



Бред ревности: современные представления и отчет о клиническом случае

Н. В. Хмара, Т. П. Пицко, В. А. Ермоленко, Шираани А. Рахман

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Беларусь

Резюме

Цель исследования. Рассмотреть возможные маркеры, указывающие на формирование бреда ревности (БР), на примере описания клинического случая, с опорой на доступные литературные исследования.

Материалы и методы. Оценка степени выраженности психопатологических симптомов проводилась с помощью шкалы PANSS (Kay et al., 1987); оценка степени выраженности тревоги проводилась с помощью шкалы тревоги Спилбергера – Ханина (STAI); оценка степени искажения мышления проводилась с помощью патопсихологической диагностики с использованием методик «исключение лишнего», «классификация предметов», «метод пиктограмм», «объяснение пословиц и метафор», «сравнение понятий», «методика Леонтьева».

Результаты. В кратком обзоре литературы обсуждаются изменения представлений о формировании, распространенности и эмоциональной составляющей БР. Обзор литературы сопровождается анализом и обсуждением сложности диагностики наблюдаемого нами клинического случая 42-летнего пациента, имеющего сочетанную зависимость от алкоголя и барбитуратов, тревогу и БР.

Заключение. Представленный нами случай показывает сложность диагностики БР на первичном этапе заболевания. Выраженные симптомы тревоги могут быть предикторами трансформации психологического конструкта ревности в БР. С учетом высокого риска проявления агрессивного поведения при БР пациенты с высоким уровнем тревоги и ревностью нуждаются в дополнительной диагностике мышления и наблюдении.

Ключевые слова: ревность, тревога, синдром зависимости, бред ревности

Вклад авторов. Хмара Н.В.: концепция и дизайн исследования; Хмара Н.В., Ермоленко В.А., Пицко Т.П., Шираани А. Рахман: описание клинического случая; Хмара Н.В., Ермоленко В.А., Пицко Т.П.: редактирование и обсуждение данных, обзор публикаций по теме статьи; Хмара Н.В.: написание обзора литературы; Хмара Н.В., Ермоленко В.А., Пицко Т.П., Шираани А. Рахман: проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации.

Благодарность. Авторы выражают признательность врачам 2-го отделения У «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница» за предоставление клинического материала.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Источники финансирования. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Для цитирования: Хмара НВ, Пицко ТП, Ермоленко ВА, Шираани А. Рахман. Бред ревности: современные представления и отчет о клиническом случае. Проблемы здоровья и экологии. 2025;22(3):167–173. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2025-22-3-18>

Delusional jealousy: current concepts and a case report

Natalia V. Hmara, Tatsiana P. Pitsko, Viktoria A. Ermolenko, Shiraany A. Rahman

Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

Abstract

Objective. To examine possible factors indicating the development of delusional jealousy as a case study and available literary studies.

Materials and methods. The degree of expression of psychopathological symptoms was assessed using the PANSS scale (Kay et al., 1987). The degree of expression of anxiety was assessed using the Spielberger-Khanin Anxiety Scale (STAI). The degree of distortion of thinking was assessed using pathopsychological diagnostics by using the methods of «elimination of the superfluous», «classification of objects», «pictogram method», «explanation of proverbs and metaphors», «comparison of concepts», and «Leontiev's method».

Results. Changes in the understanding of the formation, prevalence, and emotional component of delusional jealousy are discussed in a brief literature review. The literature review also includes examination and discussion of a clinical case of a 42-year-old patient with underlying alcohol use disorder, substance use disorder (barbiturate), anxiety disorder, and delusional jealousy.

Conclusion. The presented case demonstrates the difficulty of delusional jealousy diagnosing at the initial stage of the disease. Pronounced symptoms of anxiety might be predictors of the transformation of the psychological construct of jealousy into delusional jealousy. Taking into account a high risk of aggressive behavior in delusional jealousy, patients with high anxiety and jealousy require additional thinking diagnostics and close observation.

Keywords: *jealousy, anxiety, dependence syndrome, delusion of jealousy*

Author contributions. Hmara N.V.: study concept and design; Hmara N.V., Ermoolenko V.A., Pitsko T.P., Shiraany A. Rahman.: case report; Hmara N.V., Ermoolenko V.A., Pitsko T.P., Shiraany A. Rahman.: data editing and discussion, review of publications on the topic of the article; Hmara N.V.: writing the literature review; Hmara N.V., Ermoolenko V.A., Pitsko T.P.: review of critical content, approval of the manuscript for publication.

Acknowledgment. The authors express gratitude to the doctors of the 2nd Department of the Regional Clinical Psychiatric Hospital for providing the clinical material.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study was conducted without sponsorship.

For citation: Hmara NV, Pitsko TP, Ermolenko VA, Shiraany A. Rahman. Delusional jealousy: current concepts and a case report. *Health and Ecology Issues*. 2025;22(3):167–173. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2025-22-3-18>

Введение

Бред ревности — это первичное болезненное искажение мышления, которое ассоциировано с проявлением brutальных форм агрессии [1]. Длительное время считалось, что это уникальный психопатологический феномен, развитие которого обусловлено злоупотреблением психоактивных веществ (ПАВ), в частности алкоголем [2]. В настоящее время в литературных источниках можно найти следующие синонимы БР: «синдром Отелло», «супружеская паранойя», «бредовое расстройство — ревнивый тип», «болезненная ревность», «патологическая ревность» [1, 3]. M. Soyka, P. Schmidt et al. (2011) сообщили, что пациенты с хроническим бредовым расстройством имели БР в 78,3 % случаев, расстройства настроения включали около 20 % БР, а органические психические расстройства и расстройства, связанные с употреблением ПАВ, примерно в 7 % случаев сопровождались бредом с фабулой ревности [1]. Исследователи придерживаются мнения, что течение данного патологического состояния чаще имеет непрерывный характер развития от доминантной идеи ревности к сверхценной и до бредовой. Выделяют и другой вариант клинических проявлений БР, при котором наблюдаются обострения от двух дней до нескольких месяцев, при этом степень выраженности ревности может быть неизменной либо нарастать [4, 5]. Необходимо отметить, что российские исследователи придерживаются мнения о том, что БР — это не изолированное расстройство, оно находится во взаимосвязи с другими психическими нарушениями [6], в то время как исследователи дальнего зарубежья склонны рассматривать БР как уникальный изолированный феномен, формирующийся вследствие влияния личных особенностей и социальных факторов [2].

Сложность диагностики БР заключается еще и в том, что для психически здоровых

индивидуумов характерна эмоциональная реакция — ревность. Согласно определению Оксфордского толкового психологического словаря, ревность — это специфическая форма тревоги, которая возникает как результат неуверенности в интимном партнере [7]. Проявление ревности носит адаптивный характер, поскольку она предупреждает индивидуума о наличии соперника и способствует изменению поведения для сохранения ценных межличностных отношений [3]. L. K. Guerrero, P. A. Andersen (1997) выделили три компонента ревности как психологического конструкта: эмоциональный, когнитивный и поведенческий [2, 8].

Так, A. C. Lemonde et al. (2021) при изучении 636 пациентов с бредовым синдромом установили, что 27 % из них имели аффективный компонент, а 45 % имели сопутствующее расстройство, связанное с употреблением ПАВ [9]. F. Berisha et al. (2025) сделали заключение, что аффективная дисфункция предшествует ранним стадиям бредовых расстройств [10]. Первоначально доминирующий эмоциональный компонент может скрывать формирующиеся искажения мышления, что затрудняет распознавание перехода от нормальных проявлений ревности к БР, а следовательно, снижает настороженность в отношении вероятности проявления агрессии таких пациентов. D. Freeman, P. Bebbington et al. (2017), развивая свою гипотезу нейрокогнитивной модели образования бреда [11], предложили рассматривать бред как трансдиагностический феномен, утверждая, что нарушения настроения и бред коварируют друг с другом из-за причинно-следственной связи [12]. Все вышеуказанное расширяет возможности поиска признаков, которые могут выступать в качестве маркеров трансформации ревности в БР и способствовать как более раннему выявлению и лечению, так и профилактике проявления агрессии среди таких пациентов.

Цель исследования

Рассмотреть возможные маркеры, указывающие на формирование БР на примере описания клинического случая с опорой на доступные литературные исследования.

Материалы и методы

Оценка степени выраженности психопатологических симптомов проводилась с помощью шкалы PANSS (Kay et al., 1987); оценка степени выраженности тревоги проводилась с помощью шкалы тревоги Спилберга – Ханина (STAI) (Spielberg et al., 1970; Ю. Л. Ханин, 1976); оценка степени искажения мышления оценивалась с помощью патопсихологической диагностики с использованием методик «исключение лишнего», «классификация предметов», «метод пиктограмм», «объяснение пословиц и метафор», «сравнение понятий», «методика Леонтьева» (А. Р. Лурия и др., 1930).

Случай из клинической практики (составлен в соответствии с принципами системы CARE) [13].

Пациент В., 42 года. При поступлении: жалобы на нарушение сна, сниженное настроение и постоянные мысли в голове.

Anamnesis vitae: дядя по линии матери страдал алкоголизмом. Пациент имеет среднее образование, закончил два курса университета, служил в армии, специальности не имеет. Работал на разных работах, в основном был связан с продажами, в последнее время занимал руководящую должность менеджера. Незадолго до госпитализации был понижен в должности, а затем уволен, что тяжело переживал. Был женат, разведен около четырех лет назад, есть двое детей, с которыми, со слов пациента, поддерживает отношения. Несколько лет назад получил в наследство квартиру, из-за которой пришлось судиться с сестрой. Во время судебного процесса по разделу имущества «для своей безопасности» поставил камеры в квартире. Последний год проживал с сожительницей, но расстался пару месяцев назад, так как «уличил в измене». Не судим, административных взысканий не имеет.

Anamnesis morbi: употреблять алкоголь стал с совершеннолетия. Всегда предпочитал водку. В настоящее время толерантность — одна бутылка, может выпивать один, сформирован синдром отмены. В последние годы выпивает по выходным. Сообщил, что проходил анонимное лечение в виде кодирования (для себя). У нарколога на учете не состоял. В поле зрения психиатров попал летом 2024 г., когда понял, что сожительница изменила с другом, с которым выпивали. На этом фоне снизилось настроение, появилась тревога, нарушился сон, ощущал постоянное напряжение

в теле, увеличилась частота приступов мигрени и чаще наблюдалось повышение артериального давления (АД). Пациент В. мысленно возвращался к ситуации измены, отмечал, что мысли прокручивались в голове почти постоянно. Для снижения тревоги стал чаще выпивать спиртные напитки, а чтобы уснуть — корвалол. В связи с «отсутствием эффекта от самолечения» обратился за помощью, был госпитализирован в психиатрическую больницу. При психометрической оценке выраженности тревоги по шкале Спилберга – Ханина (STAI) показывал высокие значения как ситуативной (58 б), так и личностной (59 б) тревоги. Во время лечения получал пароксетин (paroxetine) — 20 мг/сут, зептол (carbamazepine) — 800 мг/сут, рисперидон (risperidone) — 4 мг/сут. Назначение нейролептика рисперидон (risperidone) было обусловлено наличием «сверхценных» идей об измене сожительницы. Выписан через 21 день с диагнозом F 41.3 и рекомендациями продолжить лечение по той же схеме. После выписки некоторое время принимал поддерживающее лечение, но из-за «отсутствия денег» прекратил лечение. Через месяц был вынужден вернуться к приему лекарственных средств из-за усиления симптомов. Как без приема фармацевтических средств, так и с ними продолжал алкоголизироваться по выходным и иногда по будням, а также принимал корвалол (corvalol) «для сна». Блезненная тревога и мысли по поводу измены сожительницы сохранялись и усиливались. Перестал справляться на работе. Был уволен, точную причину не сообщил. Дома не мог ничего делать. В феврале 2025 г. вновь обратился для лечения тревоги и нарушения сна, был госпитализирован повторно.

Сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия (АГ) 1-й стадии. Степень — АГ 1. Гиперлипидемия. Риск 2 (средний). Целевое АД < 130/<80 мм рт. ст. Мигрень без ауры (простая мигрень).

Психический статус при поступлении. О причинах госпитализации пациент В. рассказывает путано и непоследовательно. Фиксирован на собственных переживаниях, которые связывает со «стрессовой ситуацией». Рассказывает о том, что «был факт измены, это она [сожительница] меня довела до больницы, из-за нее я работы лишился». В своих описаниях, с одной стороны, излишне детализировал (особенно при описании фактов измен), с другой — идеи ревности носили отрывочный характер и касались как бывшей жены, так и сожительницы. Например, «жена изменяла с начальником. Я это понял по мелкому вранью бытовому — значит, скрывает что-то большее»; «приходила домой иногда нетрезвая, задерживалась с работы, говорила, что была с подругами, на корпоративе, но я-то знаю, где

была, это понятно»; «я же видел, как ее начальник подвозил на машине иногда...». Факт измены сожительницы с другом описывал следующим образом: «сожительница, я и мой друг выпивали, я отлучился на 15 минут за добавкой, а когда вернулся, все «почувствовал», увидел по блеску глаз, что у них все было. Затем многократно слушал запись с камеры и давал слушать друзьям, там все слышно: охи, ахи». Продемонстрировал врачам запись с неразборчивыми шумами и помехами. В момент демонстрации аффектируется, тычет пальцем в телефон: «Вот, вы слышали?». Пациент В. эгоцентричен. Утверждает, что друзья-мужчины ему завидуют, что он успешен в жизни, а «женщины все одинаковые», «я в них разочаровался», «а мои бывшие хотят ко мне вернуться, бегают за мной». Подозрителен, комментирует, что установил у себя в квартире камеру «для наблюдения, кто ходит ко мне». Склонен к конфликтам. Так, сложные отношения с сестрой описывает с раздражением и подчеркиванием ее негативных черт. Несмотря на то, что процесс раздела имущества закончен несколько лет назад, остается фиксирован на ситуации. Выявляет амбивалентность: с одной стороны, во всем винит бывшую жену и сожительницу: «вся жизнь под откос», но тут же сообщает, что собирается вернуться к жене, так как «осталась мечта свозить детей на юг всей семьей».

Преуменьшает размеры алкоголизации. При детальном опросе сообщил, что много лет употребляет алкоголь, предпочитает водку: 200–300 мл (со слов) по несколько дней, чаще в выходные, а иногда и вечером по будням — и корвалол для сна. Не берет на себя ответственность за употребление алкоголя: «это я начал с женой, она еще больше пила, потом из-за их измен, чтобы избавиться от мыслей, чтобы уснуть...». Считает, что не имеет зависимости, отрицает влияние алкоголя на свое здоровье, формально соглашается на лечение.

При использовании шкалы PANSS получены следующие результаты по субшкалам: позитивная — 19, параноидная воинственность — 8, нарушение мышления — 9, возбуждение (активация) — 11. Оценка отдельных значимых пунктов выявила: нарушение абстрактного мышления — 3, стереотипность мышления — 3, тревога — 5, напряжение — 3.

По шкале тревоги Спилберга — Ханина (STAI) выявлена высокая ситуативная (64 б) и личностная (65 б) тревожность.

Патопсихологическая диагностика (приведен сокращенный протокол). Работоспособность сохранена. Мотивация носит формальный характер, мышление эгоцентричное. В ходе решения ситуационных задач отмечается склонность опираться на несущественные связи между

предметами и явлениями. Например, сравнивая понятия «луна — чернильница», рассуждает следующим образом: «луна светит ночью, тьма, черное, чернильница — тоже черное. Тьма». «Тарелка — лодка»: «имеют углубления, но по сути разные». «Книга — форточка»: «нет общего, если только прямоугольная форма». В ассоциативном процессе отмечаются случаи актуализации латентных признаков предметов и явлений. Так, например, на слово «ответ» выбирает «зеркало»: «смотришь в зеркало — видишь отражение в ответ», на слово «труд» выбирает «глобус»: «ученье — труд». Образы пиктограмм характеризуются индивидуальной значимостью, носят формальный характер. Способен понимать и передавать смысл общеизвестных пословиц и фразеологизмов («ежовые рукавицы»; «лес рубят — щепки летят»; «не плюй в колодец — пригодится воды напиться»).

Выводы: исследования сферы мышления не выявили грубых нарушений динамической стороны, присутствуют нарушения операциональной стороны (в виде искажения процесса обобщения, опоры на несущественные, латентные признаки предметов и явлений), мотивационной стороны (в виде соскальзываний, формальности, элементов разноплановости).

Диагноз «Психотическое, преимущественно бредовое расстройство вследствие сочетанного употребления алкоголя и барбитуратов, F19.51. Синдром зависимости от сочетанного употребления алкоголя и барбитуратов, F19.2».

Данная госпитализация длилась 24 дня. Во время лечения получал рисперидон (risperidone) — 4 мг/сут, диазепам (diazepam) — 20 мг/сут, индопафон (indapamidum) — 2,5 мг/сут, лизиноприл (lisinopril) — 20 мг/сут, тиамин хлорид (thiamine chloride) — 50 мг/сут, силимарин (silybum) — 210 мг/сут, посещал психообразовательные встречи и проходил психотерапию.

К моменту выписки у пациента наладился сон, он стал спокойнее, болезненные переживания по отношению к сожительнице потеряли эмоциональную окраску. Сообщил, что лечение алкогольной зависимости не планирует, так как не считает себя «алкоголиком». В качестве поддерживающего лечения рекомендован рисперидон (risperidone) — 4 мг/сут.

Результаты и обсуждение

Приступая к обсуждению представленного клинического случая, необходимо указать, что мы придерживаемся мнения российских коллег о том, что БР — это не самостоятельный синдром. Такой взгляд, по нашему мнению, будет способствовать поиску предикторов развития и лучшей диагностике данного феномена.

В дебюте заболевания пациента В. отмечается выраженный тревожный синдром. Это было подтверждено в начале заболевания как клинически, так и психометрическим инструментом STAI. Ретроспективно можно рассматривать это как дебют заболевания [9, 10]. Такое заключение авторов подтверждается данными других исследователей. Так, A. C. Lemonde et al. (2018) сообщают, что тревога — важный предиктор начала бредового синдрома, и степень ее выраженности положительно коррелирует с выраженностью бреда вне зависимости от фабулы [9]. Была выявлена и обратная тенденция: увеличение тревоги коррелирует с усилением подозрительности и идеями преследования [14]. В свою очередь, H. Startup, D. Freeman, P. Garety et al. (2007) указывают, что чем выше тревога и беспокойство, тем стойкость бреда в течение трех месяцев выше [15]. Идеи ревности — когнитивный компонент психологического конструкта, относится к убеждениям. Наши убеждения формируют структуру, интерпретацию полученной информации, что способствует принятию решений с учетом индивидуальных и групповых норм, формируя культурные ценности. Например, согласно семейным традициям и религиозным убеждениям ряда стран, принято иметь одного сексуального партнера. Отклонение индивидуумов в поведении от данной нормы может «давать право» другим членам группы на осуждение и даже преследование. Отдельные индивидуумы могут переоценивать убеждение верности к одному партнеру. Есть также много примеров, когда сексуальных партнеров может быть несколько как одновременно, так и в течение жизни. Это «оправдывает» идеи ревности и может нивелировать их переход в сторону БР. Наши рассуждения необходимы, так как в последнее время появилась теория «психотического континуума», согласно которой бред не является специфическим маркером для психического заболевания, а скорее неразрывно связан с человеческим опытом [16]. Исследования сторонников данного направления показывают, что распространенность субклинического психотического опыта составляет от 5,3 до 7,2 % [17, 18]. На данный момент выводы этих исследований указывают на преждевременность гипотезы о «континууме бреда между нормой и полномасштабным психозом» [16]. Но одновременно это указывает на необходимость более внимательного подхода к пациентам, фабула бредовых идей которых включает аспект культурной нормы, как в представленном нами случае. Для исключения гипердиагностики БР мы намеренно использовали шкалу PANSS и патопсихологический эксперимент для сопостав-

ления результатов. Наш пациент демонстрировал искажения в мышлении в виде дезорганизации мышления и стереотипности (шкала PANSS), а также искажение процесса обобщения, опоры на несущественные, латентные признаки предметов и явлений, соскальзывание, формальность и элементы разноплановости (патопсихологический эксперимент). Полученные результаты согласуются с данными Т. П. Ключник, А. Б. Смулевич и др. (2023) [19]. При первой госпитализации пациент В. был обеспокоен только поведением сожительницы, а в представленном нами случае госпитализации говорил и о неверности бывшей супруги, т. е. идеи нашего пациента характеризуются обыденностью, стереотипностью, относительной изолированностью, но в то же время постепенно развиваются. Это может указывать на недостаточное амбулаторное лечение. Кроме того, согласно анамнезу, пациент В. самостоятельно отменял препараты. Исследователи С. С. Liu, Y. C. Wang, T. J. Hwang (2018) показали ухудшение прогноза БР при появлении бредовых идей в других сферах. В этой же работе указано, что если пациенты с БР приходили на лечение без партнера, то ответ на фармакотерапию был хуже, чем у тех, кто приходил с мужем/женой [20]. С учетом того, что пациент В. проживал один и за лечением обращался только по поводу тревоги и нарушения сна, но не идей ревности, можно думать о низком уровне осознания им своей болезни. Это несомненно влияет на комплаенс и прогноз. На сегодняшний день в анамнезе пациента В. нет указаний на проявление физической агрессии против сожительницы или бывшей жены. У него нет травм головы, что является предиктором проявления агрессии данной группы пациентов. Однако с учетом того, что он имеет сочетанный синдром зависимости, БР, низкий уровень осознания психического расстройства и гипертоническую болезнь, без должного лечения БР будет развиваться и риск проявления агрессии может увеличиться.

Заключение

Представленный нами случай показывает сложность диагностики БР на первичном этапе заболевания. Выраженные симптомы тревоги могут быть предикторами трансформации психологического конструкта ревности в БР. С учетом высокого риска проявления агрессивного поведения при БР пациенты с высоким уровнем тревоги и ревностью нуждаются в дополнительной диагностике мышления и наблюдении.

Список литературы / Reference

1. Soyka M, Schmidt P. Prevalence of delusional jealousy in psychiatric disorders. *Journal of forensic sciences*. 2011;56(2):450-452.
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2010.01664.x>
2. Whitson D, Mattingly BA. Waking the Green-Eyed Monster: Attachment Styles and Jealousy Induction in Romantic Relationships. *Psi Chi Journal of undergraduate research*. 2010;15(1):24.
DOI: <https://doi.org/10.24839/1089-4136.jn15.1.24>
3. Cipriani G, Vedovello M, Nuti A, di Fiorino A. Dangerous passion: Othello syndrome and dementia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012 Oct;66(6):467-73.
DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02386.x>
4. Козубовский В.М. Общая психология: познавательные процессы. Минск: Амалфея; 2008. 368 с.
Kozubovsky VM. General psychology: cognitive processes. Minsk: Amalfeia; 2008. 368 p. (in Russ).
5. Чумичева Н.В. К вопросу о паранойальном бреде ревности. Проблемы психологического благополучия: материалы Международной научно-практической онлайн-конференции, Екатеринбург: Уральский государственный педагогический университет; 2023:232-238.
Chumicheva NV. On the question of the paranoid delirium of jealousy. Problems of psychological well-being: materials of international scientific and practical online conference, Yekaterinburg: Ural State Pedagogical University. 2023: 232-238. (in Russ).
6. Щукина О.Г. Социально-психологические подходы в исследовании ревности: теоретический обзор. *Человеческий капитал*. 2022;3(159):123-134.
DOI: <https://doi.org/10.25629/HC.2022.03.14>
7. Schukina OG. Socio-psychological approaches in the study of jealousy: Theoretical review. *Human capital*. 2022;3(159):123-134. (in Russ).
DOI: <https://doi.org/10.25629/HC.2022.03.14>
7. Ребер А. Оксфордский толковый словарь по психологии. Москва: Вече АСТ; 2003. 592 с.
Ribs A. Oxford Explanatory Dictionary of Psychology. Moscow: AT AST; 2003. 592 p. (in Russ).
8. Guerrero LK, Peter AA. Jealousy experience and expression in romantic relationships. *Handbook of communication and emotion*. 1996:155-188.
DOI: <https://doi.org/10.1016/B978-012057770-5/50008-4>
9. Lemonde AC, Joobar R, Malla A, Iyer SN, Lepage M, Boksa P, Shah JL. Delusional content at initial presentation to a catchment-based early intervention service for psychosis. *Br J Psychiatry*. 2021 Apr;218(4):217-223. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.157>
10. Berisha F, Paquin V, Gold I, Misic B, Palaniyappan L, Malla A, et al. Exploring delusional themes and other symptoms in first episode psychosis: A network analysis over two timepoints. *Psychiatry Research*. 2025;344:116349.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116349>
11. Freeman D, Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Bebbington PE. A cognitive model of persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*. 2002;41(4):331-347.
DOI: <https://doi.org/10.1348/014466502760387461>
12. Bebbington P, Freeman D. Transdiagnostic extension of delusions: schizophrenia and beyond. *Schizophrenia bulletin*. 2017;43(2):273-282.
DOI: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw191>
13. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, et al. CARE 2013 explanations and elaborations: reporting guidelines for case reports. – *Journal of Clinical Epidemiology*, 2017;9(89):218-235.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026>
14. Ullrich S, Keers R, Shaw J, Doyle M, Coid JW. Acting on delusions: the role of negative affect in the pathway towards serious violence. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2018;29(5):691-704.
DOI: <https://doi.org/10.1080/14789949.2018.1434227>
15. Startup H, Freeman D, Garety PA. Persecutory delusions and catastrophic worry in psychosis: developing the understanding of delusion distress and persistence. *Behaviour research and therapy*. 2007;45(3):523-537.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.04.006>
16. Heilskov SER., Urfer-Parnas A, Nordgaard J. Delusions in the general population: a systematic review with emphasis on methodology. *Schizophrenia Research*. 2020;216:48-55.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.043>
17. van Os J, Driessen G, Gunther N, Delespaul P. Neighbourhood variation in incidence of schizophrenia: evidence for person-environment interaction. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;176(3):243-248.
DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.176.3.243>
18. Linscott RJ, Van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological medicine*. 2013;43(6):1133-1149. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0033291712001626>
19. Ключник Т.П., Смулевич А.Б., Зозуля С.А. Романов Д.В., Лобанова В.М. Клинико-иммунологические аспекты бредовых расстройств при параноидной шизофрении. *Психиатрия*. 2023;21(2):6-16. DOI: <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-2-6-16>
20. Klyushnik TP, Smulevich AB, Zozul SA, Romanov DV, Lobanova VM. Clinical-immunological aspects of delusional disorders with paranoid schizophrenia. *Psychiatry*. 2023;21 (2):6-16. (in Russ).
20. Liu CC, Wang YC, Hwang TJ. Pharmacotherapy for primary delusional jealousy, a retrospective observational study of 32 cases with Othello syndrome. *International Clinical Psychopharmacology*. 2018;33(2):92-97.
DOI: <https://doi.org/10.1097/yic.0000000000000207>

Информация об авторах / Information about the authors

Хмара Наталия Викторовна, к.м.н., доцент курса психиатрии, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5352-9384>

e-mail: grintuch1@gmail.com

Пицко Татьяна Петровна, старший преподаватель курса психиатрии, УО «Гомельский государственный медицинский университет»; Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5726-2894>

e-mail: tanja.pitsko@yandex.ru

Ермоленко Виктория Александровна, старший преподаватель курса психиатрии, УО «Гомельский государственный медицинский университет»; Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3751-1256>

e-mail: vika_201288@mail.ru

Natalia V. Hmara, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Psychiatry Course, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5352-9384>

e-mail: grintuch1@gmail.com

Tatsiana P. Pitsko, Senior Lecturer of the Psychiatry Course, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5726-2894>

e-mail: tanja.pitsko@yandex.ru

Viktoria A. Ermolenko, Senior Lecturer of the Psychiatry Course, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3751-1256>

e-mail: vika_201288@mail.ru

Шираани Абдул Рахман, магистр, клинический ординатор 2-го года обучения по специальности психиатрия, курс психиатрии, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9302-7083>

e-mail: shairaane@gmail.com

Shiraany A. Rahman, Master, 2nd year Clinical Resident in Psychiatry, Psychiatry Course, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9302-7083>

e-mail: shairaane@gmail.com

Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

Хмара Наталия Викторовна

e-mail: grintuch1@gmail.com

Natalia V. Hmara

e-mail: grintuch1@gmail.com

Поступила в редакцию / Received 27.06.2025

Поступила после рецензирования / Accepted 14.07.2025

Принята к публикации / Revised 14.08.2025