidos por delirios casi constantemente de tipo celoso, con un desarrollo insidioso e insertados sobre una personalidad neurótica “predelirante” como manifestación de un trastorno “procesual” de la personalidad (Jaspers); este primer tipo es referido principalmente en hombres y la reacción agresiva y violenta es siempre de temer. El segundo tipo, o delirios alucinatorios, se refiere a la paranoia alucinatoria de los bebedores. El tercer y último tipo de delirios alcohólicos crónicos o delirios paranoides, tendría una evolución de tipo esquizofrénico, bien por precipitar una esquizofrenia previa latente o por un deterioro sobre un terreno esquizoide previo.

La celotipia alcohólica como concepto ha venido así perdurando en el tiempo, con más o menos fortuna, hasta la actual época de las clasificaciones internacionales. Entre los años 60 y finales de los 80 las escasas publicaciones que surgieron sobre el tema ofrecían niveles de prevalencia de celopatía en alcohólicos que variaba entre un 22% (Glatt 1961)¹⁰, un 27% (Sherestha et al 1985)¹³, un 32% (Maghazaji y Ziadan 1982)¹² y un 41% (Madden 1979)¹¹.

En la CIE-9 la celotipia alcohólica tenía su apartado propio dentro de las psicosis alcohólicas. Sin embargo, el DSM-III recogía que no había suficiente evidencia como para aceptar el síndrome como entidad independiente (APA 1980) y señalaba que debía diagnosticarse como Trastorno Paranoide en combinación con dependencia alcohólica. En la actualidad, dentro del Trastorno psicótico inducido por el alcohol con predominio de las ideas delirantes, se pueden incluir cuadros celotípicos de duración máxima de 6 meses, según criterios de la CIE-10⁸, o de 1 mes según los criterios del DSM-IV-TR⁹. Sin embargo, la celopatía alcohólica de larga evolución (con duración de al menos 3 meses o de 1 mes según la CIE-10 o el DSM-IV-TR respectivamente) se diagnosticaría como Trastorno Delirante Crónico en combinación con dependencia alcohólica.

Seguidamente realizaremos un análisis de la información disponible acerca de la relación existente entre celotipia y alcoholismo con el fin de revisar los posibles factores etiológicos de la celopatía en alcohólicos y ayudar a definir la dimensión de la enfermedad, aspectos importantes para poder delimitar las terapias más adecuadas en estos pacientes.

MÉTODO

Se ha revisado algunos tratados clásicos de psiquiatría, y se ha realizado una búsqueda exhaustiva en Medline usando el Thesaurus con las palabras clave: jealousy AND (alcoholism OR alcoholic) y poniendo especial énfasis en la selección de revisiones sistemáticas y estudios de casos de los últimos 35 años.

Durante estos últimos 35 años sólo aparecen en la revisión de la literatura psiquiátrica doce estudios centrados en la celotipia alcohólica. De ellos nueve están escritos en alemán, ruso o japonés y sólo tres en inglés. Seis de esas publicaciones son revisiones y otras seis son series de casos, lo que nos sitúa en niveles bajos de evidencia (grado 3-4, considerando 1 como máxima evidencia) (Ver Tabla 1)

Tabla 1.- Bibliografía de Medline sobre celopatía alcohólica.

AUTORES	AÑO	IDIOMA	TIPO DE ARTÍCULO
Kawano M.	2003	Japonés	Artículo de revisión
Suwaki H, Nakamura M.	1997	Japonés	Artículo de revisión
Michael A, Mirza S et al.	1995	Ingles	Artículo original
Soyka M, Sass H, Volcker A.	1989	Alemán	Artículo original
Postrach F.	1988	Alemán	Artículo de revisión
Block B.	1988	Inglés	Informe breve
Shrestha K, Rees DW et al.	1985	Inglés	Artículo original
Syreishchikov VV.	1981	Ruso	Artículo original
Terent'ev El.	1978	Ruso	Artículo original
Dieckhofer VK.	1975	Alemán	Artículo original (histórico)
Kalinina NP.	1971	Ruso	Artículo de revisión
Guliamov MG, Rakhminov B.	1970	Ruso	Artículo de revisión

RESULTADOS

Posiblemente el estudio más completo de los revisados sobre celopatía alcohólica sea el de Albert Michael (1995)¹⁴. En él se estudiaron 207 pacientes varones alcohólicos en la Unidad de tratamiento de dependencia alcohólica del Hospital Universitario de Kerala, India, entre los años 1987-1990. Para la evaluación se realizaron entrevistas semiestructuradas al paciente y a su pareja, así como un cuestionario sobre celos¹³. Los pacientes incluidos tenían una historia de dependencia alcohólica con una media de 12 años de evolución y debían cumplir los siguientes criterios de celos patológicos^{13, 15}:

- Presencia de Delirio de Celos durante al menos 3 meses y/o:
 - Dos o más de las siguientes condiciones:
 1. Pensamientos irracionales sobre infidelidad de la pareja.
 2. Conductas dirigidas a comprobar la infidelidad.
 3. Sentimientos intensos de cólera, miedo, tristeza, culpa.
 4. Violencia verbal o física contra la pareja o el supuesto rival
 - Puntos 1 y 2 provocan sufrimiento personal y perjudican el funcionamiento social o la convivencia emocional o sexual con la pareja.

Entre los 207 pacientes estudiados, sólo 9 pacientes (4%) cumplían criterios de "trastorno delirante" pero 71 (34%) llegaban a cumplir criterios de celos patológicos. En 20 de estos últimos pacientes (28%)

los celos aparecían exclusivamente bajo los efectos de la intoxicación alcohólica (este subgrupo presentaba dependencia alcohólica desde al menos 7,6 años). Sin embargo, en los otros 51 pacientes (72%) los celos persistían incluso tras la recuperación del estado de sobriedad (este subgrupo había tenido episodios celotípicos solo bajo intoxicación durante un periodo de 4,5 años, y en la situación clínica actual llevaban una media de 3,5 años).

Del grupo de pacientes con celos patológicos sólo en siete casos la presencia de los celos era anterior a la dependencia alcohólica, mientras que en el resto de pacientes de ese grupo los celos aparecieron tras el consumo de alcohol. Estos resultados hicieron concluir al autor que el alcohol debe jugar un papel etiológico fundamental en el cuadro. Así mismo, apoyándose en sus hallazgos, plantea la existencia de dos subgrupos de celotipia alcohólica: uno de aparición exclusiva durante la intoxicación alcohólica y otro mantenido durante los periodos de abstinencia. Aunque estos dos subtipos bien pudieran representar estadios dentro de la evolución de la enfermedad.

Los pacientes con celotipia limitada al estado de intoxicación, cuando estaban sobrios no solían admitir haber tenido episodios de conductas celosas o violentas y cuando se les confrontaba con la información proporcionada por la mujer o por otro informante pedían perdón y confirmaban la fidelidad de su pareja. La información sobre los celos se obtuvo por distinta personas y en diferentes etapas del tratamiento de los alcohólicos. Los celos se detectaron al ingresar (44%), tras la desintoxicación (27%) o en el momento previo al alta (22%), siendo un 17% detectado en el seguimiento ambulatorio. La información fue proporcionada con mayor frecuencia por la esposa (56%) y en el resto se obtuvo voluntariamente por el paciente (32%) o por otros informantes (11%).

Los pacientes con celopatía presentaban mayores porcentajes de violencia verbal y física que los pacientes sin celopatía (88% versus 20% en violencia verbal, y 45% versus 11% en violencia física). Entre los pacientes con celopatía, aquellos que la presentan en estado sobrio tienen 1,2 veces más patología psiquiátrica previa y 3 veces más complicaciones psiquiátricas ($p < 0,001$) que los casos de celotipia en intoxicación.

El estudio de Albert Michael (1995)¹⁴ remarca las importantes implicaciones en el manejo y prevención que tiene el diagnóstico precoz de la celopatía en pacientes que solo la presentan en estado de intoxicación y respalda la idea de que la celopatía alcohólica sería un concepto con entidad propia.

Intentando clarificar el papel y relación del alcoholismo y de diversos factores psicosociales con los celos patológicos, años antes, en 1979, John Cobb¹⁵

había estudiado una muestra de varones y mujeres alcohólicos con celos patológicos y con diferentes factores concurrentes, concluyendo en relación a ellos que: (1) en los factores familiares¹⁸ (aparece historia familiar en casi un 20%), (2) factores psiquiátricos (los celos pueden ser el primer signo de enfermedad psicótica paranoide, parafrenia o esquizofrenia; pueden asociarse a diversas características de personalidad y síntomas neuróticos; o pueden ser un síntoma de tipo depresivo primario o secundario), (3) factores orgánicos (alteraciones orgánicas cerebrales de tipo traumáticas, vasculares, demencias, epilepsia), (4) factores tóxicos (intoxicaciones por alcohol, anfetaminas, cocaína) y (5) factores hormonales (pueden aparecer en periodos hormonales específicos como la menopausia, embarazo, postnatal o hipertiroidismo). Este estudio defiende que, aunque suelen existir diversos desencadenantes interpersonales, psicosociales y maritales, además de que frecuentemente pueden detectarse factores predisponentes biográficos o de personalidad o incluso que puede detectarse agregación familiar en algunos casos, no existen datos concluyentes que permitan establecer la relación causal entre los celos patológicos y los diversos factores. Finalmente afirma que el alcohol frecuentemente potencia síntomas pre-existentes, pero rara vez es la causa primaria de los celos.

En la misma dirección, otros autores⁶ cuestionan la importancia etiológica del alcohol en la aparición de celotipia, sobre todo cuando se trata de celotipia delirante, llegando a plantear que el efecto del alcohol se centraría principalmente en inhibir el control a nivel consciente de creencias y rasgos de personalidad previos. Por otra parte, debe tenerse en cuenta que el desarrollo del delirio de celos puede aparecer en otras patologías psiquiátricas no alcohólicas y que de hecho los celos patológicos también se han asociado con problemas sexuales como el hipogonadismo, la impotencia, etc.¹⁶.

En esa dirección podemos destacar el trabajo de Soyka et al. (1991)¹⁷, en el que publican un análisis de prevalencia del delirio de celos en diferentes enfermedades psiquiátricas realizando un estudio retrospectivo de 8.134 pacientes ingresados en el Hospital Universitario de Munich entre los años 1981-1985. En este estudio se seleccionaron como casos de celopatía, a aquellos pacientes que presentan convicción delirante de ser traicionados o engañados por la persona amada. De la selección no se excluyeron los pacientes que presentan además otros síntomas psicopatológicos, como alucinaciones u otros delirios. El delirio de celos apareció en 93 pacientes (1,1%, prevalencia que también se recoge en la CIE-9), siendo la edad media de los pacientes hospitalizados de 41,8 años y presentándose el delirio en distintas patologías: en las psicosis orgánicas (7%), en los trastornos

paranoides (6,7%), en la esquizofrenia (2,5%), en las neurosis o psicopatía (0,6%), en los trastornos afectivos (0,1%), o en las psicosis alcohólicas (5,6%). De estos últimos, los delirios puros y monosintomáticos aparecieron sólo en aproximadamente un tercio de ellos (2%). En la muestra global no hay diferencia por sexos (55,6% mujeres), pero aparece un predominio de mujeres con celos patológicos en el grupo de esquizofrenia y de varones con celos patológicos en el grupo de psicosis alcohólica.

DISCUSIÓN

Existen diferentes limitaciones metodológicas¹⁴ en los estudios revisados que no permiten extraer conclusiones definitivas. Por ejemplo, las muestras de pacientes son muy heterogéneas (proceden de prisiones, psicoterapias de parejas, pacientes psiquiátricos ambulatorios o ingresados en unidades psiquiátricas generales, unidades específicas de alcoholismo, etc.). Eso introduce un sesgo tan importante en la selección de los pacientes que puede poner en duda cualquier extrapolación de los datos obtenidos a la población general. Además, algunos estudios muestran la dificultad en la recogida de información, lo que se incrementa en los estudios retrospectivos disponibles, y en otros la información se obtiene de entrevistas de pacientes, parejas y familias. Es importante considerar, antes de obtener conclusiones definitivas, que en la mayoría de los casos la información acerca de los celos patológicos es aportada por la pareja u otro informador¹⁴. Por lo que, en los estudios de prevalencia que no incluyan dichos informadores el sesgo puede ser a la baja. Por último, también es una limitación, la diferente utilización de definiciones de "caso" que utilizan los diversos estudios: celos normales, excesivos, obsesivos, psicóticos, erotomanía, síndrome de Otelo, delirio de infidelidad, delirio de celos, etc.. Ese hecho puede haber influido en las diferentes cifras de prevalencia que se obtienen en los estudios de celopatía en alcohólicos.

Otro factor a tener en cuenta es la menor prevalencia y detección del alcoholismo en mujeres, por lo que hay que ser precavidos al interpretar los datos de prevalencia del delirio de celos asociado al alcoholismo en los distintos sexos. Hasta ahora, el delirio de celos asociado a cuadros esquizopsicóticos paranoides se ha descrito principalmente asociado al sexo femenino y a pacientes jóvenes¹⁹ mientras que el delirio de celos asociado al alcoholismo se ha descrito casi siempre unido al sexo masculino²⁰.

Aunque los datos no siempre son concordantes, los pacientes alcohólicos presentan distintos tipos de celos patológicos. Se ha registrado un porcentaje de

celos patológicos en alcohólicos¹⁴ de hasta un 34% (11% en embriaguez y el 23 % en abstinencia); pero sólo alcanzan el 4% cuando se identifican como delirios puros y monosintomáticos (síndrome de Otelo). Diversos estudios^{17,20} describen en el alcoholismo dos tipos de celos patológicos, los esquizofreniformes (5,6%) y los delirios monosintomáticos (2%). Apoyándonos en estos datos y en que la prevalencia de alcoholismo entre los pacientes delirantes celotípicos es tan sólo de un 5-7%¹⁵, resulta difícil asumir que los celos patológicos puedan ser patognomónicos del alcoholismo.

Son múltiples los factores etiológicos que se hipotetizan subyacentes a la celotipia en los alcohólicos. Probablemente el alcohol actúe como desinhibidor del control consciente sobre previas creencias erróneas relacionadas con esos celos (Sullivan 1924). De esta manera, algunos alcohólicos crónicos pueden inicialmente desarrollar un delirio de celos bajo intoxicación el cual posteriormente pasará también a persistir en estado sobrio (Lewis 1938). Por otra parte, la vulnerabilidad personal puede justificar entre estos pacientes la existencia de un grupo que evolucione antes y más rápidamente hacia el delirio celotípico en estado sobrio¹⁴.

Por otra parte, ningún estudio ha respondido a la pregunta de si aparece más celotipia entre la población con dependencia alcohólica que entre la población general, y en caso de ser así qué tipo de celotipia: excesiva, obsesiva, delirante monotemática o delirante dentro de un cuadro psicótico más complejo.

La falta de estudios específicamente diseñados y las limitaciones metodológicas de los que se han realizado hasta la fecha señalan el camino que debe seguirse en el futuro. Deberían hacerse estudios prospectivos, con muestras más homogéneas y con especial énfasis en utilizar la misma terminología en la definición de casos y contando con la inclusión de la pareja u otro informador.

Mientras tanto, la información de los estudios realizados hasta ahora no muestra evidencia suficiente para sugerir que la celopatía alcohólica pueda considerarse como una entidad específica independiente. Por esto, mantener el término de "celotipia alcohólica" o "delirio de celos alcohólico" es cuando menos controvertido. El diagnóstico más preciso correspondería a un Trastorno Paranoide en combinación con una Dependencia Alcohólica (Diagnóstico Dual). El delirio de celos en los alcohólicos puede clasificarse actualmente dentro del apartado de "Trastornos Delirantes Crónicos", cuando no pueda confirmarse la etiología alcohólica, o entre los "Trastornos Psicóticos Inducidos" cuando se cumplan criterios para esta categoría, sin especificar la celotipia como si se tratase de un cuadro característico del alcoholismo.

REFERENCIAS

- 1 Marcel C. De la folie cause par l'abus des boissons alcooliques. [Tesis Doctoral]. Paris: Universidad de Paris; 1847.
- 2 Krafft-Ebing R. Uber eifersuchtswahn beim manne. Jahrbuch für Psychiatrie 1891; 10: 212-31.
- 3 Shorter E. Historia de la psiquiatría. Barcelona: J&C Ediciones Médicas. 1999 [original 1997]. p. 95-96.
- 4 Krafft-Ebing R. Psychopathia sexualis. Paris: Payot; 1958 [original 1869].
- 5 Bleuler E. Tratado de Psiquiatría. Madrid: Ed. Espasa-Calpe. 1967. p. 348-49.
- 6 Shepherd M. Morbid jealousy: some clinical and social aspects of a psychiatric symptom. J Ment Sci 1961; 107: 687-53.
- 7 Henri EY, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría (7ª edición). Madrid: Ed. Masson; 1975. p. 718-719, p. 446-47.
- 8 Organización Mundial de la Salud. Clasificación de los Trastornos mentales y del comportamiento. CIE-10. Madrid: Ed. Médica Panamericana. 2000 [original 1993].
- 9 American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-R. Barcelona: Ed. Masson. 2003 [original 2002].
- 10 Glatt MM. Drinking habits of english (middle class) alcoholics. Acta Psychiatr Scand 1961; 37: 88-13.
- 11 Madden JS. A Guide to Alcohol and Drug Dependence. Bristol, England: Ed. Wright; 1979.
- 12 Maghazaji H, Zaidan ZA. Alcoholism in Iraq. Br J Psychiatry 1982; 140: 325-26.
- 13 Shrestha K, Rees DW, Ris KJ, Hore BD, Faragher EB. Sexual jealousy in alcoholics. Acta Psychiatr Scand 1985; 72: 283-90.
- 14 Michael A, Mirza S, Mirza KA, Babu VS, Vithayathil E. Morbid jealousy in alcoholism. Br J Psychiatry 1995; 167: 668-72.
- 15 Cobb J. Morbid jealousy. Br J Hosp Med. 1979; 21: 511-18.
- 16 Llopis B. Ideas of jealousy in alcoholics. Fortschr Neurol Psychiatr 1962; 30: 543-64.
- 17 Soyka M, Naber G, Volcker A. Prevalence of delusional jealousy in different psychiatric disorders. Br J Psychiatry 1991; 158: 549-53.
- 18 Vauhkonen K. On the pathogenesis of morbid jealousy with special reference to the personality traits of an interaction between jealous patients and their spouses. Acta Psychiatr Scand 1968; 202 Suppl: 2-261.
- 19 Vollmoeller W. Alters und Geschlechtsabhängigkeiten schizophrener Wahnthematik. Ein Beitrag zum Verständnis des krankhaften Denkens?. Psychiatr Prax 1983; 10: 194-99.
- 20 Soyka M, Sass H, Volcker A. Alcoholic delusion of jealousy-psychopathologic characteristics of 2 types of disease course. Psychiatr Prax 1989; 16: 189-93.