



**VILNIAUS UNIVERSITETAS
MEDICINOS FAKULTETAS**

Medicina

Klinikinės medicinos institutas, Psichiatrijos klinika

Eigirdas Radžvila, VI kursas, 14 grupė

*VIENTISŲJŲ STUDIJŲ MAGISTRO
BAIGIAMASIS DARBAS*

Otelo sindromas – įvairovė, pavojai ir prevencija

Othello's Syndrome – Diversity, Dangers and Prevention

Darbo vadovas

prof. dr. Alvydas Navickas

Katedros ar klinikos vadovas

prof. dr. Sigita Lesinskienė

Vilnius, 2026.

Studento elektroninio pašto adresas eigirdas.radzvila@mf.stud.vu.lt

TURINYS

SANTRAUKA	7
SUMMARY	8
INTERESŲ KONFLIKTAS.....	9
SANTRUMPOS	10
SĄVOKOS	11
1. ĮVADAS	13
1.1. Temos aktualumas, naujumas ir sąvokų apibrėžtis	13
1.1.1. Pavydas ir patologizacijos riba	13
1.1.2. Terminologinė painiava.....	13
1.1.3. Otelio sindromo terminas	14
1.1.4. Darbinė šio darbo pozicija	16
1.1.5. Darbo aktualumas ir naujumas.....	17
1.2. Darbo tikslas	17
1.3. Darbo uždaviniai	17
2. DARBO METODIKA.....	18
2.1. Tyrimo organizavimas	18
2.2. Tyrimo objektas	18
2.3. Literatūros paieškos strategija.....	18
2.4. Publikacijų įtraukimo kriterijai	19
2.5. Publikacijų neįtraukimo kriterijai.....	20
2.6. Literatūros atrankos eiga	20
2.7. Duomenų analizė ir sintezė	21
2.8. Metodologiniai ribotumai.....	21
3. LITERATŪROS APŽVALGOS REZULTATAI	23
3.1. Pavydo samprata ir teoriniai modeliai.....	23
3.1.1. Pavydas kaip daugialypė emocija ir santykio struktūra.....	23
3.1.2. Emociniai, kognityviniai ir elgesio komponentai	25
3.1.3. Pavydas, savinimasis ir tikrumo paieška	25
3.1.4. Socialinis ir diskursyvinis matmuo	26
3.1.5. Normalumo ir patologijos riba.....	27
3.1.6. Kultūrinės pavydo formos ir socialinė raiška	28
3.1.7. Evoliucinės psichologijos perspektyva	29
3.1.8. Kognityviniai mechanizmai	31

3.2.	Otelo sindromo istorinė raida	33
3.2.1.	Pavydas iki klinikinės psichiatrijos: moralinė, religinė ir literatūrinė samprata	33
3.2.2.	Literatūriniai patologinio pavydo modeliai: nuo Prousto iki Tolstojaus 35	
3.2.3.	XIX a. psichiatrija: nuo monomanijos prie pavydo kliedesio	35
3.2.4.	Abejonė, tikrumas ir fenomenologinė pavydo kliedesio analizė.....	36
3.2.5.	Clérambault, Lagache ir Ey: aistringieji kliedesiai ir struktūrinė patologinio pavydo samprata	37
3.2.6.	Psichoanalitinės interpretacijos: projekcija, ambivalencija ir identifikacija.....	39
3.2.7.	Organiniai, toksiniai ir alkoholio veiksniai istorinėje literatūroje	41
3.2.8.	Termino „Otelo sindromas“ įtvirtinimas.....	41
3.2.9.	Istorinės raidos apibendrinimas	43
3.3.	Psichoanalitinė pavydo samprata	43
3.3.1.	Pavydas kaip gilesnio konflikto išraiška.....	43
3.3.2.	Freudo pavydo tipologija	44
3.3.3.	Narcisizmas, objektiniai santykiai ir Lagache	44
3.3.4.	Lakaniškoji pavydo struktūra.....	46
3.3.5.	Klinikinė psichoanalitinės perspektyvos riba	47
3.4.	Kliedesio samprata ir jo apibrėžimo problematika	49
3.5.	Kliedesinis sutrikimas	50
3.5.1.	Kliedesinis sutrikimas ir jo ribos	50
3.5.2.	Klasifikacija DSM ir TLK sistemose.....	51
3.5.3.	Kliedesinio sutrikimo diagnostinės praktikos sunkumai	53
3.6.	Otelo sindromo fenomenologija ir kliedesio dinamika.....	55
3.6.1.	Kliedesinio pavydo pradžia.....	55
3.6.2.	Kasdienybės perinterpretavimas kaip „įrodymų“ kūrimas	56
3.6.3.	Reikalavimas prisipažinti ir jo paradoksas	57
3.6.4.	Partnerio gyvenimo deformavimas	57
3.6.5.	Vengimas ir pavydo palaikymas	58
3.6.6.	Seksualumas, hiperaktyvumas ir atstūmimo ratas	58
3.6.7.	Alkoholis ir agresyvi pavydo dinamika	58
3.6.8.	Funkcionavimo sutrikimas ir paciento distresas	58
3.6.9.	Liguisto pavydo diagnostinės ribos.....	59

3.6.10.	Fenomenologinės dalies apibendrinimas	59
3.7.	Patologinio pavydo formos ir diferencinė diagnostika	60
3.7.1.	Klasifikavimo problema.....	60
3.7.2.	Obsesinis pavydas	61
3.7.3.	Obsesinio pavydo fenomenologija.....	62
3.7.4.	Pervertintos idėjos	64
3.8.	Psichologiniai, asmenybės ir seksualiniai veiksniai.....	65
3.8.1.	Ankstyvas pažeidžiamumas ir premorbidiniai bruožai.....	65
3.8.2.	Interpretacinis stilius ir asmenybės bruožai	65
3.8.3.	Prierašumas ir santykių nesaugumas	65
3.8.4.	Savivertė ir vidinis nesaugumas.....	65
3.8.5.	Ribinė ir paranoidinė asmenybė.....	66
3.8.6.	Priklausomybė nuo santykio ir emocinis reguliavimas	66
3.8.7.	Psichodinaminiai aspektai	66
3.8.8.	Genetiniai ir šeiminiai veiksniai	67
3.8.9.	Seksualiniai veiksniai ir santykio dinamika.....	68
3.8.10.	Socialiniai ir demografiniai rizikos veiksniai	68
3.9.	Paplitimas ir demografiniai ypatumai	69
3.9.1.	Paplitimo klausimo klinikinė reikšmė	69
3.9.2.	Paplitimo vertinimo sunkumai	69
3.9.3.	Hospitalinės imtys ir Soyka tyrimų reikšmė	69
3.9.4.	Kliedesinis pavydas kaip platesnės psichozinės struktūros dalis	70
3.9.5.	Ilgalaikio stebėjimo tyrimai ir prognozės klausimas	70
3.9.6.	Etiologinė įvairovė: alkoholis, organiniai veiksniai ir medikamentai ..	71
3.9.7.	Ambulatorinės imtys ir platesnis liguisto pavydo spektras	72
3.9.8.	Hospitalinės statistikos ribos.....	73
3.9.9.	Bendruomeninės imtys: pavydo elgesys ir pagalbos poreikis	73
3.9.10.	Socialinis ir Lietuvos kontekstas	74
3.9.11.	Amžius	75
3.9.12.	Lytis.....	76
3.10.	Neurologiniai, organiniai ir psichiatriniai kontekstai.....	78
3.10.1.	Organinės ir neuropsichiatrinės kilmės reikšmė.....	78
3.10.2.	Smegenų pažeidimai, kraujagysliniai atvejai ir funkciniai tinklai	79
3.10.3.	Neurodegeneracinės ligos, demencija ir elgesio disinhibicija.....	79

3.10.4.	Kitos organinės priežastys: navikai, hidrocefalija, infekcijos, epilepsija	80
3.10.5.	Senatvė, demencija ir neurodegeneracinės ligos	82
3.10.6.	Alkoholio vartojimas ir kliesesinis pavydas: istorinės koncepcijos, tipologijos ir šiuolaikiniai duomenys	84
3.10.7.	Afektiniai sutrikimai	87
3.10.8.	Šizofrenija	89
3.10.9.	Parkinsono liga	91
3.10.10.	Psichoaktyviosios medžiagos	95
3.11.	Otelo sindromo pavojai individui ir visuomenei	97
3.11.1.	Smurtas prieš partnerį	97
3.11.2.	Grasanimai, persekiojimas ir kontrolė	98
3.11.3.	Žmogžudystė, nužudymas–savižudybė ir savižudybė	99
3.11.4.	Poveikis vaikams ir šeimai	100
3.11.5.	Lyčių skirtumai	101
3.11.6.	Teismo psichiatrijos ir teisinis aspektas	101
3.12.	Prevencija ir klinikinės intervencijos	103
3.12.1.	Rizikos vertinimas, saugumo planavimas ir ankstyvoji prevencija	103
3.12.2.	Farmakologinės intervencijos	108
3.12.3.	Psichoterapija	114
	Lentelė 1. PubMed paieškoje identifikuotų ir pagal tinkamumo kriterijus atrinktų 2005–2026 m. publikacijų charakteristikos	119
	Lentelė 2. Atrinktų publikacijų pagrindinių rezultatų teminė sintezė	125
4.	REZULTATŲ APIBENDRINIMAS	128
4.1.	Atrinktų publikacijų pobūdis	128
4.2.	Diagnostinis nevienalytiškumas	128
4.3.	Paplitimas ir demografiniai duomenys	129
4.4.	Etiologinės kryptys	129
4.5.	Parkinsono liga ir dopaminerginis gydymas	129
4.6.	Neurologiniai ir organiniai atvejai	130
4.7.	Psichoaktyviosios medžiagos ir psichiatrinis kontekstas	130
4.8.	Klinikinė raida ir elgesio pasekmės	131
4.9.	Smurtas, suicidiškumas ir teismo psichiatrija	131
4.10.	Gydymo ir prevencijos duomenys	132

4.11.	Bendroji rezultatų išvada.....	132
5.	DISKUSIJA.....	134
5.1.	Otelo sindromas kaip sindrominis reiškinyss	134
5.2.	Patologinio pavydo kontinuumas ir diagnostinės ribos	134
5.3.	Kliedesys, tiesa ir klaidingos diagnozės pavojus	135
5.4.	Etiologinis heterogeniškumas ir klinikinio vertinimo pasekmės	136
5.5.	Teorinių perspektyvų reikšmė	136
5.6.	Pavojingumas ir prevencinė reikšmė.....	138
5.7.	Gydymo ribos ir praktinės problemos.....	138
5.8.	Darbo ribotumai.....	139
5.9.	Shakespeare'o Otelas: ar pačiam Otelui galima diagnozuoti Otelo sindromą?	139
6.	IŠVADOS	144
7.	PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS	146
	PADĖKA	148
8.	LITERATŪROS SĄRAŠAS	149

SANTRAUKA

Otelo sindromas (kliesesinis pavydas) yra klinikiškai reikšmingas, tačiau nevienareikšmiškai apibrėžiamas reiškinys, susijęs su padidėjusia smurto artimoje aplinkoje ir savižudiško elgesio rizika. Nepaisant jo svarbos, šiuolaikinėje psichiatrijoje išlieka terminologinė ir diagnostinė painiava, o šis reiškinys dažnai traktuojamas ne kaip savarankiška diagnozė, bet kaip įvairių psichikos ir neurologinių sutrikimų simptomas. Todėl aktualu sistemiškai išanalizuoti Otelo sindromo klinikinę įvairovę, pavojus ir galimas prevencijos kryptis. Darbo tikslas – išnagrinėti Otelo sindromo klinikinę įvairovę, identifikuoti su juo susijusius pavojus ir aptarti prevencijos strategijas. Uždaviniai: (1) apžvelgti mokslinę literatūrą ir išanalizuoti Otelo sindromo formas bei etiologinius veiksnius; (2) įvertinti šio reiškimo poveikį individui ir visuomenei; (3) aptarti galimas prevencijos strategijas, remiantis transdiagnostiniu požiūriu. Darbe taikyta nesisteminė literatūros analizė, apimanti istorinius ir šiuolaikinius šaltinius nuo XIX a. iki 2026 m., ypatingą dėmesį skiriant PubMed duomenų bazėje publikuotiems 2005–2026 m. straipsniams. Analizuoti klinikiniai, epidemiologiniai ir teoriniai tyrimai, nagrinėjantys patologinio pavydo fenomenologiją, etiologiją ir pasekmes. Analizės rezultatai rodo, kad patologinis pavydas sudaro kontinuumą nuo nepsichozinių formų (obsesinio pavydo, pervertintų idėjų) iki kliesesinio pavydo, kuris šiame darbe konceptualiai siejamas su Otelo sindromu. Nustatyta, kad Otelo sindromas dažniausiai pasireiškia kitų psichikos, neurologinių ar su medžiagų vartojimu susijusių sutrikimų kontekste. Taip pat nustatyta, kad šis reiškinys yra susijęs su reikšmingomis neigiamomis pasekmėmis, įskaitant smurtą artimoje aplinkoje, heteroagresiją ir padidėjusią savižudybės riziką. Išvadose pabrėžiama, kad Otelo sindromas turėtų būti suprantamas kaip heterogeniškas klinikinis reiškinys, o ne vienalytė nozologinė kategorija. Prevencijai ir klinikiniam valdymui svarbus transdiagnostinis ir etiologiškai orientuotas požiūris, apimantis ankstyvą patologinio ar kliesesinio pavydo atpažinimą, smurto ir savižudybės rizikos vertinimą, saugumo planavimą, psichoeducaciją, psichoterapines intervencijas, priklausomybių gydymą, organinių ar medikamentinių priežasčių nustatymą ir, esant indikacijoms, farmakoterapiją. Ankstyva individualizuota intervencija gali sumažinti žalą pacientui, partneriui ir šeimai. Taip pat išryškinamas poreikis tolesniems tyrimams, ypač Lietuvos kontekste.

RAKTAŽODŽIAI: Otelo sindromas; kliesesinis pavydas; liguistas pavydas; kliesesinis sutrikimas; smurto rizika; prevencija.

SUMMARY

Othello syndrome (delusional jealousy) is a clinically significant yet ambiguously defined phenomenon associated with an increased risk of intimate partner violence and suicidal behavior. Despite its clinical relevance, contemporary psychiatry still reflects terminological and diagnostic uncertainty, and the phenomenon is often treated not as an independent diagnosis but as a symptom occurring in various psychiatric and neurological disorders. The aim of this thesis is to examine the clinical diversity of Othello syndrome, identify its associated risks, and discuss prevention strategies. The objectives are: (1) to review the scientific literature and analyze the forms and etiological factors of Othello syndrome; (2) to evaluate its impact on the individual and society; and (3) to discuss prevention strategies from a transdiagnostic perspective. A narrative literature review was conducted, including historical and contemporary sources from the nineteenth century to 2026, with particular attention to PubMed publications from 2005 to 2026. The analysis suggests that pathological jealousy forms a continuum from non-psychotic forms, such as obsessive jealousy and overvalued ideas, to delusional jealousy, which is conceptually linked to Othello syndrome in this thesis. Othello syndrome most often appears in the context of psychiatric, neurological, or substance-use disorders and is associated with serious consequences, including intimate partner violence, heteroaggression, and increased suicide risk. The conclusions emphasize that Othello syndrome should be understood as a heterogeneous clinical phenomenon rather than a single nosological category. Prevention and clinical management should follow a transdiagnostic and etiologically oriented approach, including early recognition of pathological or delusional jealousy, assessment of violence and suicide risk, safety planning, psychoeducation, psychotherapeutic interventions, treatment of substance use disorders, identification of organic or medication-related causes, and pharmacotherapy when clinically indicated. Early individualized intervention may reduce harm to the patient, partner, and family. Further research is needed, especially in the Lithuanian context.

Keywords: Othello syndrome; delusional jealousy; morbid jealousy; delusional disorder; violence risk; prevention.

INTERESŲ KONFLIKTAS

Autorius interesų konflikto neturėjo.

SANTRUMPOS

AMDP – „Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie“; standartizuota psichopatologinių simptomų vertinimo ir dokumentavimo psichiatrijoje sistema. Šiame darbe minima aptariant tyrimus, kuriuose pagal AMDP buvo vertinti kludiesiniai simptomai, įskaitant klideshow pavydą.

AUD – alkoholio vartojimo sutrikimas (angl. „alcohol use disorder“).

CNS – centrinė nervų sistema.

DBS – gilioji smegenų stimuliacija (angl. „deep brain stimulation“).

DDS – dopamino disreguliacijos sindromas (angl. „dopamine dysregulation syndrome“).

DSM – Psichikos sutrikimų diagnostikos ir statistikos vadovas (angl. „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“).

EKT – elektrokonvulsinė terapija.

FAERS – JAV Maisto ir vaistų administracijos nepageidaujamų įvykių pranešimų sistema (angl. „FDA Adverse Event Reporting System“).

GHQ – Bendrosios sveikatos klausimynas (angl. „General Health Questionnaire“).

KAT – kognityvinė analitinė terapija (angl. „cognitive analytic therapy“).

KET – kognityvinė elgesio terapija.

MRT – magnetinio rezonanso tomografija.

OKS – obsesinis kompulsinis sutrikimas.

OR – šansų santykis (angl. „odds ratio“).

OS – Otelio sindromas.

PI – pasikliautinasis intervalas.

PL – Parkinsono liga.

PRISMA – sisteminių apžvalgų ir metaanalizių ataskaitų teikimo gairių akronimas (angl. „Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses“).

PubMed – biomedicinos ir gyvybės mokslų publikacijų duomenų bazė.

RCT – atsitiktinių imčių kontroliuojamas tyrimas (angl. „randomized controlled trial“).

SD – standartinis nuokrypis.

SPECT – vieno fotono emisijos kompiuterinė tomografija (angl. „single-photon emission computed tomography“).

SSRI – selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai.

STN – pogumburinis branduolys (angl. „subthalamic nucleus“).

TLK – Tarptautinė ligų klasifikacija; tekste minimos TLK-10 ir TLK-11 redakcijos.

SĄVOKOS

Otelo sindromas – šiame darbe vartojamas kaip klinikinis sindromas, kuriam būdingas dominuojantis, nepagrįstas ir sunkiai koreguojamas kliesesinio intensyvumo įsitikinimas partnerio neištikimybėje. Sindromas gali pasireikšti pirminių psichikos sutrikimų, neurologinių ligų, priklausomybių ar medikamentinio poveikio kontekste.

Patologinis / liguistas pavydas – plačiausia sąvoka, apimanti perdėtą, neadekvatą ar destruktivų pavydą, kuris sutrikdo asmens funkcionavimą, santykius arba saugumą. Ši sąvoka gali apimti kliesesinį, obsesinį ir perversintų idėjų pobūdžio pavydą.

Kliesesinis pavydas – pavydo forma, kai įsitikinimas partnerio neištikimybėje pasiekia kliesesio intensyvumą: jis tampa tvirtas, menkai koreguojamas ir išlieka nepaisant priešingų įrodymų.

Neištikimybės kliesesys – konkretus kliesesinio pavydo turinys, kai pagrindinė kliesesinė tema yra tariama partnerio neištikimybė.

Pavydo tipo kliesesinis sutrikimas – diagnostinė kategorija, kai vyraujantis kliesesys susijęs su partnerio neištikimybėje, o kiti psichozės požymiai nėra dominuojantys.

Obsesinis pavydas – pavydo forma, kai mintys apie partnerio neištikimybę yra įkyrios, nerimą keliančios ir dažnai paties asmens vertinamos kaip perteklinės arba svetimos. Tokiu atveju gali kartotis tikrinimas, patikinimo ieškojimas ir vengimas.

Perversinta idėja – emociškai labai reikšminga ir elgesį organizuojanti idėja, kuri nėra tokia nekoreguojama kaip kliesesys, tačiau gali stipriai paveikti asmens sprendimus, santykius ir rizikingą elgesį.

Kliesesys – klaidingas arba akivaizdžiai nepagrįstas, tvirtas ir sunkiai koreguojamas įsitikinimas, neatitinkantis tikrovės ir nepaaiškinamas asmens kultūriniu, religiniu ar socialiniu kontekstu.

Psichozė – būseną, kai sutrinka tikrovės vertinimas; jai gali būti būdingi kliesesiai, haliucinacijos, mąstymo dezorganizacija ar ryškiai pakitęs elgesys.

Ižvalga – asmens gebėjimas atpažinti, kad jo išgyvenimai, mintys ar įsitikinimai gali būti sutrikimo dalis, ir gebėjimas jais abejoti.

Komorbidiškumas – dviejų ar daugiau psichikos, neurologinių ar somatinių sutrikimų buvimas tuo pačiu metu.

Impulsų kontrolės sutrikimai – būklės, kai asmeniui sunku kontroliuoti potraukius ar elgesį, pavyzdžiui, pataloginį lošimą, hiperseksualumą, kompulsyvų pirkimą ar kitą impulsyvų elgesį.

Dopamino disreguliacijos sindromas – su dopaminergine terapija siejamas nekontroliuojamo arba perteklinio dopaminerginių vaistų vartojimo modelis, galintis būti susijęs su impulsyvumu, nuotaikos pokyčiais ir psichoziniais simptomais.

Rizikos vertinimas – sistemingas galimo smurto, savižudybės, partnerio persekiojimo ar kitos žalos tikimybės įvertinimas, ypač kai pavydas tampa kliesesinis arba susijęs su grasinimais ir kontrolės elgesiu.

Psichoedukacija – pacientui ir jo artimiesiems teikiama informacija apie sutrikimo pobūdį, rizikos veiksnius, gydymo galimybes, atkryčio požymius ir saugumo priemonės.

Smurtas artimoje aplinkoje – fizinis, psichologinis, seksualinis ar ekonominis smurtas tarp artimų santykius palaikančių asmenų; ši sąvoka šiame darbe svarbi dėl Otelo sindromo sąsajų su partnerio kontrole, grasinimais ir agresijos rizika.

1. ĮVADAS

„Bijokite pavydo, generole,
To atšiauraus siaubūno žaliaakio,
Kurs juokdamasis graužia savo auką.“

— W. Shakespeare, „Otelas“, p. 80.

1.1. Temos aktualumas, naujumas ir sąvokų apibrėžtis

1.1.1. Pavydas ir patologizacijos riba

Pavydas yra universali ir daugialypė žmogaus emocija, kuri romantiniuose santykiuose atlieka svarbią adaptacinę funkciją, susijusią su ryšio išsaugojimu ir galimos konkurencijos atpažinimu. Tačiau tam tikromis aplinkybėmis ši kompleksinė emocija gali įgyti pataloginį pobūdį, kai prarandamas ryšys su realybe, atsiranda nepagrįsti įtarimai ir elgesys, trikdančias asmens funkcionavimą bei keliantis pavojų aplinkiniams. Tokiais atvejais kalbama apie pataloginį pavydą – reiškinį, kuris psichiatrijoje dažniau traktuojamas kaip klinikinis fenomenas veikiamas įvairių veiksnių, tačiau kai kuriais atvejais gali pasireikšti kaip santykinai autonomiška klinikinė forma pavydo tipo kliesesinio sutrikimo kontekste [1,2].

Viena ryškiausių šio reiškinio formų yra vadinamasis Otelos sindromas – būklė, kuriai būdingas nepagrįstas, tvirtas ir sunkiai koreguojamas įsitikinimas partnerio neištikimybe. Šis terminas, kilęs iš literatūrinio William Shakespeare'o personažo, plačiai vartojamas klinikinėje ir akademinėje kalboje, tačiau jo apibrėžimas ir ribos išlieka neaiškios. Skirtingi autoriai Otelos sindromą traktuoja nevienodai, tačiau daugelyje šiuolaikinių darbų linkstama tapatinti su kliesesiniu pavydu, t. y. nepagrįstu ir tvirtu įsitikinimu partnerio neištikimybe, nepaisant objektyvių įrodymų stokos. Be to, šis terminas nėra aiškiai apibrėžtas pagrindinėse diagnostinėse klasifikacijose, tokiose kaip DSM ar TLK, o klinikinėje praktikoje dažnai vartojamas nevienareikšmiškai.

1.1.2. Terminologinė painiava

Literatūroje pataloginiam pavydui apibūdinti vartojama daug iš dalies persidengiančių terminų, todėl jau pačioje sąvokų plotmėje iškyla svarbi metodologinė problema. Anglų kalbos literatūroje vartojama nemažai iš dalies persidengiančių terminų: kliesesinis pavydas (angl. „delusional jealousy“), Otelos sindromas (angl. „Othello syndrome“), psichozinis pavydas (angl. „psychotic jealousy“), neištikimbės kliesesys (angl. „delusion of infidelity“), santuokinė paranoja (angl. „conjugal paranoia“), seksualinis pavydas (angl. „sexual jealousy“), liguistas pavydas (angl. „morbid jealousy“), pataloginis pavydas (angl. „pathological jealousy“), iracionalus pavydas (angl. „irrational jealousy“), paranoidinis pavydas (angl. „paranoid jealousy“) bei Otelos kompleksas (angl. „Othello complex“) [3,4]. Ši įvairovė rodo, kad kalbama ne apie vieną aiškiai apibrėžtą klinikinę

diagnozę, bet apie platesnį reiškinių lauką, kuriame susikerta normalus pavydas, obsesinis pavydas, pervertintos idėjos, kliesesinis įsitikinimas, asmenybės bruožai, psichoziniai sutrikimai, neurologinės ligos ir medžiagų vartojimo padariniai.

Plačiausias terminas yra „patologinis“ arba „liguistas pavydas“ (angl. „morbid jealousy“). Jis dažniausiai vartojamas kaip aprašomoji sąvoka, apimanti įvairias perdėto, neadekvataus ar destraktyvaus pavydo formas. Dėl to jis nėra tapatus kliesesiniam pavydui. Liguistas pavydas gali reikšti kaip obsesinės abejonės, kompulsyvus tikrinimas, pervertintos idėjos ar tikras kliesesinis įsitikinimas. Todėl dalis autorių pabrėžia, kad ši sąvoka veikia nusako klinikinį fenomeną, o ne savarankišką nozologinį vienetą, ir pirmiausia vartojama kaip aprašomasis terminas [2,5]. Panašią poziciją galima rasti ir Kingham bei Gordon apžvalgoje: „Otelo sindromas“ populiarioje vartosenoje dažnai tapatinamas su liguistu pavydu, tačiau tai gali klaidinti, nes sudaro įspūdį, kad liguistas pavydas yra vienalytis sindromas, nors iš tikrųjų jis gali būti skirtingų psichopatologinių procesų rezultatas [1].

Siauresnis ir kliniškai tikslesnis terminas yra „kliesesinis pavydas“ (angl. „delusional jealousy“). Jis apibūdina įsitikinimą partnerio neištikimybe, pasiekiantį kliesesio intensyvumą: įsitikinimas tampa klaidingas, nepagrįstas, atsparus kontrargumentams ir organizuoja paciento elgesį. Silva ir bendraautoriai būtent dėl šios priežasties renka terminą „kliesesinis pavydas“, nes jis aiškiau nurodo psichozinį reiškinių pobūdį nei platesni pavadinimai, tokie kaip „liguistas pavydas“ ar „patologinis pavydas“ [3]. Kliesesinis pavydas nėra tapatus visam patologinio pavydo laukui, o sudaro tik vieną jo dalį. Patologinis (liguistas) pavydas apima platesnį spektrą – nuo nepsichozinių formų, tokių kaip obsesinis pavydas ar pervertintos idėjos, iki psichozinio lygmens kliesesinių įsitikinimų. Kitaip tariant, kliesesinis pavydas gali būti laikomas kraštutine šio kontinuumo išraiška, kai įtarimai apie neištikimybę įgauna fiksuoto, nebekoreguojamo įsitikinimo pobūdį. Klasifikačiniu požiūriu, DSM-IV kontekste dalis tokių atvejų galėjo būti priskiriami kliesesiniam sutrikimui, pavydo tipui. Tačiau ši kategorija apima tik siaurą viso patologinio pavydo spektro dalį [3,6]. Analogiška situacija išlieka ir vėlesnėse klasifikacijose: tiek DSM-V, tiek TLK-10 (ICD-10) kliesesinis pavydas nėra išskiriamas kaip savarankiška diagnozė, o paprastai klasifikuojamas kaip pavydo tipo kliesesinio sutrikimo dalis arba kaip simptomas kitų psichikos, organinių ar medžiagų sukeltų sutrikimų kontekste. Dėl šios priežasties šios diagnostinės sistemos neapima viso patologinio pavydo fenomenologinio kontinuumo ir palieka dalį klinikinių atvejų už aiškių kategorinių ribų.

1.1.3. Otelo sindromo terminas

Otelo sindromo (OS) terminas yra labiausiai kultūriškai atpažįstamas. Jis kilo iš Shakespeare'o tragedijos herojaus Otelo figūros ir psichiatrijos literatūroje pradėtas plačiau vartoti po Todd ir Dewhurst darbų, o nuo XX a. antrosios pusės tapo įprastu eponimu kliesesinėms neištikimybės

idėjoms apibūdinti [7–9]. Šiuolaikinėse publikacijose jis dažnai apibrėžiamas kaip paranojinio pobūdžio kliesesinis pavydas, kuriam būdingas klaidingas ir nepagrįstas įsitikinimas partnerio seksualine neištikimybe, lydimas nuolatinio susirūpinimo, įtarinėjimo ir „įrodymų“ paieškos [7–9]. Pavyzdžiui, Park ir bendraautoriai Otelo sindromą apibrėžia kaip būklę, kuriai būdingas pavydo kliesesys - fiksuotas klaidingas įsitikinimas, kad sutuoktinis turi nesantuokinių ryšių, sukeliantis reikšmingą santykių įtampą [8].

Vis dėlto OS pavadinimas yra problemiškas. Pirma, eponimas sukuria įspūdį, kad kalbama apie aiškią ir vieningą klinikinę būklę. Tačiau literatūra rodo priešingai: neištikimbės kliesesys gali pasireikšti kaip izoliuotas kliesesinis sutrikimas, šizofrenijos dalis, nuotaikos sutrikimai su psichozės simptomais, alkoholio ar kitų medžiagų vartojimo pasekmė, Parkinsono ligos gydymo dopaminerginiais vaistais komplikacija, demencijos ar insulto padarinys [8,10,11]. Todėl tas pats pavadinimas gali būti taikomas labai skirtingoms etiologinėms ir klinikinėms situacijoms. Antra, kaip pabrėžia A. Munro, „Otelo sindromas“ gali būti klaidinantis, nes neretai vartojamas bet kokiam perdėtam pavydui, ypač kai istorija baigiasi tragiškai, apibūdinti. Be to, pats Shakespeare'o Otelas nebūtinai atitinka kliesesinio pavydo modelį: jis buvo pastūmėtas Jago manipuliacijų, o ne spontaniškai išvystė nepagrįstą kliesesinį įsitikinimą apie Dezdemonos neištikimbę; šis klausimas bus detaliau aptariamas vėlesniuose skyriuose [12,13].

Svarbią ribą siūlo Enoch. Jo požiūriu, neištikimbės kliesesys gali pasireikšti „grynąja“ forma arba jau esamos psichozės kontekste. Pirmuoju atveju Otelo sindromo terminas yra labiau pagrįstas. Antruoju atveju jį reikėtų vartoti atsargiai: jei neištikimbės kliesesys yra pastovus, centrinis ir dominuoja visą klinikinį vaizdą, terminas dar gali būti taikomas; tačiau jei tai tik nepastovus, antraeilis ar vienas iš daugelio kitos psichozės simptomų, „Otelo sindromo“ pavadinimas tampa netikslus [14]. Šis skirtumas labai svarbus, nes leidžia atskirti Otelo sindromą kaip dominuojančią psichopatologinę struktūrą nuo pavydo turinio kliesesio kito sutrikimo eigoje.

Papildomai Enoch pažymi, kad OS prognozė tradiciškai vertinta kaip nepalanki: kuo labiau izoliuota arba „grynoji“ forma, tuo ji dažniau būna patvaresnė. Kai neištikimbės kliesesys pasireiškia kitos psichozės kontekste, jo eiga gali sekti pagrindinės ligos eigą, tačiau kai kuriais atvejais, nusiūgus kitiems simptomams, pavydo kliesesys išlieka arba net tampa ryškesnis. Dėl šio santykinio savarankiškumo Enoch šią eigą lygina ne su de Clérambault sindromu, bet veikiau su Capgras'o sindromu [14].

Ši skirtis padeda paaiškinti ir klasifikacinę painiavą: tyrimuose ne visuomet taikomi vienodi kriterijai, todėl sąvokos „liguistas pavydas“, „Otelo sindromas“, „pavydo kliesesys“ ar „kliesesinis pavydas“ vartojamos nevienodai. Kai kuriose publikacijose OS labiau siejamas su organinėmis ar toksinėmis priežastimis, tačiau aiškos ribos tarp šio termino ir kitų pavadinimų nėra [14,15]. Dėl to tas pats pavadinimas gali žymėti skirtingas klinikines situacijas: šizofrenijos simptomą, kliesesinį

sutrikimą, alkoholio sukeltą psichozę, demencijos ar insulto padarinį, obsesinį pavydą arba asmenybės sutrikimo kontekste kylančią patologinę reakciją.

1.1.4. Darbinė šio darbo pozicija

Aptarta terminologinė ir diagnostinė painiava rodo, kad prieš pradedant tolesnę analizę būtina aiškiai apibrėžti, kaip šiame darbe bus vartojamas Otelio sindromo terminas. Šią terminologinę ir diagnostinę įtampą gerai išryškina Easton ir bendraautorių analizė: autoriai iš literatūroje aprašytų patologinio pavydo atvejų nustatė, kad tik nedidelė dalis atitiko griežtus DSM kliesesinio sutrikimo, pavydo tipo, kriterijus. Iš 398 surinktų atvejų 309 turėjo aiškiai nurodytą diagnozę, o kliesesinio sutrikimo, pavydo tipo, kriterijus atitiko tik maža dalis. Tai rodo, kad kliesesinis sutrikimas, pavydo tipas, nėra tapatus visam patologinio pavydo laukui ir apima tik vieną jo segmentą. Be to, jų „Othello delusion“ kaip specifinė diagnostinė etiketė literatūroje pasitaikė itin retai, todėl pats eponimas labiau veikia kaip kultūrinis ir aprašomasis, o ne griežtai diagnostinis pavadinimas [16].

Lietuviškoje psichiatrijos literatūroje taip pat nėra visiškai nusistovėjusios terminologijos. Dembinsko vadovėlyje vartojamas „pavydo kliesesio“ terminas, dažniausiai aptariant paranojinį sindromą, alkoholizmą ar mažos apimties kliesesius. Čia pabrėžiama, kad ligonis būna įsitikinęs partnerės neištikimybėje, o kasdieniai įvykiai - vėlavimas iš darbo, telefono skambutis, šiltesnis ar šaltesnis bendravimas, atidarytas langas, vaiko nepanašumas - interpretuojami kaip neištikimybės „įrodymai“. Dembinskas taip pat aprašo elgesio dinamiką: sekimą, skambinimą į darbą, drabužių ar patalynės tikrinimą, reikalavimą prisipažinti ir grasinimus [17]. Ši lietuviška tradicija artimesnė sindrominiam aprašymui: pavydo kliesesys suprantamas kaip galimas paranojinio sindromo, alkoholizmo ar kitos psichopatologijos turinys, o ne kaip atskira liga.

Todėl šiame darbe „Otelio sindromo“ terminas vartojamas atsargiai. Jis paliekamas darbo pavadinime ir bendrojoje analizėje, nes yra istoriškai įsitvirtinęs, kultūriškai atpažįstamas ir dažnai vartojamas tarptautinėje literatūroje. Tačiau analitinėse dalyse jis nėra laikomas savarankiška nozologine kategorija. Tiksliau būtų sakyti, kad OS žymi klinikinę situaciją, kai partnerio neištikimybės tema tampa dominuojančiu, pastoviu ir elgesį organizuojančiu kliesesiniu pavydo branduoliu. Platesnis terminas „liguistas pavydas“ vartotinas tada, kai kalbama apie visą spektrą nuo obsesinių ir pervertintų idėjų iki kliesesio, o „kliesesinis pavydas“ - kai norima pabrėžti psichozinį, kliesesinį įsitikinimo pobūdį.

Darbinis šio darbo apibrėžimas galėtų būti toks: Otelio sindromas – tai klinikinis sindromas, kuriam būdingas dominuojantis, nepagrįstas ir kliesesinio intensyvumo įsitikinimas partnerio neištikimybėje, lydimas nuolatinio įtarinėjimo, klaidingo kasdienių įvykių interpretavimo, tikrinimo, kontrolės, reikalavimo prisipažinti ir potencialiai pavojingo elgesio. Šis sindromas gali pasireikšti kaip

santykinai izoliuota forma arba kaip įvairių psichikos, neurologinių, organinių ar medžiagų vartojimo sukeltų sutrikimų simptomas [1,8,14].

1.1.5. Darbo aktualumas ir naujumas

Darbo aktualumą lemia kelios aplinkybės. Pirma, Otelo sindromas yra glaudžiai susijęs su įvairiais psichikos sutrikimais, įskaitant kliesesinius sutrikimus, afektinius sutrikimus, priklausomybes, neurodegeneracines ligas ir organinius smegenų pažeidimus [8]. Antra, šis reiškinys turi reikšmingų socialinių ir klinikinių pasekmių: jis siejamas su santykių destrukcija, funkciniu sutrikimu, psichologiniu ir fiziniu smurtu, o kraštutiniais atvejais – net su savižudybėmis ir žmogžudystėmis. Trečia, šiuolaikinėje literatūroje išlieka terminologinė ir konceptualinė painiava, apsunkinanti tiek mokslinius tyrimus, tiek klinikinę diagnostiką. Darbo stiprybė yra plati ir chronologiškai įvairi literatūros analizė, apimanti tiek klasikinius psichiatrijos šaltinius, tiek naujausius šiuolaikinius tyrimus.

Darbo naujumas siejamas su siekiu sistemiškai ir kritiškai įvertinti Otelo sindromo sampratą, išryškinant jo vietą patologinio pavydo spektre ir analizuojant skirtingas jo psichopatologines formas. Šiame darbe Otelo sindromas nagrinėjamas ne kaip izoliuotas nozologinis vienetas, bet kaip sindrominis reiškinys, kurio supratimas reikalauja integruoti klinikinius, fenomenologinius ir teorinius požiūrius.

1.2. Darbo tikslas

Išnagrinėti Otelo sindromo klinikinę įvairovę, identifikuoti su juo susijusius pavojus ir aptarti prevencijos strategijas, skirtas mažinti šio reiškinio pasekmes individui ir visuomenei.

1.3. Darbo uždaviniai

1. Apžvelgti mokslinę literatūrą ir išanalizuoti Otelo sindromo formas bei etiologinius veiksnius, įskaitant biologinius, psichologinius ir socialinius aspektus.
2. Įvertinti Otelo sindromo poveikį individui (pvz., savižudybės riziką, psichologinį distresą) ir visuomenei (pvz., smurtą artimoje aplinkoje), remiantis klinikiniais ir epidemiologiniais duomenimis.
3. Aptarti galimas prevencijos strategijas, akcentuojant transdiagnostinį požiūrį (pvz., psichoeducaciją, kognityvinę elgesio terapiją, priklausomybių gydymą), bei įvertinti jų taikymo galimybes Lietuvos ir tarptautiniame kontekste, esant galimybei – ir jų efektyvumo duomenis.

2. DARBO METODIKA

Šis baigiamasis darbas parengtas kaip išplėstinė naratyvioji literatūros apžvalga, kurios tikslas – apibendrinti Otelo sindromo sampratą, klinikinę įvairovę, etiologinius veiksnius, diagnostinius aspektus, su sindromu susijusias individualias bei socialines rizikas ir galimas prevencijos bei klinikinio valdymo strategijas. Atsižvelgiant į tai, kad OS yra retai, nevienodais terminais ir skirtinguose klinikiniuose kontekstuose aprašomas reiškiny, pasirinkta ne sisteminė, o naratyvioji (nesisteminė) apžvalgos forma. Toks metodas leido įtraukti ne tik šiuolaikinius klinikinius tyrimus ir atvejų aprašymus, bet ir ankstesnius conceptualiai svarbius šaltinius, reikalingus istoriniam, fenomenologiniam, psichopatologiniam ir teoriniam temos pagrindui atskleisti.

Siekiant suformuoti aiškesnę šiuolaikinės klinikinės literatūros pagrindą, papildomai atlikta struktūruota PubMed duomenų bazės paieška. PubMed paieška buvo naudojama kaip pagrindas publikacijų charakteristikų lentelei sudaryti, o papildomi klasikiniai, ankstesni, teoriniai ir kontekstiniai šaltiniai buvo naudojami platesnei literatūros apžalgai ir rezultatų aptarimui. Šie papildomi šaltiniai nebuvo įtraukiami į PubMed atrankos rezultatų lentelę.

2.1. Tyrimo organizavimas

Literatūros paieška ir analizė buvo vykdoma keliais etapais. Pirmiausia buvo atliekama plati literatūros apžvalga, siekiant suprasti OS sampratos raidą nuo klasikinių psichiatrijos aprašymų iki šiuolaikinių diagnostinių ir klinikinių interpretacijų. Šiame etape remtasi ankstesniais, klasikinais, teoriniais ir kontekstiniais šaltiniais, kurie buvo svarbūs sąvokų, istorinio ir psichopatologinio konteksto aptarimui.

Antrajame etape buvo atlikta struktūruota PubMed duomenų bazės paieška, skirta šiuolaikinei klinicinei literatūrai identifikuoti. Ši paieška buvo naudojama kaip pagrindas rezultatų lentelėms, kuriose sistemiskai pateikiamos 2005–2026 m. laikotarpiu publikuotos ir pagal darbo tikslą atrinktos publikacijos. Toks metodinis sprendimas leido suderinti dvi darbo kryptis: plačią istorinę ir teorinę Otelo sindromo analizę bei atskirą šiuolaikinės klinikinės literatūros apibendrinimą.

2.2. Tyrimo objektas

Tyrimo objektas – mokslinės publikacijos, kuriose nagrinėjamas Otelo sindromas, kliesesinis pavydas, neištikimybės kliesesys ir pavydo tipo kliesesinis sutrikimas. Kadangi literatūroje šie reiškiniai dažnai aprašomi nevienodais ir iš dalies persidengiančiais terminais, į analizę taip pat įtrauktos publikacijos, vartojančios platesnes „liguisto pavydo“ arba „patologinio pavydo“ sąvokas, jeigu jose aptariamas kliniškai reikšmingas, psichopatologinis, obsesinis, pervertintų idėjų arba kliesesinis pavydo pobūdis. Darbe plačiai neanalizuotas pavydas kaip įprasta romantinių santykių emocija, jei jis nebuvo siejamas su psichikos sutrikimais, diagnostika, rizika ar gydymu.

2.3. Literatūros paieškos strategija

Pagrindinė struktūruota paieška buvo atlikta PubMed duomenų bazėje iki 2026 m. balandžio 29 d. Naudota paieškos strategija, apimanti pagrindinius Otelio sindromo ir kliesesinio pavydo terminus pavadinime arba santraukoje:

("Othello syndrome"[Title/Abstract]
OR "delusional jealousy"[Title/Abstract]
OR "morbid jealousy"[Title/Abstract]
OR "conjugal paranoia"[Title/Abstract]
OR "paranoid jealousy"[Title/Abstract]
OR "Othello complex"[Title/Abstract]
OR "Othello delusion"[Title/Abstract]
OR "delusion of infidelity"[Title/Abstract]
OR "delusion of jealousy"[Title/Abstract]
OR "pathological jealousy"[Title/Abstract]
OR "jealous type delusional disorder"[Title/Abstract]
OR "delusional disorder jealous type"[Title/Abstract]).

Papildomi kalbos, publikacijos tipo, amžiaus grupės, rūšies, viso teksto prieinamumo ar kiti PubMed filtrai, išskyrus publikavimo metų ribą lentelių analizei, nebuvo taikyti. Tokiu būdu siekta kuo mažiau susiaurinti paiešką, nes nagrinėjama tema yra reta, terminologiškai nevienalytė ir publikuojama skirtingų disciplinų – psichiatrijos, neurologijos, neuropsichiatrijos, psichoterapijos, teismo psichiatrijos ir klinikinės psichologijos – literatūroje.

Pagal tą pačią paieškos strategiją, netaikant publikavimo metų apribojimo, PubMed duomenų bazėje buvo identifikuota 199 įrašų. Siekiant rezultatų dalyje sistemiškai įvertinti šiuolaikinę klinikinę literatūrą, lentelių analizei pasirinktas 2005–2026 m. laikotarpis. Ši datos riba pasirinkta todėl, kad ji apima naujesnį klinikinės literatūros etapą, kuriame ryškiau atsispindi šiuolaikinės diagnostinės, neurologinės, farmakologinės ir psichopatologinės Otelio sindromo interpretacijos. Be to, šis laikotarpis leidžia vertinti publikacijas diagnostinių klasifikacijų kaitos kontekste.

Pritaikius 2005–2026 m. publikavimo metų ribą, PubMed duomenų bazėje buvo identifikuoti 106 įrašai. Visi šie įrašai buvo peržiūrėti pagal pavadinimą ir santrauką, o galimai tinkami šaltiniai vertinti pagal viso teksto turinį. Į galutinę lentelių analizę įtrauktos 68 publikacijos, kurios tiesiogiai atitiko darbo tikslą ir buvo tinkamos OS klinicinei, diagnostinei, etiologinei, terapinei ar rizikos aspektų analizei.

2.4. Publikacijų įtraukimo kriterijai

Į PubMed lentelių analizę įtrauktos publikacijos, kurios atitiko šiuos kriterijus:

1. publikacija buvo paskelbta 2005–2026 m. laikotarpiu;
2. publikacija buvo identifikuota PubMed duomenų bazėje pagal nurodytą paieškos strategiją;

3. publikacijoje tiesiogiai nagrinėtas Otelo sindromas, kliesesinis pavydas, neištikimybės kliesesys arba pavydo tipo kliesesinis sutrikimas; platesnės liguisto ar patologinio pavydo sąvokos įtrauktos tik tada, kai jos buvo siejamos su kliniškai reikšmingu psichopatologiniu, obsesiniu, pervertintų idėjų arba kliesesiniu pavydu;
4. publikacija buvo reikšminga darbo tikslui, nes joje pateikta klinikinių, diagnostinių, etiologinių, terapinių, neurologinių, psichopatologinių ar rizikos vertinimo duomenų;
5. įtraukti klinikiniai atvejai, atvejų serijos, retrospektyviniai tyrimai, skerspjūvio tyrimai, klinikinės ir literatūros apžvalgos, jeigu jos tiesiogiai prisidėjo prie Otelo sindromo analizės.

Atsižvelgiant į temos retumą, įtraukimo kriterijai nebuvo apriboti tik vieno tipo tyrimais. Klinikiniai atvejai ir atvejų serijos buvo laikomi reikšmingais, nes būtent tokio pobūdžio publikacijos sudaro didelę OS literatūros dalį ir leidžia suprasti sindromo klinikinę įvairovę.

2.5. Publikacijų neįtraukimo kriterijai

Į lentelių analizę nebuvo įtrauktos publikacijos, kurios neatitiko darbo tikslo arba nebuvo pakankamai informatyvios Otelo sindromo analizei. Neįtrauktos publikacijos, kuriose pavydas buvo nagrinėjamas tik kaip normali emocija, romantinių santykių reiškinyje ar evoliucinės psichologijos objektas, nesiejant jo su kliesesiniu, psichopatologiniu ar kliniškai reikšmingu kontekstu. Taip pat neįtrauktos publikacijos, kuriose OS buvo paminėtas tik epizodiškai, bet nebuvo analizuojamas kaip pagrindinis ar reikšmingas klinikinis reiškinyje.

Papildomai atmestos publikacijos, kuriose atvejai buvo abejotinai priskiriami Otelo sindromui, nebuvo aiškiai aprašytas kliesesinis ar patologinis pavydo pobūdis, kartojosi jau kitose publikacijose aptarti atvejai, pateikta informacija buvo per mažai detali, o visas tekstas nebuvo prieinamas vertinimui. Apžvalginiai ar teoriniai tekstai į lentelių analizę buvo įtraukiami tik tada, kai jie turėjo tiesioginę reikšmę darbo tikslui, pavyzdžiui, padėjo apibendrinti klinikinę eigą, diagnostinius skirtumus, etiologinius modelius, gydymo principus ar rizikos aspektus.

2.6. Literatūros atrankos eiga

Pirmiausia pagal pasirinktą PubMed paieškos strategiją buvo atlikta bendra paieška, kuri be publikavimo metų apribojimo pateikė 199 įrašus. Toliau, siekiant išskirti šiuolaikinės klinikinės literatūros laikotarpį, paieška apribota 2005–2026 m. publikacijomis. Šiame etape identifikuoti 106 įrašai.

Visi 106 įrašai buvo peržiūrėti pagal pavadinimą ir santrauką. Publikacijos, kurios pagal pavadinimą ir santrauką galėjo būti tinkamos darbo tikslui, buvo vertinamos išsamiau pagal viso teksto turinį. Po šio tinkamumo vertinimo į galutinę rezultatų lentelę įtrauktos 68 publikacijos. Šios publikacijos sudaro šiuolaikinės PubMed publikacijų analizės branduolį ir yra pateikiamos lentelėje „PubMed paieškoje identifikuotų ir pagal tinkamumo kriterijus atrinktų 2005–2026 m. publikacijų charakteristikos“.

Atrankos eiga:

Pagal pasirinktą PubMed paieškos strategiją be metų apribojimo identifikuota: $n = 199$.

Pritaikius 2005–2026 m. publikavimo metų ribą identifikuota: $n = 106$.

Po pavadinimų, santraukų ir viso teksto tinkamumo vertinimo į lentelių analizę įtraukta: $n = 68$.

Į lentelių analizę neįtraukta: $n = 38$.

Neįtrauktų publikacijų priežastys nebuvo skirstomos į atskiras kiekybines kategorijas, nes darbas nėra sisteminė literatūros apžvalga. Vis dėlto dažniausios neįtraukimo priežastys buvo viso teksto neprieinamumas, neatitikimas klinikiniam OS kontekstui, bendrojo pavydo analizė be kliesinio ar psichopatologinio komponento, teorinis ar apžvalginis pobūdis be tiesioginės reikšmės darbo tikslui, kartojami atvejai arba nepakankamas informatyvumas.

2.7. Duomenų analizė ir sintezė

Atrinktos publikacijos buvo analizuojamos teminės naratyviosios sintezės būdu. Iš kiekvienos į lentelių analizę įtrauktos publikacijos buvo vertinama informacija apie publikacijos metus, autorius, publikacijos tipą, klinikinį kontekstą, tiriamųjų ar aprašytų atvejų pobūdį, pagrindinius klinikinius požymius, etiologinius veiksnius, diagnostinius aspektus, gydymo metodus ir klinikines baigtis.

Kadangi įtrauktos publikacijos buvo labai heterogeniškos – apėmė klinikinius atvejus, atvejų serijas, retrospektyvinius ir skerspjūvio tyrimus bei selektyviai įtrauktas klinikines ar teorines apžvalgas – kiekybinė metaanalizė nebuvo atliekama. Rezultatai buvo apibendrinti teminės naratyviosios sintezės būdu pagal pagrindines kryptis: Otelo sindromo sampratą ir terminiją, klinikinę raišką, diagnostinius bei diferencinės diagnostikos aspektus, neurologines, psichiatrines ir medžiagų vartojimo sąsajas, gydymo galimybes, smurto riziką, prevenciją ir klinikines spragas.

Istorinės raidos, psichoanalitinės ir evoliucinės psichologijos perspektyvos buvo naudojamos kaip papildomas teorinis kontekstas, padedantis paaiškinti patologinio pavydo sampratos raidą, galimus psichologinius mechanizmus ir šio reiškinių vietą platesniame pavydo fenomenologijos lauke. Šios teorinės dalys nebuvo laikomos savarankišku empirinės rezultatų analizės pagrindu.

Pagrindinė rezultatų lentelė nėra visų darbe cituojamų šaltinių sąrašas. Ji skirta sistemiskai pateikti būtent 2005–2026 m. PubMed paieškoje identifikuotas ir pagal tinkamumo kriterijus atrinktas publikacijas. Kiti šaltiniai, įskaitant ankstesnius klasikinius, istorinius, teorinius ir psichopatologinius tekstus, buvo naudojami literatūros apžvalgos ir rezultatų aptarimo dalyse, tačiau į šią lentelę neįtraukti.

2.8. Metodologiniai ribotumai

Šio darbo metodologiniai ribotumai susiję su pasirinktu naratyviosios literatūros apžvalgos tipu. Darbas nėra sisteminė literatūros apžvalga, todėl nebuvo rengiamas formalus sisteminės apžvalgos protokolas, netaikyta PRISMA schema ir neatliktas formalus įtrauktų publikacijų šališkumo rizikos

vertinimas. Atranka ir literatūros sintezė buvo orientuota į temos klinikinį, teorinį ir psichopatologinį išaiškinimą, o ne į kiekybinį įrodymų apibendrinimą.

Kitas ribotumas yra tai, kad pagrindinė lentelių analizė buvo apribota PubMed duomenų bazėje identifikuotomis 2005–2026 m. publikacijomis. Dėl to kai kurie svarbūs šaltiniai, ypač senesni klasikiniai darbai, knygos, psichoanalitiniai, filosofiniai ar literatūriniai tekstai, nebuvo įtraukti į PubMed rezultatų lentelę, nors jie buvo naudojami platesnei literatūros apžvalgai ir teoriniam kontekstui pagrįsti.

Taip pat svarbu pažymėti, kad Otelo sindromo literatūra yra nevienalytė: dalis publikacijų aprašo pavienius atvejus, skirtinguose darbuose vartojami nevienodi terminai, o klinikiniai atvejai dažnai publikuojami tada, kai yra reti, sunkūs, pavojingi ar neįprasti. Todėl lentelių analizės rezultatai negali būti laikomi epidemiologiniu OS paplitimo ar gydymo efektyvumo įvertinimu. Jie veikiau atspindi PubMed duomenų bazėje publikuotos šiuolaikinės klinikinės literatūros pobūdį ir pagrindines temines kryptis.

3. LITERATŪROS APŽVALGOS REZULTATAI

3.1. Pavydo samprata ir teoriniai modeliai

3.1.1. Pavydas kaip daugialypė emocija ir santykio struktūra

Pavydas yra viena sudėtingiausių tarpasmeninių emocijų, nes jame susikerta meilė, baimė, savivertės pažeidžiamumas, praradimo grėsmė, įtarimas, kontrolės poreikis ir agresija. Todėl jis negali būti suprastas vien kaip paprasta reakcija į partnerio elgesį ar kaip individualus charakterio bruožas. Tai daugialypė emocinė ir santykinė būseną, apimanti afektinius, kognityvinius, elgesio, kultūrinius ir tarpasmeninius komponentus. Pavydas paprastai kyla tada, kai subjektas suvokia grėsmę reikšmingam ryšiui arba objektui, kuris svarbus jo tapatybei, savivertei ir emociniam saugumui. Romantiniuose santykiuose ši grėsmė dažniausiai siejama su galima partnerio neištikimybe, tačiau pavydas yra platesnis reiškiny: jis gali pasireikšti meilės, garbės, statuso, šeimos, konkurencijos ar socialinio pripažinimo lauke [18].

Šiame darbe pavydas suprantamas kaip daugialypė emocinė, kognityvinė ir elgesio reakcija į suvokiamą arba įsivaizduojamą grėsmę reikšmingam ryšiui, kai mylimas ar vertinamas objektas patiriamas kaip galintis būti prarastas, pasisavintas kito arba nebeužtikrinantis subjekto savivertės ir saugumo. Toks darbinis apibrėžimas leidžia pavydą nagrinėti ne tik kaip jausmą, bet ir kaip santykio su kitu formą: jame svarbi ne vien pati emocija, bet ir tai, kaip subjektas interpretuoja grėsmę, kokį statusą suteikia varžovui, kaip tikrina partnerį ir kokiais būdais mėgina atkurti prarastą tikrumą.

P. Mullen pabrėžia, kad pavydas nėra vien biologinis ar individualus fenomenas. Jis iš dalies kultūriškai konstruojamas, nes jo forma ir raiška priklauso nuo visuomenėje cirkuliuojančių reikšmių, kalbos ir santykių normų. Remdamasis Theodor W. Adorno įžvalga, kad kalba ne tik išreiškia, bet ir formuoja patirtį, Mullen teigia, jog emocijų suvokimas priklauso nuo turimo žodyno: keičiantis kalbai, keičiasi ir tai, kaip subjektai atpažįsta, įvardija bei išgyvena savo emocines būsenas [19]. Todėl pavydas nėra nekintanti psichologinė esybė. Tai istoriškai ir kultūriškai kintantis patirties laukas, kurio ribos skirtingais laikotarpiais buvo brėžiamos nevienodai.

Šis kintamumas ypač svarbus kalbant apie normalaus ir patologinio pavydo ribą. Pavydas dažnai laikomas universalia ar bent labai dažna žmogiška patirtimi, tačiau nėra savaime aišku, kur baigiasi „normalus“ pavydas ir prasideda liguistas ar patologinis pavydas. Kaip pažymi Tarrier ir kt., pavydo tyrimas susiduria su konceptualiniu sunkumu: mokslas mėgina tiksliai apibrėžti reiškinį, kurio pavadinimas kyla iš kasdienės kalbos. Dėl to pati sąvoka išlieka neryški, o kalbant apie patologinį ar kliesdinį pavydą neretai remiamasi numanoma prielaida, kad tyrėjui ir skaitytojui savaime aišku,

kas yra pagrįstas, o kas – nepagrįstas pavydas. Tačiau tokie kriterijai dažnai nėra aiškiai suformuluojami. Todėl pataloginis pavydas, anot jų, yra lengviau atpažįstamas negu tiksliai apibrėžiamas [20].

Svarbi pavydo sampratos dalis yra jo etimologinė istorija. Šiuolaikiniuose apibrėžimuose pavydas dažniausiai siejamas su nemaloniu jausmu, kylančiu matant, kad kitas turi trokštamą pranašumą, arba su nerimu dėl galimo mylimo asmens praradimo. Meilės santykiuose pavydas apibrėžiamas kaip skausmingas jausmas, kylantis iš troškimo išskirtinai turėti mylimą asmenį, baimės dėl jo neištikimybės, įtarimo ar tikrumo [15]. Tačiau istoriškai pavydas ne visuomet turėjo tokią neigiamą reikšmę. Žodžio šaknys siejamos su graikišku „zēlos“ ir lotynišku „zelus“, kurie reiškė uolumą, įkarštį, atsidavimą ar karštą rūpestį. Angliški „jealous“ ir „jealousy“ kilo per prancūziškus „jaloux“ ir „jalousie“, o šie – per senąją provansalų kalbą iš lotyniškos ir graikiškos šaknies. Shepherd pažymi, kad šioje perdavimo grandinėje žodis patyrė reikšmės „nuvertėjimą“: jis nustojo reikšti kilnią aistrą ir uolumą ir vis labiau įgijo įtarumo, savinimosi bei neigiamo afekto prasmę [2].¹ Klasikinėje tradicijoje svarbu atskirti pavydą meilės santykiuose nuo pavydo kitam. Prancūzų kalboje ši skirtis žymima sąvokomis „jalousie“ ir „envie“, anglų kalboje – „jealousy“ ir „envy“. La Rochefoucauld teigė, kad pavydas siekia išsaugoti gėrį, kurį subjektas laiko savu, o „envy“ negali pakęsti kito turimo gėrio. D’Alembertas šią skirtį formuluoja dar glaudžiau: pavydime to, ką turime, o „envy“ jaučiame tam, ką turi kiti. Todėl romantinis pavydas paprastai turi trikampę struktūrą: yra subjektas, mylimas objektas ir realus ar įsivaizduojamas varžovas. Tuo tarpu „envy“ nebūtinai remiasi meilės trikampiu; jis labiau susijęs su kito turimu pranašumu, kurio subjektas neturi [15,23]. Vis dėlto šios dvi dimensijos nėra visiškai atskiriamos. Daniel Lagache pažymi, kad pavydas neišvengiamai apima ir „envy“ momentą: mylintysis, bijodamas prarasti savo objektą, vaizduotėje užima varžovo poziciją ir ima pavydėti jo realių ar tariamų pranašumų [24]. Dėl to romantinis pavydas yra mišrus reiškiny: jis kyla iš baimės prarasti, bet kartu apima konkurenciją, pažeminimą, savivertės sužeidimą ir kito pranašumo nepakantumą. Šiuolaikinėje psichologijoje romantinis pavydas apibrėžiamas kaip sudėtinga emocinė reakcija į suvokiamą grėsmę prarasti reikšmingą

¹ Šis reikšmės poslinkis rodo, kad pavydas ne visada buvo suprantamas kaip pataloginė ar gėdinga emocija. XIV a. žodis „pavydas“ galėjo reikšti pastangas išsaugoti tai, kas vertinama, rūpestingumą ir atsidavimą. Todėl Šv. Augustinui priskiriamas posakis „Qui non zelat non amat“ – „kas nepavydi, tas nemyli“ – turėtų būti suprantamas ne kaip pataloginio savininkiškumo pateisinimas, bet kaip meilės uolumo ir intensyvumo išraiška [19]. Vėliau ši teigiama reikšmė silpnėjo, o pavydas vis labiau imtas sieti su baime prarasti, varžovo įtarimu ir partnerio kontrolės poreikiu [21]. Kai kurios kalbos šią dvilypę reikšmę išlaiko pačioje žodžio struktūroje. Vokiškas „Eifersucht“ sudarytas iš „Eifer“ – uolumo, įkarščio – ir priesagos, siejamos su liguistumu ar negalavimu. Taigi žodyje susitinka dvi dimensijos: aistringas atsidavimas ir liguistas jo perteklius [2,21,22]. Prancūziškas „jalousie“ turi ir kitą reikšmę – žaliuzes ar langines, leidžiančias matyti pačiam liekant nematomam. M. Maggini šią semantinę sąsają išnaudoja kaip pavydo metaforą: pavydžiojo žvilgsnis slapta stebi, renka ženklus, įtarinėja, tačiau niekada nemato iki galo. Pavydus subjektas tampa ženklų skaitytoju, bet dažnai blogu skaitytoju: jis perkuria Tikrovę per fantaziją, spėjimą ir interpretacinį perteklių [21]

santyki; jis apima emocinius, kognityvinius ir elgesio aspektus, o socialinis pavydas („envy“) siejamas su priešišku ar nepasitenkinimu dėl kito asmens turimo pranašumo.² [18]

3.1.2. Emociniai, kognityviniai ir elgesio komponentai

Psichologinėje literatūroje pavydas dažnai skaidomas į tris pagrindinius komponentus: emocinį, kognityvinį ir elgesio. Emocinis pavydas reiškia afektinę reakciją į galimą grėsmę santykiui – skausmą, nerimą, pyktį, baimę ar pažeminimą. Kognityvinis pavydas apima mintis, įtarimus, fantazijas ir rūpestį dėl galimos partnerio neištikimybės. Elgesio pavydas reiškiasi tikrinimu, klausinėjimu, stebėjimu, partnerio veiksmų kontrole ar bandymu sumažinti galimą konkurenciją. Pfeiffer ir Wong daugiamatėje pavydo skalėje šias dimensijas išskyrė kaip atskirus, bet tarpusavyje sąveikaujančius romantinio pavydo aspektus [18,27]. Svarbu tai, kad emocinis pavydas pats savaime gali būti dažna ir nebūtinai patologinė patirtis, o didesnę klinikinį susirūpinimą kelia išreikštas kognityvinis ir elgesio pavydas – įkirus įtarinėjimas, nuolatinis tikrinimas, kontrolė ir negebėjimas priimti nuraminimo [18].

Normalus pavydas nėra tapatus racionaliam pavydui. Freudas teigė, kad pavydas priklauso toms afektinėms būsenoms, kurias galima laikyti normaliomis panašiai kaip gėdą. Tačiau šis normalumas nereiškia, kad pavydas yra visiškai sąmoningas, proporcingas ar racionaliai pagrįstas. Freudo požiūriu, normalų pavydą sudaro skausmas dėl tariamai prarasto meilės objekto, narcisistinis pažeminimas, priešiškus varžovui ir savikritika, verčianti patį Aš laikyti atsakingu už praradimą [28]. Kitaip tariant, net normalus pavydas turi nesąmoningą branduolį. Jis siekia ankstyvą infantilinį afektyvumą, Edipo ar broliško konkuravimo kompleksą, todėl negali būti redukuojamas į paprastą reakciją į dabartinius santykius [15,28].

3.1.3. Pavydas, savinimasis ir tikrumo paieška

Dėl šios priežasties pavydas yra ne tik simptomas, bet ir santykio su kitu forma. Maggini ir bendraautoriai primena D. Lagache mintį, kad meilės pavydas yra ne tik meilės išgyvenimo būdas, bet ir egzistavimo būdas [21,24]. Pavydas rodo, kad mylimas asmuo nėra vien išorinis objektas; jis tampa susietas su subjekto saviverte, tapatybe ir ontologiniu saugumu. Kai mylimas asmuo gali „išsprūsti“, subjektas patiria ne vien santykio grėsmę, bet ir savo paties pozicijos suardymą. Todėl prancūzų autoriai pavydą siejo su „amour captatif“ – užgrobiančia, savintis linkusia meile [24].

² Stanevičiūtė (2025) siūlo skirti angl. „jealousy“ ir „envy“, lietuviškai atitinkamai vartojant „romantinis pavydas“ ir „socialinis pavydas“. Vis dėlto platesnėje lietuviškoje terminijoje ši skirtis nėra nuosekli: kartais „envy“ verčiamas kaip „pavydas“, o „jealousy“ – kaip „pavyduliavimas“. Nurodoma, kad „pavydas yra stipresnis, sunkesnis ir pavojingesnis už pavyduliavimą“ (Papaurelyte, 2005), taip pat vartojami terminai „pavydulys“ ir „pavydulystė“. Psichoanalitinėje tradicijoje (pvz., Melanie Klein darbuose) „envy“ taip pat suprantamas kaip gilesnė ir destruktivesnė būsena nei „jealousy“, kas iš dalies atitinka „pavydo“ ir „pavyduliavimo“ skirtį. Tačiau klinikinėje praktikoje ši diferenciacija ne visuomet aiškiai atsiskiria. Atsižvelgiant į tai, kad „pavyduliavimas“ dažnai suvokiamas kaip silpnesnė būsena, šiame darbe laikomasi medicininėje literatūroje nusistovėjusių terminų „pavydas“, „pavydo kliesdesys“, „kliesdesinis pavydas“ [25,26].

Henri Ey ir prancūzų tradicijoje tokia meilė suprantama ne kaip dviejų laisvų subjektų santykis, bet kaip santykis tarp savęs ir būtybės, kuri gali būti prarasta ar išsprūsti [23].

Skirtumas tarp brandžios ir užgrobiančios meilės leidžia suprasti, kodėl pavydas ne visuomet yra vienodai destruktivus. Jei santykyje vyrauja dovanojanti ar bendrystės meilė, pavydas gali būti menkas arba laikinas. Tačiau kai meilėje dominuoja savinimasis, godumas būti mylimam, poreikis turėti ir išlaikyti, pavydas tampa beveik imanentinis pačiam santykiui. Tokia meilė neišvengiamai konfliktuoja su realybe, nes joks realus partneris negali visiškai atitikti įsivaizduojamo idealaus objekto. Partnerio kitoniškumas, jo nepriklausomas vidinis gyvenimas, mintys, fantazijos ir galimi ryšiai su kitais tampa skausminga žaizda meilėje. Pro šią žaizdą į santykį įsiskverbia varžovo figūra [21].

Todėl pavydas glaudžiai susijęs su žinojimo ir tikrinimo problema. Pavydus subjektas nori žinoti ne tik tai, ką partneris daro, bet ir tai, ką jis galvoja, ko trokšta, ką slepia. Išorinio elgesio nepakanka: ištikimos turi būti ir mintys, ir fantazijos. Šiuo požiūriu pavydas tampa epistemologine drama – subjektas nori tikrumo ten, kur visiškas tikrumas iš principo neįmanomas. Klinikinėje plotmėje tai gali reikštis nuolatinio tikrinimu, klausinėjimu, partnerio sekimu, ženklų interpretavimu ir nesugebėjimu priimti neapibrėžtumo. Šią problemą itin tiksliai parodo Shakespeare'o „Otelas“: Dezdemonos ištikimybės nepakanka, nes Otelui reikia tokio įrodymo, kuris panaikintų pačią kito asmens vidinio gyvenimo nežinomybę. Stanley Cavell šią situaciją sieja su skepticizmu dėl kito egzistavimo ir žmogiškumo: pagal jį, Otelas negali pripažinti Dezdemonos kaip nuo jo skirtingos būtybės, turinčios nepriklausomą gyvenimą [21,29].

3.1.4. Socialinis ir diskursyvinis matmuo

Pavydas nėra vien individualios psichikos viduje kylanti būseną. Kai kurie autoriai pabrėžia jo socialinį ir diskursyvinį pobūdį. Lund (1939) teigimu, pavydas yra mažiau emocinė būseną negu socialinės situacijos aprašymas: jis formuojasi tarp žmonių, konkrečiame santykių, normų, lūkesčių ir kultūrinių reikšmių lauke [2,30]. Tai reiškia, kad pavydą reikia tirti ne tik kaip vidinį jausmą, bet ir kaip santykinę konfigūraciją: kas laikoma ištikimybe, kam priskiriama teisė reikalauti išskirtinumo, kokia socialinė reikšmė suteikiama partnerio elgesiui, kokios ribos laikomos pažeistomis. Panašia kryptimi Stenner pabrėžia, kad pavydas formuojamas per kalbą, pasakojimus ir kultūriškai prieinamus santykių modelius; todėl jis nėra stabili, universaliai vienoda emocinė substancija [31].

Struktūralistinė kryptis dar labiau išplečia šį požiūrį. Lévi-Strauss'ui pavydas gali būti suprastas kaip mitinio mąstymo operatorius, susijęs su turėjimo ir netekimo, jungties ir atskirties, seksualinio trikampio bei simbolinių transformacijų logika. Doniger, aptardama šią perspektyvą, parodo jos stiprybę ir ribą: struktūralistinė analizė leidžia suprasti pavydą kaip universaliai pasikartojančią santykių formą, bet kartu gali pernelyg nuasmeninti afektą, paversdama jį labiau vieta struktūroje

negu gyva subjekto drama [32]. Ši įtampa svarbi ir klinikiniam darbui: pavydas nėra nei vien „vidinis jausmas“, nei vien socialinė struktūra; jis atsiranda jų sankirtoje.

Šiuolaikinėje Vakarų kultūroje pavydo statusas taip pat pasikeitė. Mullen pažymi, kad modernybėje pavydas vis dažniau suvokiamas ne kaip garbės, atsidavimo ar meilės intensyvumo ženklas, bet kaip nesaugumo, nebrandumo, psichoafektinio nestabilumo ar kontrolės poreikio išraiška. Mullen taip pat pabrėžia, kad šiandien meilės pavydas smarkiai prieštarauja individualaus liberalizmo logikai, nes bando vieno asmens reikalavimus primesti kitam ir reikalauja afektinio išskirtinumo [19]. Tai paaiškina, kodėl pavydas vis dažniau apibūdinamas kaip „toksiškas“ ar „nesveikas“. Tačiau tokia moderni kritika gali turėti ir šalutinį poveikį: asmuo gali pradėti neigti pavydą, laikyti save „nepavydžiu“, nors pats afektas niekur nedingsta, tik įgyja kitokias raiškos formas [31].

3.1.5. Normalumo ir patologijos riba

Būtų klaidinga pavydą laikyti vien problema, kurią reikia pašalinti. Nors patologinis pavydas gali būti destruktivus ir pavojingas, nepatologinis pavydas kartais atlieka santykio signalizavimo funkciją. Jis gali parodyti, kad santykis asmeniui svarbus, kad egzistuoja praradimo grėsmė, kad reikia iš naujo apibrėžti ribas, pasitikėjimą ar abipusius lūkesčius. Maggini ir bendraautorai net kalba apie tam tikrą „pavydo panegiriką“: pavydas gali padėti atskleisti naujas santykio tiesas, paskatinti realistiškesnę savęs ir partnerio supratimą, o kartais – parodyti, kad meilė jau baigėsi [21]. Tokia pozicija nereiškia pavydo idealizavimo. Ji veikiau primena, kad pavydas turi būti iššifruojamas, o ne automatiškai priskiriamas patologijai.

Šią mintį patvirtina ir Enoch bei Trethowan pastaba, kad visiškas pavydo nebuvimas tam tikromis aplinkybėmis gali atrodyti ne natūralus, o pats savaime problemiškas. Žmonės neretai partnerio pavydą interpretuoja kaip meilės gilumo ženklą, o visišką jo nebuvimą – kaip abejingumą ar meilės stoką [14]. Psichoanalitinėje literatūroje ši mintis įgyja dar radikalesnę pavidalą. Evzonas ir Tor-Zilberstein, aptardami Marguerite Duras romaną „Lolos V. Stein apžavėjimas“, rodo situaciją, kurioje subjektas žlunga ne dėl pavydo pertekliaus, o dėl jo negalėjimo. Lol V. Stein praranda mylimąjį, bet negali įprastai pavydėti, pykti ar gedėti. Ši „melancholinio“ arba „šalto“ pavydo forma rodo ne ramybę, bet psichinės registracijos sutrikimą: praradimas neįvyksta kaip simboliškai apdorojamas įvykis [33,34].

Tam tikras pavydas gali būti suprastas kaip psichikos gebėjimo registruoti netektį ženklas. Pavydas, nors ir skausmingas, rodo, kad subjektas dar yra susietas su savo geismu, su kitu ir su praradimo patirtimi. Jis tampa savotišku tiltu tarp subjekto ir netekties: per pavydą netektis įvardijama, išgyvenama ir galbūt perdirbama. Kai šis tiltas sugriūva, vietoje kančios gali atsirasti tuštuma, melancholiška stagnacija ar subjekto ryšio su savo geismu suirimas [33,34]. Todėl klinikiui požiūriu svarbu vertinti ne tik pavydo buvimą, bet ir jo pobūdį: ar jis išlieka kaip skausmingas, bet apdorojamas afektas, ar tampa įkyria kontrole, kliesdiniu įsitikinimu, smurto rizika, arba priešingai

– visišku emociniu užšalimu.

Apibendrinant, pavydas yra ne vien neigiama emocija ar moralinis trūkumas. Tai daugiasluoksni s santykio su kitu forma, kurioje susitinka meilė, baimė, praradimo galimybė, savivertės pažeidimas, konkurencija, fantazija, kultūrinės normos ir tikrumo paieška. Jis gali būti normalus, net santyki saugantis afektas, tačiau gali virsti patologine būseną, kai praranda proporciją, tampa atsparus korekcijai, organizuoja subjekto mąstymą ir elgesį, o mylimas asmuo paverčiamas kontrolės, įtarimo ir galimo smurto objektu. Būtent ši riba tarp pavydo kaip universalaus žmogiško afekto ir pavydo kaip patologinės, kartais kliesinės struktūros yra esminė nagrinėjant Otelo sindromą.

3.1.6. Kultūrinės pavydo formos ir socialinė raiška

Pavydas nėra vien biologinė ar individuali emocinė reakcija – jo forma, intensyvumas ir socialinis vertinimas iš esmės priklauso nuo kultūrinio konteksto. Tai ypač svarbu analizuojant Otelo sindromą, nes kliesinis pavydas dažnai „įauga“ į jau egzistuojančias socialines normas, jas iškreipdamas ir radikalizuodamas. Visuomenėse, kuriose partneris suvokiamas kaip nuosavybė, pavydas įgauna stipresnę kontrolės ir reikalavimo dimensiją – jis tampa ne tik emocija, bet ir pretenzija į kitą asmenį. Tokia nuosavybinė santykių logika, artima Lagache aprašytai „amour captatif“ sampratai, sudaro palankesnes sąlygas kliesinio pavydo formavimuisi, nes įsitikinimai apie neištikimybę lengviau įgyja „vidinį nuoseklumą“ ir socialinį suprantamumą [24]. Kultūriniai skirtumai ypač aiškiai matomi lyginant skirtingas visuomenes. Nors pavydas dažnai laikomas universalia emocija, antropologiniai ir psichiatriniai tyrimai rodo, kad jo reikšmė ir vaidmuo labai kinta. Kai kuriose kultūrose, kur santykiai yra lankstesni, o seksualinis išskirtinumas nėra griežtai normuojamas, pavydas netenka centrinės reikšmės arba laikomas nepageidaujamu reiškiniu.

Priešingai, visuomenėse, kur stipriai akcentuojama ištikimybė, garbė ir partnerio kontrolė, pavydas tampa struktūrine santykių dalimi ir gali būti lengviau racionalizuojamas [1,35]. Tai rodo, kad OS kliesinis turinys nėra atsitiktinis – jis atspindi konkrečios kultūros normas ir lūkesčius.

Svarbu ir tai, kad kultūra formuoja ne tik pavydo turinį, bet ir jo socialinį vertinimą bei pasekmes. Istoriskai pavydas dažnai buvo siejamas su garbės gynimu, o reakcijos į neištikimybę – net ir smurtinės – galėjo būti laikomos suprantamomis ar iš dalies pateisinamomis. Teisinėje tradicijoje ilgą laiką egzistavo vadinamoji „provokacijos“ doktrina, pagal kurią neištikimybė galėjo būti laikoma stipriu dirgikliu, mažinančiu kaltę už smurtinius veiksmus. Pavyzdžiui, klasikinėje teisėje vyras, užtikęs partnerę neištikimybės akte, buvo laikomas veikiančiu „didžiausios provokacijos“ sąlygomis, todėl jo atsakomybė galėjo būti švelninama [36]. Tai rodo, kad pavydas tam tikrais laikotarpiais veikė kaip socialiai pripažintas smurto paaiškinimas.

Šiuolaikinėje kultūroje šis legitimizavimas nėra visiškai išnykęs. Tyrimai rodo, kad stebėtojai linkę mažiau kaltinti smurtautoją, jei jo elgesys siejamas su pavydžiu prisirišimu prie partnerio [37]. Dar radikalesnė išraiška matoma kai kuriuose kultūriniuose kontekstuose, kur pavydas siejamas su

kerštu ir moralinėmis ar religinėmis interpretacijomis. Pavyzdžiui, Kambodžoje atlikta analizė (2025) parodė, kad didelė dalis sunkių smurto atvejų buvo susiję su romantiniu pavydu, kuris interpretuojamas per kultūrinės sąvokas, tokias kaip „karma“ ar moralinis „apakimas“ [38]. Tokiose situacijose pavydas tampa ne tik emocine reakcija, bet ir kultūriškai struktūruotu veikimo modeliu. Galiausiai, sociokultūriniai veiksniai veikia ir klinikinį Otelio sindromo atpažinimą bei eigą. Pavydas gali būti stigmatizuojamas arba, priešingai, normalizuojamas, todėl pacientai skirtingai interpretuoja savo patirtį ir skirtingu metu kreipiasi pagalbos [39]. Be to, kultūriniai skirtumai gali turėti įtakos net klinicinei raiškai, pavyzdžiui, smurto rizikai ar lytiniam pasiskirstymui. Todėl OS neturėtų būti suprantamas tik kaip individuali psichopatologija. Tai klinikinė būklė, kurios kildesinis turinys, socialinis priimtinum ir elgesio pasekmės formuojasi sąveikoje su konkrečiomis kultūrinėmis normomis. Būtent ši sąveika paaiškina, kodėl tas pats sindromas skirtingose visuomenėse gali įgyti skirtingas, bet struktūriškai panašias formas.

3.1.7. Evoliucinės psichologijos perspektyva

Evoliucinės psichologijos požiūriu pavydas nėra atsitiktinė ar vien kultūriškai suformuota emocija. Jis gali būti suprantamas kaip adaptacinis mechanizmas, susiformavęs natūralios atrankos procese ir padėjęs apsaugoti reikšmingus reprodukcinius, emocinius bei socialinius ryšius. Šią intuiciją literatūriškai perteikia ir Shakespeare'o Otelas, kai, pavydo apimtas, klausia, ar tokia aistra galėtų žmogų užvaldyti be jokios priežasties: „Negi galėtų žmogų be niekur nieko pagauti toksai nenumaldomas siautulys?“³ [41] Ši mintis leidžia pavydą matyti ne tik kaip destruktivų afektą, bet ir kaip emocinę sistemą, kuri tam tikromis sąlygomis signalizuoja apie santykio, statuso ar investicijos praradimo grėsmę.

Svarbu pabrėžti, kad evoliucinė perspektyva nepaneigia sociokultūrinės pavydo analizės. Priešingai, ji ją papildo. Jei kultūra suteikia pavydui kalbą, formas ir socialinį vertinimą, tai evoliucinė psichologija klausia, kodėl tokia emocija apskritai galėjo tapti universali ar labai dažna žmogaus patirtyje. Mullen šiuo požiūriu padeda išlaikyti pusiausvyrą: emocijos gali turėti biologinį pagrindą, tačiau jų raiška visada įgyja konkrečią kultūrinę formą [19]. Todėl pavydas nėra nei vien biologinis refleksas, nei vien socialinis konstruktas; jis formuojasi biologinių polinkių, ankstyvųjų santykių, kultūrinių normų ir individualios psichopatologijos sankirtoje.

Evoliucinė pavydo kilmė matoma jau ankstyvoje ontogenezėje. Hart aprašytas „pavydo protestas“ leidžia manyti, kad pavydo užuomazgos gali pasireikšti dar kūdikystėje nuo 9 mėn. kaip reakcija į grėsmę prarasti išskirtinę globėjo prieigą. Kūdikis reaguoja ne tik į bendrą dėmesio stoką, bet ypač į situaciją, kai motinos dėmesys nukreipiamas į kitą kūdikį ar į jį primenantį objektą. Tai rodo, kad

³ Originale ši mintis išreiškiama fraze: „Nature would not invest herself in such shadowing passion without some instruction“ [40].

pavydas ankstyvame raidos etape nėra vien bendras distresas, bet santykinė reakcija į galimą varžovą [42]. Šią interpretaciją galima sieti su Robert Trivers tėvų ir palikuonių konflikto teorija: kai globos resursai riboti, konkurencija dėl jų tampa neišvengiama [43]. Vis dėlto ankstyvasis biologinis pagrindas nereiškia nekintamo likimo. Murphy ir bendraautorių duomenys rodo, kad saugus prierašumas vaikystėje siejamas su mažesniu išoriniu pavydo elgesiu, todėl pavydo intensyvumas ir raiška priklauso nuo ankstyvųjų santykių kokybės [44].

Klasikinėje evoliucinėje teorijoje romantinis pavydas dažniausiai aiškinamas kaip reprodukcinės investicijos apsaugos mechanizmas. Martin Daly ir bendraautoriai teigė, kad rūšyse, kuriose apvaisinimas vyksta moteriškos lyties kūne, vyriškos lyties atstovams kyla tėvystės neapibrėžtumo problema [45]. Dėl to galėjo formuotis psichologiniai ir elgesio mechanizmai, mažinantys riziką investuoti į genetiškai nesusijusius palikuonis. Šiame kontekste vyriškas seksualinis pavydas suprantamas kaip platesnio motyvacinio komplekso dalis, apimanti budrumą, partnerės kontrolę, varžovų stebėjimą ir, kraštutiniais atvejais, agresijos grėsmę [20]. David Buss šią mintį formuluoja plačiau: pavydas gali būti laikomas fundamentalia emocija, nes jis padeda aptikti ir neutralizuoti grėsmes reikšmingam santykiui [46]. Panašiai Leahy pažymi, kad tokia funkcija ypač aktuali situacijose, kur santykis turi reprodukcinę reikšmę [47].

Vis dėlto lyčių skirtumų klausimas išlieka empiriškai sudėtingas. Klasikinis evoliucinis modelis teigia, kad vyrai turėtų jautriau reaguoti į seksualinę neištikimybę, nes ji kelia grėsmę tėvystės tikrumui, o moterys – į emocinę neištikimybę, nes ji gali reikšti partnerio investicijos praradimą. Dalis tyrimų šią hipotezę palaiko [48]. Tačiau kiti duomenys rodo, kad tiek heteroseksualiuose, tiek homoseksualiuose santykiuose emocinė neištikimybė dažnai patiriama kaip labiau trikdanti nei seksualinė, o bendras pavydo intensyvumas tarp lyčių gali būti panašus [49]. Šią nevienareikšmę empirinę situaciją papildė duomenys, rodantys, kad lyčių skirtumai nėra statiški, o priklauso nuo individualių psichologinių veiksnių. Vienas svarbiausių moderuojančių veiksnių yra lėtinis (angl. „chronic“) pavydas. Tyrimai rodo, kad asmenys, pasižymintys aukštu lėtinio pavydo lygiu, t. y. nuolat linkę įtarti neištikimybę ir patirti santykių grėsmę, demonstruoja ryškesnius lyčių skirtumus reaguojant į seksualinę ir emocinę neištikimybę. Tuo tarpu žemo pavydo individų grupėje šie skirtumai tampa gerokai mažiau išreikšti arba gali visai išnykti. Taigi lyčių skirtumų pasireiškimas pavydo kontekste priklauso ne tik nuo biologinių ar evoliucinių veiksnių, bet ir nuo individualaus psichologinio pažeidžiamumo bei santykių suvokimo [50]. Todėl evoliuciniai polinkiai neturėtų būti suprantami mechanškai: jų raišką keičia kultūra, santykio istorija, prierašumo stilius, asmenybės bruožai ir psichopatologija.

Evoliucinė perspektyva taip pat padeda suprasti pavydo ryšį su smurtu, bet jo nepateisina ir nedeterminuoja. Seksualinis pavydas gali būti susijęs su partnerio kontrole ir neištikimybės prevencija, tačiau agresija nėra nei būtina, nei automatinė pavydo pasekmė. Buss ir Duntley

pabrėžia, kad smurtas yra kraštutinė, socialiai ir individualiai „brangiai kainuojanti“ strategija, pasireiškianti tik tam tikromis sąlygomis [37]. Etologiniai tyrimai šią mintį papildo: Rilling tyrimuose su makakomis „pavydo“ situacijose pirmiausia stebėtas padidėjęs budrumas, socialinis sekimas ir nerimas, o ne tiesioginė agresija. Aktyvuotos sritys, susijusios su grėsmės aptikimu ir socialinių signalų interpretacija, tokios kaip migdolinė liauka ir viršutinė smilkininė vaga [51]. Tai leidžia pavydą suprasti pirmiausia kaip hiperbudrumo būseną, kurioje subjektas tampa pernelyg jautrus santykio grėsmei.

Žmonių neuropsichologiniai tyrimai taip pat rodo, kad skirtingi neištikimybės scenarijai gali aktyvuoti nevienodus emocinio ir socialinio pažinimo tinklus. Kai kuriuose funkcinio magnetinio rezonanso tyrimuose nustatyta, kad vyrams seksualinės neištikimybės įsivaizdavimas labiau aktyvuoja struktūras, susijusias su emociniu sujaudinimu ir agresija, pavyzdžiui, migdolinę liauką ir pagumburį, o moterims ryškesnės sritys, susijusios su socialiniu pažinimu ir santykių interpretacija, pavyzdžiui, viršutinė smilkininė vaga [52]. Vis dėlto šie duomenys turėtų būti interpretuojami atsargiai: jie neįrodo paprasto biologinio determinizmo, bet rodo, kad pavydas gali remtis skirtingais emociniais, kognityviniais ir socialinio vertinimo procesais.

Šiame kontekste patologinis pavydas gali būti suprantamas kaip adaptacinio pavydo mechanizmo disfunkcija. Įprastomis sąlygomis pavydas padeda atpažinti galimą santykio grėsmę ir paskatina subjektą atkurti ribas, pasitikėjimą ar saugumą. Patologinėje formoje tas pats mechanizmas tampa hiperaktyvus: įtarimas praranda proporciją, nebesiduoda koreguojamas patirties, o neutralūs ar dviprasmiški ženklai pradedami interpretuoti kaip neištikimybės įrodymai. Tokiu atveju kliesdinis pavydas nebūtų visiškai „svetimas“ normaliam pavydui reiškinys; veikiau tai kraštutinė, iškreipta ir nuo tikrovės atsiskyrusi pavydo sistemos forma.

Vis dėlto evoliucinės psichologijos paaiškinimas turi aiškias ribas. Jis gali padėti suprasti, kodėl pavydas apskritai egzistuoja, kodėl jis susijęs su partnerio išskirtinumu, investicija, konkurencija ir galimu smurtu, tačiau pats savaime nepaaiškina konkretaus kliesdesio susiformavimo, jo atsparumo korekcijai ar individualios klinikinės eigos. Kaip pažymi Leahy, etologinis modelis nesuteikia reikiamo modelio naudingo gydymui [47]. Todėl klinikiniam darbe evoliucinė perspektyva turi būti derinama su kognityviniais, psichoanalitiniais, neurobiologiniais ir sociokultūriniais modeliais. Taigi evoliucinė psichologija leidžia suprasti pavydą kaip emocinę sistemą, kuri galėjo turėti adaptacinę funkciją, tačiau Otelo sindromo atveju ši sistema tampa patologinė: ji nebesaugo santykio, o jį griauja; nebe padeda atpažinti realią grėsmę, o pati ją sukuria; nebe mažina netikrumą, o paverčia visą santykį įtarimo, kontrolės ir galimo smurto lauku.

3.1.8. Kognityviniai mechanizmai

Kognityviniai modeliai patologinį pavydą aiškina kaip specifinių įsitikinimų, dėmesio procesų ir informacijos apdorojimo šališkumų sąveikos rezultatą. Šioje perspektyvoje pavydas nėra vien

emocinė reakcija, bet organizuota kognityvinė schema, paremta nuolatinio numanomo partnerio neištikimybės ar praradimo pavojumi.

Vienas iš svarbiausių empiriškai pagrįstų mechanizmų yra dėmesio šališkumas („attentional bias“). Intili ir Tarrier (1998) tyrimai, taikant dichotinio klausymo paradigmą, parodė, kad pavydūs asmenys, palyginti su nepavydžiais, reikšmingai dažniau selektyviai „užfiksuoja“ su pavydu susijusius stimulus, net kai jų dėmesys turėtų būti nukreiptas kitur [53]. Tai rodo, kad patologinio pavydo atvejais informacijos apdorojimas yra iš anksto „nukreiptas“ į galimos grėsmės signalus: neutralūs ar nereikšmingi dirgikliai lengviau interpretuojami kaip susiję su neištikimybe. Tokiu būdu pavydas palaikomas ne tik sąmoningų įsitikinimų, bet ir ankstyvų, automatinų dėmesio procesų [14].

Ši kognityvinė dinamika dera su platesne prielaida, kad pavydas egzistuoja kontinuume nuo normalaus iki patologinio. Marazziti ir bendraautoriai (2013) pabrėžia, jog intensyvios pavydo mintys nėra retos net bendroje populiacijoje – bent 10 % sveikų asmenų patiria ryškesnį pavydo minčių poveikį [54]. Nors tai nereiškia kliesesinio pavydo paplitimo, tokie duomenys leidžia manyti, kad Otelio sindromas yra kraštutinė platesnio spektro forma, kurioje įtarimai tampa nekoreguojami, įgyja kliesesinį tikrumą ir ima organizuoti elgesį, įskaitant partnerio tikrinimą bei neutralių ženklų klaidingą interpretavimą.

Neurokognityviniai modeliai šiuos procesus sieja su specifinių smegenų tinklų veikla. Marazziti ir kt. nurodo, kad pavydas, ypač jo kliesesinė forma, gali būti susijęs su frontostriatalinių grandinių ir ventromedialinės prefrontalinės žievės (vmPFC) funkcija, kuri dalyvauja emocinio reikšmingumo suteikimo, atlygio vertinimo ir socialinių santykių interpretavimo procesuose. Dopaminerginė sistema, ypač mezolimbinis kelias, reguliuoja reikšmingumo priskyrimą (salience attribution), todėl jos disbalansas gali lemti tai, kad neutralūs partnerio elgesio aspektai suvokiami kaip itin svarbūs ir grėšmingi. Tai sudaro prielaidas kliesesinių įsitikinimų formavimuisi [54].

Autoriai taip pat išskiria kelių tarpusavyje susijusių tinklų vaidmenį: (1) emocinio ir atlygio vertinimo tinklą (vmPFC, pilvinė dryžuotojo kūno dalis, migdolinė liauka, sala (lot. „insula“)), (2) numatytojo režimo tinklą, susijusį su autobiografinė atmintimi ir galimų scenarijų konstravimu, bei (3) mentalizacijos tinklą, atsakingą už kitų asmenų ketinimų interpretavimą. Kliesesinis pavydas gali atsirasti tada, kai šių sistemų sąveika tampa iškreipta: sustiprėja nepagrįstas reikšmingumo suteikimas, iškraipoma socialinė interpretacija ir konstruojami katastrofiniai santykio scenarijai [54]. Nors šis procesas apima kelių tinklų sąveiką, svarbiu veiksnio laikomas sutrikęs emocinio reikšmingumo priskyrimas, kuris gali iškreipti vėlesnę socialinę interpretaciją ir scenarijų konstravimą. Šie mechanizmai ypač aiškiai išryškėja Parkinsono ligos kontekste, kur dopaminerginis gydymas gali per stipriai aktyvuoti ventralines frontostriatalines sistemas. Tokiu atveju didėja emocinis investavimas į santykį ir praradimo baimė, o kartu gali formuotis

pasikartojantis, automatizuotas pavydus elgesys. Tai leidžia kliesesinį pavydą laikyti ne vien psichologiniu, bet ir neurokognityviniu reiškiniu, susijusiu su dopaminerginės signalizacijos ir socialinės kognicijos disbalansu [54].

Svarbią teorinę perspektyvą siūlo prognozuojamo kodavimo (predictive coding) modelis. Fineberg ir Corlett teigia, kad kliesesiai atsiranda tada, kai sutrinka smegenų gebėjimas derinti išankstinius lūkesčius su nauja sensorine ar socialine informacija. Tokiu atveju neutralūs ar dviprasmiški įvykiai įgauna perteklinę reikšmę, o individas siekia juos paaiškinti, sukuriant nuoseklų, nors ir klaidingą įsitikinimą. Šis procesas siejamas su Kapur aprašytu „iškreipto reikšmingumo“ (angl. „aberrant salience“) modeliu, kai nereikšmingi stimulai tampa subjektyviai reikšmingi [55,56]. Pavydo kliesių atveju šis mechanizmas pasireiškia itin aiškiai. Įsitikinimas apie partnerio neištikimybę gali veikti kaip „geriausias prieinamas paaiškinimas“ situacijai, kuri subjektyviai patiriama kaip neaiški, grėsminga ar emociškai destabilizuojanti. Tokiu būdu sumažinamas neapibrėžtumas, tačiau sukuriamas nelanksti interpretacinė sistema, kurioje beveik bet koks partnerio elgesys gali būti traktuojamas kaip patvirtinimas [55,57].

Fineberg ir Corlett šį procesą apibūdina apsauginio kaiščio metafora (angl. „doxastic shear pin“): kliesesys gali atlikti tam tikrą apsauginę funkciją, leisdamas subjektui išlaikyti psichinį stabilumą, net jei tai daroma ribojant realybės interpretacijos lankstumą. Pavydinio kliesės atveju tai reiškia, kad įsitikinimas apie neištikimybę gali suteikti aiškumo jausmą situacijose, kuriose patiriamas neapibrėžtumas, grėsmė ar intensyvi afektinė įtampa santykyje. Tačiau ši adaptacija yra patloginė, nes ji uždaro subjektą į hermetišką interpretacinę sistemą [55].

Klinikiniu požiūriu ši perspektyva rodo, kad intervencijos neturėtų apsiriboti vien tiesioginiu įsitikinimo paneigimu. Svarbu suprasti, kokią funkciją kliesesys atlieka subjekto psichikoje – ar jis mažina neapibrėžtumą, reguliuoja afektą, ar palaiko kontrolės iliuziją. Tik tuomet galima kurti alternatyvius aiškinimo ir emocijų reguliavimo būdus.

3.2. Otelo sindromo istorinė raida

3.2.1. Pavydas iki klinikinės psichiatrijos: moralinė, religinė ir literatūrinė samprata

Patologinio pavydo istorija prasideda gerokai anksčiau nei pats terminas „Otelo sindromas“. Ilgą laiką pavydas buvo suvokiamas ne kaip medicininė problema, o kaip moralinė, religinė, filosofinė ir literatūrinė patirtis. Pavydas jau antikinėje ir krikščioniškoje tradicijoje buvo suvokiamas kaip dviprasmis afektas. Viena vertus, jis galėjo būti siejamas su prisirišimu, garbe ar santykio verte, tačiau kartu buvo pripažįstamas ir jo destruktivus potencialas [19]. Taigi, nuo pat pradžių jis pasižymi dviprasmybe: viena vertus, siejamas su prisirišimu ir santykio verte, kita vertus – su praradimo baime, kontrolės siekiu ir agresija. Ši dviprasmybė ypač ryškiai išryškėja W.

Shakespeare'o „Otelo“ tragedijoje (apie 1603 m.), kur pavydas vaizduojamas kaip savarankiškai stiprėjantis procesas, galintis išaugti iš menkų užuominų ir palaipsniui tapti visą subjekto mąstymą

organizuojančia jėga [41]. Vis dėlto šiame etape pavydas dar nėra suprantamas kaip klinikinė būklė – jis išlieka literatūrinis ir moralinis fenomenas, kuris tik vėliau taps psichiatrijos analizės objektu. Ši W. Shakespeare'o vaizduojama pavydo dinamika atliepia ir B. Spinozos analizę (1677), kur pavydas suprantamas kaip būseną, kurioje tas pats objektas vienu metu tampa ir meilės, ir neapykantos šaltiniu [58]. Shakespeare'o figūra svarbi ne todėl, kad jis sukūrė klinikinę diagnozę, bet todėl, kad jo tragedija pateikė literatūrinį modelį, kuriuo XX a. psichiatrai vėliau pasinaudojo aprašydami liguistą neištikimybės įsitikinimą.

Ankstyvojoje modernybėje ši literatūrinė intuicija palaipsniui įgauna ir konceptualų pavidalą. R. Burtonas veikale „Melancholijos anatomija“ (1621 m.) pavydą aptaria ne kaip savarankišką afektą, bet kaip meilės melancholijos simptomą, pasireiškiantį epizodiniais pavydo priepuoliais. Šie kyla ne tik iš santykio su objektu, bet ir iš subjekto vaizduotės, kuri nuolat generuoja įtarimo scenas.

Pavydas įgyja dvigubą pobūdį: viena vertus, laikomas beveik neišvengiama meilės pasekme („No torment is so bad as love“), kita vertus – melancholinės būsenos intensyviausia išraiška, kurioje susilieja malonumas ir kančia [59].

R. Descartes traktate „Sielos aistros“ (1649 m.) pavydą („la jalousie“) apibrėžė kaip specifinę baimės formą, kylančią ne tiek iš meilės, kiek iš subjekto nepasitikėjimo savimi ir siekio išsaugoti turimą „gėrį“ [60]. Ši analizė žymi svarbų posūkį: pavydas pradedamas sieti su savivertės pažeidžiamumu ir kontrolės siekiu, o ne vien su moraliniu trūkumu. Platesniame Descartes filosofijos kontekste galima matyti ir kitą svarbų aspektą – abejonės ir tikrumo santykį.

Karteziškajame projekte abejonė tampa metodu, turinčiu sugriauti nepagrįstą tikrumą, tačiau paradoksaliai pati įgyja būtino tikrinimo statusą [61]. Ši įtampa leidžia konceptualiai susieti pavydą su nuolatinio tikrinimo struktūra: subjektas siekia patvirtinimo, bet kiekvienas „įrodymas“ tik dar labiau išplečia neapibrėžtumą. Tokiu būdu modernybėje pavydas artėja prie obsesinės logikos, kurioje abejonė ne pašalinama, o nuolat reprodukuojama.

XVII–XVIII a. pavydas vis dar buvo svarstomas aistrų teorijos kontekste. Ankstyvojoje modernybėje aistros buvo suprantamos kaip jėgos, galinčios užvaldyti individą, tačiau tuo pačiu buvo tikima, kad protas gali jas suvaldyti arba bent jau nukreipti. Vėliau, veikiant Apšvietos idėjoms, filosofinė aistrų samprata keitėsi: aistros imtos suprasti ne vien kaip išoriniai impulsai ar trumpalaikės reakcijos, bet kaip vidiniai polinkiai, pasireiškiantys santykiyje su objektu. Šį poslinkį aiškiai artikuliuo David Hume, teigdamas, kad „protas yra ir turi būti tik aistrų tarnas“ („Reason is, and ought only to be the slave of the passions“). Tokiu būdu protas nebe laikomas aistrų valdytoju, bet veikiau jų instrumentu, galinčiu nustatyti priemones tikslams pasiekti, tačiau nepajėgiančiu jų suformuoti ar pakeisti. Šiam požiūriui vėliau iš esmės prieštaravo Immanuel Kant, teigęs, kad moralė turi būti grindžiama ne aistromis, o autonomišku protu, galinčiu nustatyti universalius principus [15,62,63].

3.2.2. Literatūriniai patologinio pavydo modeliai: nuo Prousto iki Tolstojaus

XIX–XX a. literatūroje pavydas įgauna dar modernesnę formą. Jis vaizduojamas ne tik kaip aistra, bet ir kaip sprendimų, fantazijų, įtarimų bei vaizduotės mechanizmas. Marcel Proust romane „Prarasto laiko beieškant“ pavyde svarbi ne tiek reali neištikimybė, kiek nuolatinis mąstymas apie galimą partnerio gyvenimą, kurio subjektas niekada iki galo negali patikrinti. Pavydas tampa savotiška tyrimo mašina: kuo daugiau subjektas ieško tikrumo, tuo labiau jis patenka į neapibrėžtumo ir įtarimų ratą. Prousto pasakotojas leidžia suprasti, kad jį kankinantis pavydas nėra tiesiog reakcija į Albertinos elgesį, bet susijęs su jo paties geismo dinamika – nuolatiniu troškimu patikti ir būti geidžiamam. Šia prasme pavydas pasirodo kaip savirefleksinė struktūra: subjektas kenčia ne tiek dėl kito, kiek dėl savo paties projekcijų, todėl galima sakyti, kad „pavydas visų pirma yra pavydas sau pačiam“ [33,64].

L. Tolstojaus „Kreicerio sonatoje“ ši dinamika įgauna patologinę, smurtinę formą. Pozdnyševas, apsėstas seksualinių fantazijų ir įtarimų dėl žmonos santykio su muzikantu, palaipsniui pats save įtikina jos kaltumu ir galiausiai ją nužudo. Šis literatūrinis pavyzdys rodo, kad pavydas nėra vien reakcija į realybę; jis gali sukurti subjektyvią tikrovę, kuri tampa pavojingesnė už faktus [15]. Tolstojaus atvejis ypač įdomus todėl, kad pavydo tema pasirodo ne tik jo kūryboje, bet ir biografijoje. Vėlesniais metais Tolstojus pats patyrė intensyvią pavydą, kai muzikantas Sergejus Tanajevus tapo dažnu jo namų svečiu, o jo žmona Sonja rodė jam simpatiją. Dienoraščiuose Tolstojus aprašė žmonos jausmų muzikantui sukeltą kančią ir kaltino jos „moterišką“ negebėjimą pajungti jausmų protui. Tokiu būdu „Kreicerio sonata“ pasirodo ne tik kaip literatūrinis patologinio pavydo vaizdinys, bet ir kaip platesnės Tolstojaus krizės dalis: po religinio atsivertimo jis vis labiau neigė kūnišką aistrą, o pavydą suvokė kaip meilės, neapykantos, troškimo ir nuosavybės siekio susipynimą [21].

3.2.3. XIX a. psichiatrija: nuo monomanijos prie pavydo kliedesio

Klinikinėje psichiatrijoje svarbus posūkis įvyko XIX a., kai pavydas pradėtas nagrinėti ne tik kaip moralinė ar literatūrinė tema, bet ir kaip galimas psichopatologinis reiškiny. Prancūzų psichiatrija čia atliko reikšmingą vaidmenį. Jean-Étienne Dominique Esquirol 1838 m. veikale „Des maladies mentales“ įtvirtino monomanijos sąvoką – idėją, kad psichikos sutrikimas gali būti organizuotas aplink vieną dominuojančią temą. Nors Esquirol nepateikė išplėtos kliedesių teorijos, jo monomanijos samprata buvo svarbi tuo, kad leido mąstyti apie kliedesį kaip struktūrą, sutelktą į vieną idėją, kai kitose gyvenimo srityse asmuo gali atrodyti pakankamai racionalus [65,66]. Ši monomanijos tradicija turėjo ir teorinių, ir teisinių pasekmių. Jei žmogus laikomas „pamišusiu“ tik vienoje srityje, kyla klausimas, kaip vertinti jo atsakomybę už veiksmus. Patologinio pavydo atveju tai ypač aktualu, nes subjektas gali funkcionuoti gana normaliai, bet kartu būti visiškai įsitikinęs partnerio neištikimybėje ir dėl to tapti pavojingas. Būtent todėl ankstesnė monomanijų

klasifikacija, nors ir padėjo atpažinti ribotas kliesdesines būsenas, kartu komplikavo teisinį pakaltinamumo klausimą [2].

XIX a. pabaigoje pavydas vis aiškiau įtraukiamas į psichopatologinę klasifikaciją. Albert Mairret buvo vienas iš autorių, mėginusių sisteminti pataloginį pavydą, išskirdamas skirtingas jo formas: hiperestezinę, monomaninę ir kliesdesinę. Šis skirstymas rodo, kad pavydas galėjo būti suprantamas ne vien kaip vienalytis kliesdesys, bet kaip spektras: nuo padidinto jautrumo ir emocinio reaktyvumo iki labiau fiksuoto, kliesdesinio įsitikinimo. Tokia kryptis svarbi ir šiuolaikiniam pataloginio pavydo supratimui, nes klinikinėje praktikoje susiduriama ne tik su grynais neištikimybės kliesdesiais, bet ir su obsesinėmis, pervertintų idėjų ar mišriomis pavydo formomis [2,23].

Prancūzų psichiatrija ypač reikšminga dėl to, kad joje kliesdesiai buvo analizuojami pagal mechanizmą, struktūrą ir teminę organizaciją. Kaip pažymi Marc-Antoine Crocq, prancūzų tradicija ilgai išlaikė savitą lėtinių kliesdesinių būsenų klasifikaciją, kuri ne visada sutapo su vokiška ar vėlesne anglakalbe nomenklatūra. Tokios sąvokos kaip „*délire d'interprétation*“, „*délires passionnels*“, „*bouffée délirante*“ ir lėtinės sistematizuotos paranojinės būsenos padėjo tiksliau aprašyti kliesdesių organizaciją. Šiame kontekste pavydas galėjo būti suprantamas kaip vienas iš „aistringų kliesdesių“, kuriuose centrinį vaidmenį atlieka stiprus afektinis branduolys. Kitaip tariant, pavydo kliesdesys buvo ne tik klaidingas įsitikinimas, bet ir afekto, interpretacijos, savivertės pažeidimo bei santykio su kitu struktūra [66].

3.2.4. Abejonė, tikrumas ir fenomenologinė pavydo kliesdesio analizė

Kaip jau minėta anksčiau, klasikinėje ir šiuolaikinėje literatūroje skiriamas pavydas meilės santykiyje (angl. „jealousy“) ir socialinis pavydas (angl. „envy“). Henri Ey pabrėžia, kad pavydas pirmiausia nukreiptas į tai, ką subjektas laiko „savu“, t. y. į santykį ar mylimą objektą, kurio praradimas kelia grėsmę. Tuo tarpu envy siejamas su kito turimu pranašumu ir reiškia ne tiek netekties baimę, kiek nepakantumą svetimam gėriui. Šią skirtį glaustai apibendrina Jean le Rond d'Alembert: „pavydime to, ką turime, o pavydą kitam jaučiame dėl to, ką turi kiti“ [15,23].

Vis dėlto ši diferenciacija nėra absoliuti. Kaip jau aptarta, Daniel Lagache pažymi, kad romantinis pavydas neišvengiamai apima ir „envy“ momentą: subjektas, bijodamas prarasti mylimą objektą, ima identifikuotis su varžovu ir pavydėti jo realių ar įsivaizduojamų savybių [24]. Todėl pavydas laikytinas struktūriškai mišriu reiškiniu, kuriame susikerta praradimo baimė, konkurencija ir savivertės pažeidžiamumas. Būtent ši vidinė įtampa leidžia suprasti dar vieną esminę pavydo savybę – jo ryšį su abejonės ir tikrumo dinamika. Normalus pavydas retai yra visiškai tikras ar visiškai abejotinas: jis egzistuoja tarp šių polių, nuolat svyruodamas. Ši dinamika tampa ypač svarbi pereinant prie pataloginio pavydo, kur abejonė gali transformuotis į neperkalbamą įsitikinimą. Shakespeare'o „Otele“ ši abejonės ir įsitikinimo įtampa pasirodo dar iki galutinio pavydo kliesdesio įsitvirtinimo, kai Otelas teigia: „Ne, Jagai, reik iš pradžių pamatyti, / Tada suabejoti, įsitikinti — / Ir

kai dvejonų sieloj nebeliks, / Šalin kartu ir meilę, ir pavydą!“ [41]. Vienas svarbiausių perėjimų nuo moralinės prie psichopatologinės pavydo sampratos yra abejonės klausimas. Henri Ey šią struktūrą apibūdina glaustai: pavydo mąstymas yra į vieną idėją sutelktas ir aistringas, tačiau veikia abejonės režimu – jis prasideda ir baigiasi abejonėje. Net kalbant apie „įrodymus“, būseną išlieka persmelkta netikrumo. Ši abejonė nėra tik pažinimo trūkumas: ji turi afektyvų funkciją, nes subjektas vienu metu ir siekia patvirtinimo, ir palaiko įtarimą. Todėl neištikimybės realybė čia lieka nuolat kvestionuojama, o pats klausimas tampa pavydo palaikymo mechanizmu [23].

XX a. pradžioje pavydas toliau analizuotas psichopatologijos ir fenomenologijos rėmuose. Karl Jaspers 1910 m. pabrėžė pavydo kliesių reikšmę bendrojoje psichopatologijoje, parodydamas, kad tokios būsenos leidžia tirti ne tik įsitikinimų turinį, bet ir jų išgyvenimo būdą bei struktūrą. Jaspersas padėjo platesnius fenomenologinės psichopatologijos pagrindus: vietoj paviršutiniško simptomų sąrašo siekė suprasti, kaip pacientas patiria pasaulį, save ir kitus. Jis kritikavo abstrakčius, schematiškus aprašymus ir pabrėžė individualių ligos istorijų (vok. „Krankengeschichten“) svarbą, nes tik jos leidžia atsekti, kaip simptomai formuojasi, vystosi laike ir įgyja konkrečią prasmę [22].

Šioje perspektyvoje svarbu ne vien tai, ar įsitikinimas yra klaidingas, bet ir tai, kaip jis patiriamas kaip akivaizdus, nepataisomas ir atsparus korekcijai. Todėl pavydo kliesys čia tampa ne marginaline tema, bet privilegijuotu pavyzdžiu, leidžiančiu parodyti, kaip iš normalaus įtarumo, charakterio bruožų, gyvenimiškai suprantamų situacijų ar organinių veiksnių gali susiformuoti kliesinė struktūra. Jasperso analizė leidžia skirti kelias tokio kliesio kilmės kryptis. Vienais atvejais pavydas vystosi lėtai, tarsi pratęsdamas jau esamus asmenybės bruožus – įtarumą, jautrumą pažeminimui ar seksualinį nesaugumą, todėl atrodo psichologiškai „suprantamas“. Kitais atvejais jis atsiranda staigiau, intensyviau ir susijungia su platesniu psichoziniu procesu – persekiojimo idėjomis, nerimu ar interpretaciniais iškraipymais. Galiausiai pavydas gali būti ir organinės ar toksinės kilmės simptomas, susijęs su intoksikacija ar smegenų pažeidimu [14,22,67].

Jasperso indėlis svarbus dar ir tuo, kad jis leidžia tiksliau apibrėžti ribą tarp normalaus ir kliesinio pavydo. Pastarasis prasideda ne tada, kai subjektas pavydi, bet tada, kai jo reakcija praranda proporciją, nebesiduoda koreguojama patirties ir ima organizuoti visą jo pasaulį. Vis dėlto Jaspersas taip pat pažymi, kad galutinė kliesio kilmė išlieka iš esmės neperprantama, pasižyminti tam tikru „neišsemiamumo“ ir „mįslingumo“ pobūdžiu (vok. „Unerschöpfbarkeit und Rätselhaftigkeit“), kas žymi fenomenologinės analizės ribas [22].

3.2.5. Clérambault, Lagache ir Ey: aistringieji kliesiai ir struktūrinė patologinio pavydo samprata

XX a. pirmoje pusėje Jasperso fenomenologinis posūkis buvo papildytas struktūriniais ir nosografiniais modeliais. Po 1910 m. pavydo kliesiai imami analizuoti dviem kryptimis: viena

vertus, kaip klasifikacinė problema, kita vertus, kaip specifinė afekto, interpretacijos, identifikacijos ir veikimo struktūra. Jasperso išskirta galimybė pavydo kliesdį suprasti kaip asmenybės raidą, psichozinį procesą arba organinį simptomą tapo svarbiu atspirties tašku, tačiau tarpukario ir pokario autoriai vis labiau abejojo, ar šias formas galima griežtai atskirti. Būtent čia svarbi tampa prancūzų psichiatrijos linija, ypač Gaëtan Gatian de Clérambault, Daniel Lagache ir Henri Ey darbai. Šioje prancūzų tradicijoje svarbus tarpinis taškas buvo Paul Sérieux ir Joseph Capgras 1909 m. veikalas „Les folies raisonnantes. Le délire d’interprétation“. Jame interpretacinis kliesdys aprašomas kaip dažniausiai nehaliucinacinis, sistematizuotas kliesdys, kurio mechanizmas remiasi klaidingomis interpretacijomis, kylančiomis iš realių, bet menkų kasdienybės faktų: žvilgsnių, gestų, žodžių, atsitiktinių įvykių ar kitų žmonių elgesio detalių. Šiems faktams suteikiama asmeninė reikšmė, o tarpusavyje sujungtos interpretacijos palaipsniui sudaro nuoseklią kliesdinę sistemą [68]. Pavydo kliesdžio analizei ši samprata svarbi todėl, kad paciento įtarimai dažnai formuojasi panašiu būdu: neutralūs partnerio veiksmai pradedami skaityti kaip neištikimybės ženklai.

Kiek vėliau, 1921 m. Clérambault išskyrė vadinamuosius aistringuosius kliesdžius („délire passionnels“), prie kurių priskyrė erotomaniją, reikalavimo kliesdį ir pavydo kliesdį [15]. Šis skirstymas buvo svarbus todėl, kad pavydo kliesdį leido atskirti nuo bendresnių interpretacinių paranojų. Clérambault pabrėžė, kad aistringasis kliesdys nuo pat pradžių yra kryptingas ir orientuotas į tikslą: skirtingai nei interpretacinis kliesdys, kuris gali vystytis per abejones ir laukimą, aistringasis kliesdys iš karto įtraukia valią ir veiksmą. Pavydo atveju ši struktūra ypač ryški: centrinė idėja apie partnerio neištikimybę tampa absoliučia, o visas subjekto elgesys ima kryptingai ieškoti jos patvirtinimo. Taip pavydas pereina nuo abejonės prie veikimo, kontrolės, persekiojimo ir galimo smurto.

Clérambault indėlis svarbus ir dėl „sektorinio“ kliesdžio sampratos. Pavydo kliesdys nebūtinai apima visą paciento pasaulį; jis gali būti sutelktas į vieną santykinę struktūrą – subjektą, meilės objektą ir varžovą. Tai paaiškina klinikinį paradoksą, kad asmuo daugelyje gyvenimo sričių gali atrodyti racionalus, tačiau partnerio neištikimybės klausimu išlieka visiškai neperkalbamas. Tokia samprata pratęsia XIX a. monomanijos tradiciją, bet ją patikslina: čia svarbi ne tik viena dominuojanti idėja, bet ir afektinis bei valios krūvis, kuris tą idėją paverčia veikimo programa [23]. Ši interpretacinė linija leidžia tiksliau suprasti ir pavydo kliesdžio mechanizmą: pacientas nebūtinai „sukuria“ įrodymus iš nieko, bet klaidingai perskaito realius, kasdienes partnerio elgesio elementus. Vėlesnėje prancūzų tradicijoje ši interpretacinė logika susiejama su paranojine struktūra, projekcija ir afektiškai įkrautu santykiu su kitu. Šioje perspektyvoje subjektas ne tik klaidingai interpretuoja partnerio elgesį, bet ir projektuoja į jį savo nesaugumą, seksualinius konfliktus ar agresyviuosius impulsus. Tai leidžia suprasti, kodėl pavydas gali išlikti net tada, kai nėra jokių realių neištikimybės įrodymų: įtarimas palaikomas ne išorinės realybės, o vidinės kliesdinės logikos [14].

XX a. viduryje šias kryptis sistemino Daniel Lagache ir Henri Ey. Lagache meilės pavydą aiškino kaip paranojinę struktūrą, kurioje veikia projekcija, reikalavimas objektui ir kliesinė „išdavystės“ arba „neteisybės“ ašis [24]. Jam svarbu ne tik tai, kad pavydas turi klaidingą turinį, bet ir tai, kad jis organizuoja visą subjekto santykį su kitu. Pavydus subjektas ne tik kenčia dėl galimo praradimo, bet ir kelia objektui reikalavimą, siekdamas visiško patvirtinimo, kurio pats santykis niekada negali suteikti.

Henri Ey pateikė struktūrinę patologinio pavydo interpretaciją, kritikuodamas požiūrį, kad jis tėra kiekybiškai sustiprinta normalaus pavydo forma. Jo organodinaminėje koncepcijoje kliesiai suprantami kaip visos psichinės veiklos reorganizacija, todėl patologinis pavydas nėra vien intensyvesnė emocija, bet reiškia pakitusį subjekto santykį su tikrove. Net jei pavydo turinys gali atrodyti susijęs su charakteriu ar gyvenimo situacija, kliesio atveju jis jau rodo specifinį tikrovės apdorojimo sutrikimą. Šia prasme patologinis pavydas nėra redukuojamas į suprantamą afektinę reakciją, bet turi būti laikomas kokybiškai skirtingu psichopatologiniu reiškiniu, susijusiu su pažinimo, sprendimo ir elgesio transformacija [23].

Ey analizė leidžia tiksliau atskirti normalų ir patologinį pavydą. Normalus pavydas, net būdamas skausmingas, intensyvus ir pavojingas, išlieka koreguojamas patirties, gali keistis ir prisitaikyti prie naujų aplinkybių. Patologinis pavydas, priešingai, praranda šį lankstumą: subjektas nebesugeba kurti naujų santykio su realybe normų, o kiekvieną faktą įtraukia į jau iš anksto suformuotą įtarimo struktūrą. Šiuo požiūriu Ey artėja prie Georges Canguilhem ligos sampratos, pagal kurią patologija reiškia ne vien normos peržengimą, bet normatyvumo praradimą – negebėjimą naujai organizuoti santykio su aplinka.⁴ [23]

3.2.6. Psichoanalitinės interpretacijos: projekcija, ambivalencija ir identifikacija

Psichoanalitinė tradicija patologinį pavydą aiškino per ankstyvuosius konfliktus, ambivalenciją, geismą, kaltę ir gynybinius mechanizmus. Sigmundas Freudas 1922 m. pavydą siejo su konkurenciniais, projekciniais ir kliesiniais komponentais, o vėlesni autoriai plėtojo šias idėjas, ypač akcentuodami Edipo kompleksą, nesąmoningą kaltę, agresiją ir ambivalentišką santykį su meilės objektu [28].

Vienas reikšmingiausių psichoanalitinės krypties posūkių yra Jacques Lacano 1932 m. disertacija „De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité“. Lacanas perima Jasperso skirtą

⁴ Skirtumas tarp Lagache'o ir Ey teorinių tekstų yra tas, kad Lagache labiau pabrėžia patologinio pavydo psichogenetinę raidą iš asmenybės istorijos, frustracijos ir meilės santykio konfliktų, o Ey šią perspektyvą papildo ir koreguoja: jo požiūriu, liguistas pavydas negali būti redukuotas į sustiprėjusią normalią aistrą ar suprantamą asmenybės reakciją, nes jo pagrinde glūdi kliesinė ir fantazminė sąmonės struktūra.

tarp psichologiškai suprantamos raidos ir nesuprantamo proceso, tačiau siekia ją peržengti: kliesdys jam nėra vien svetimas „įsiveržimas“ į psichiką, bet turi struktūrą, susijusią su subjekto santykiu su kitu. Pavydas tampa ne tik įtarimu dėl neištikimybės, bet ir identifikacijos problema. Pavydintysis nesąmoningai tapatinasi su varžovu, tarsi patirdamas savo vietos meilės santykių praradimą. Todėl pavydas nėra paprasta klaidinga interpretacija; jis išreiškia subjektyvios pozicijos destabilizaciją santykiuose su kitu [69]. Ši Lacano analizė svarbi tuo, kad pavydą susieja su platesne paranojinio pažinimo ir įsivaizduojamos, o vėliau ir simbolinės identifikacijos problema [70]. Žymiosios M. Klein duktė Melitta Schmeideberg 1953 m. straipsnyje „Some Aspects of Jealousy and of Feeling Hurt“ pavydą interpretavo kaip daugiasluoksnį reiškinį, kylantį iš oralinių, analinių ir genitalinių psichoseksualinių konfliktų sąveikos. Jos požiūriu, patologinis pavydas nėra atskiras nuo vaikystės pavydo, bet dažnai yra ankstyvųjų santykių, konkurencijos ir baimės prarasti meilę pakartojimas suaugusiųjų santykiuose [71].

Schmeideberg pabrėžė, kad pavydą palaiko uždaras ratas: baimė prarasti meilės objektą sukelia agresiją, agresija sukelia kaltę, kaltė sustiprina baimę būti atstumtam, o ši dar labiau didina pavydą. Svarbi jos analizės dalis yra ambivalencija: pavydus subjektas myli ir nekenčia to paties objekto, o meilės deklaracijos gali maskuoti kontrolės, dominavimo ar net sadistinio baudymo impulsus. Enoch ir Trethowan taip pat pažymi, kad Schmeideberg akcentavo Edipo komplekso svarbą ir, panašiai kaip Ernest Jones, manė, jog vienas reikšmingų pataloginio pavydo veiksnių yra negebėjimas mylėti; Fenichelis šį negebėjimą siejo su „gilia ambivalencija“ [14,71,72].

Svarbu tiksliai atskirti Schmeideberg indėlį nuo paties termino „Otelo sindromas“ istorijos. Kai kurie vėlesni autoriai „Otelo sindromo“ terminą sieja su Schmeideberg 1953 m. straipsniu, [12] tačiau pačiame jos tekste aiškiau šio termino vartojimo nėra. Aiškiai įvardytas termino vartojimas aptinkamas vėliau, Todd ir Dewhurst darbe [73].

Dar prieš Todd ir Dewhurst publikaciją Otelo figūra jau buvo pasitelkiama pataloginio pavydo aptarimuose. Seidenberg 1952 m., kalbėdamas apie pavydą ir jo patalogiškumą, taip pat mini Otėlą kaip literatūrinę figūrą, įkūnijančią destruktivų pavydą [74]. Jo požiūriu, pavydas nėra vien gynybinė reakcija į galimą praradimą ar neištikimybę. Jis gali veikti ir kaip nesąmoningo troškimo išsipildymas, kuris teikia psichinį pasitenkinimą, nors kartu sukelia kančią. Analizuodamas literatūrinius pavyzdžius, ypač Franzo Molnaro „The Guardsman“, Seidenbergas parodė, kad pavydas gali veikti kaip partnerio „testavimo“ mechanizmas: subjektas pats sukuria situaciją, kurioje tikrina mylimojo ištikimybę, nors kartu bijo gauti patvirtinimą, kurio ieško [74].

Šis Seidenbergo pastebėjimas svarbus todėl, kad jis leidžia suprasti pataloginį pavydą ne tik kaip klaidingą įsitikinimą, bet ir kaip ambivalentišką psichinį scenarijų. Subjektas nori paneigti neištikimybę, bet kartu nesąmoningai gali siekti ją įrodyti, nes pati pavydo struktūra palaiko tam tikrą psichinę įtampą ir pasitenkinimą. Būtent šią dvilypę – kančios ir mėgavimosi – struktūrą

vėliau konceptualizuoja Jacques Lacan, įvesdamas neologizmą „jalouissance“ XX-ajame seminare „Encore“ (1972–1973) [75]. Enoch ir Trethowan šią liniją taip pat mini, aptardami pavydo ryšį su ambivalencija, partnerio išbandymu ir literatūriniais pavyzdžiais [14]. Vis dėlto Seidenbergo modelis išlieka klasikinės psichoanalizės rėmuose ir turėtų būti vertinamas atsargiai: nors Edipo komplekso reikšmė psichoanalizei nėra ginčijama, pats reiškinytis čia linkęs būti aiškinamas gana schematiškai, redukuojant jo daugiasluoksnią struktūrą į kaltės ir draudžiamo troškimo dinamiką.

3.2.7. Organiniai, toksiniai ir alkoholio veiksniai istorinėje literatūroje

Tuo pat metu XX a. viduryje stiprėjo ir organiniai bei toksiniai patologinio pavydo aiškinimai. Nors alkoholio ryšys su pavydo kliedesiais buvo pastebėtas dar XIX a., vėlesni autoriai, pradedant Krafft-Ebing ir Parant, vis labiau pabrėžė alkoholizmo, toksinių būklių, epilepsijos, encefalito, progresuojančio paralyžiaus ir kitų organinių veiksnių reikšmę. Lagache siūlė kompromisinę poziciją: alkoholis gali veikti kiekybiškai, silpnindamas kontrolę, ir kokybiškai, ypač paveikdamas seksualinę funkciją bei savivertę. Tačiau tai nereiškia, kad pavydas gali būti paaiškintas vien alkoholiu. Kai kuriais atvejais pavydo kliedesys išlieka ir sumažėjus alkoholio vartojimui, todėl toksinis modelis turi būti derinamas su asmenybės, psichodinaminiais ir psichoziniais veiksniais [14].

Taigi XX a. pirmosios pusės literatūroje susiformuoja keli pagrindiniai patologinio pavydo ir vėliau Otelo sindromu pavadinto reiškinio supratimo keliai. Jaspersas leidžia pavydo kliedesį matyti kaip specifinę fenomenologinę patirties struktūrą, kurioje svarbus ne tik klaidingas įsitikinimo turinys, bet ir jo išgyvenimo būdas. Clérambault išryškina aistringą, kryptingą ir į veiksmą orientuotą šio kliedesio pobūdį. Lacanas pavydą aiškina kaip reiškinį, kuriame susipina identifikacija su varžovu, projekcinis nepriimtinių impulsų perkėlimas ir paranojinis santykis su kitu. Eys suteikia šiam reiškiniui platesnį struktūrinį bei nosografinį pagrindą, parodydamas, kad patologinis pavydas nėra vien kiekybiškai sustiprinta normali emocija, bet kokybiškai pakitęs santykis su tikrove. Galiausiai organiniai, toksiniai ir alkoholio modeliai primena, kad pavydo kliedesiai gali kilti ne tik iš psichologinių konfliktų ar tarpasmeninės dinamikos, bet ir iš smegenų pažeidimų, intoksikacijos ar kitų neuropsichiatrinų būklių.

3.2.8. Terminas „Otelo sindromas“ įtvirtinimas

Aiškus termino „Otelo sindromas“ įtvirtinimas paprastai siejamas su John Todd ir Kenneth Dewhurst 1955 m. straipsniu „The Othello syndrome: a study in the psychopathology of sexual jealousy“ [73]. Ši publikacija svarbi ne todėl, kad iki jos nebūtų buvę patologinio pavydo aprašymų, bet todėl, kad ji suteikė klinikinei būklei įsimenantį pavadinimą, susiejantį psichiatrijos atvejį su Shakespeare'o tragedija. Todd ir Dewhurst aprašė pacientus, kurių klinikiniame vaizde dominavo liguisti neištikimybės įsitikinimai. Jie pabrėžė, kad tokie kliedesiai gali pasireikšti palyginti grynai forma, bet dažniau atsiranda kitų psichozinių būklių metu: paranojinių būsenų, paranojinės

šizofrenijos, afektinių psichozių (dabar žinomų kaip nuotaikos sutrikimai su psichoziniais simptomais), epilepsijos, senatvinių psichozių ir lėtinio alkoholizmo kontekste.

Todd ir Dewhurst pabrėžė kelis bruožus, kurie išliko svarbūs ir vėlesnėje literatūroje. Pirma, neištikimybės klidesiai dažnai dominuoja visame klinikiniam vaizde ir suteikia psichozei specifinį pobūdį. Antra, jie neišvengiamai įtraukia seksualinį partnerį, todėl ši būklė skiriasi nuo daugelio kitų paranoidinių klidesių. Trečia, nors tokie klidesiai gali pasireikšti abiejų lyčių asmenims, Todd ir Dewhurst akcentavo didesnę jų pavojingumą vyrams, ypač dėl galimo smurto prieš partnerę. Ši ankstyva klinikinė intuicija vėliau tapo svarbia Otelo sindromo pavojingumo ir prevencijos analizės dalimi.

Vėlesniuose darbuose John Todd dar labiau išplėtė patologinio seksualinio pavydo sampratą. 1971 m. tekste apie realų arba įsivaizduojamą hipofalizmą jis nurodė, kad seksualinis pavydas gali būti laikomas patologiniu bent dviem atvejais: kai subjektą persekioja nepagrįstas įsitikinimas, kad partneris buvo ar bus neištikimas, arba kai pavydas dėl realios neištikimybės tampa toks intensyvus, kad asmuo darosi pavojingai agresyvus [76]. Šiame kontekste Todd patologinį seksualinį pavydą sieja su „Otelo sindromu“, tačiau nepateikia griežtos nozologinės šio termino apibrėžties. Todėl straipsnį tiksliau vertinti ne kaip Otelo sindromo ribų išplėtimą už klidesio ribų, bet kaip vieno galimo patologinio seksualinio pavydo predisponuojančio veiksnio – realaus arba įsivaizduojamo hipofalizmo – analizę.

Todd istoriškai svarbus ir platesniame neuropsichiatrijos kontekste. Jis domėjosi ne tik Otelo sindromu, bet ir kitais suvokimo bei tapatybės sutrikimais, įskaitant „Alisos Stebuklų šalyje sindromą“, autoskopiją, „liliputiškas haliucinacijas“, Capgras sindromą ir dvigubumo fenomenus. Dėl to jo Otelo sindromo aprašymas gali būti suprantamas kaip platesnio susidomėjimo ribinėmis psichiatrijos ir neurologijos būklėmis dalis. Vėliau Lerner (2024) pažymėjo, kad Todd pasiūlyti literatūriniai pavadinimai greitai prigijo, nes padėjo atkreipti dėmesį į jau anksčiau aprašytus, bet nozologiškai sunkiai apibrėžiamus neuropsiatriinius reiškinius [77].

1961 m. Michael Shepherd publikavo svarbų klinikinį patologinio pavydo tyrimą, kuriame pabrėžė, kad pavydas ilgą laiką buvo itin subtiliai analizuotas prancūzų psichologinėje ir psichiatrinėje tradicijoje. Shepherd darbas svarbus tuo, kad patologinį pavydą jis analizavo ne vien kaip terminologinę „Otelo sindromo“ problemą, bet kaip platesnį klinikinį reiškinį, turintį skirtingas raiškos formas ir sudėtingas sąsajas su psichoze, alkoholizmu, organinėmis būklėmis bei asmenybės veiksniais. Savo analizę jis grindė reikšminga klinicine medžiaga – apie 80 atvejų iš ligoninės praktikos, kas leido sistemiškiau atskleisti šio reiškinio klinikinę įvairovę [2].

Vėliau, ypač Enoch ir Trethowan knygoje „Uncommon Psychiatric Syndromes“, Otelo sindromas buvo įtvirtintas kaip vienas iš retųjų, bet kliniškai reikšmingų psichiatrinų sindromų. Šiame kontekste terminas tapo plačiau žinomas anglakalbėje psichiatrijoje [14]. Vis dėlto jau tada buvo

aišku, kad „Otelo sindromas“ nėra visiškai savarankiška liga. Tai veikiau sindrominis pavadinimas, apimantis skirtingų etiologijų būkles, kurias vienija liguistas, dažnai kliesdesinis įsitikinimas partnerio neištikimybe.

3.2.9. Istorinės raidos apibendrinimas

Istorinė Otelo sindromo raida rodo ne vien termino atsiradimą, bet ir laipsnišką pavydo perkėlimą iš moralės, religijos, filosofijos ir literatūros lauko į klinikinę psichiatriją. Shakespeare'o „Otelas“ suteikė galingą simbolinį modelį, leidusį pavydo destruktiją suvokti kaip savarankiškai save stiprinančią įtarimo struktūrą. XIX a. prancūzų psichiatrija padėjo mąstyti apie vienos temos kliesdesius ir aistringas kliesdesines būsenas. Jasperso fenomenologija išryškino pavydo kliesdesio patyrimo struktūrą, Clérambault – jo aistringą, kryptingą, ir į veiksmą orientuotą pobūdį, o Ey – jo ryšį su tikrovės apdorojimu ir patologiniu normatyvumo praradimu. Psichoanalizė papildė šį lauką ambivalencijos, kaltės, identifikacijos ir nesąmoningo troškimo analizėmis, o organiniai ir toksiniai modeliai priminė, kad patologinis pavydas gali būti susijęs ne tik su psichologiniais konfliktais, bet ir su neuropsichiatriniais, intoksikaciniais ar somatiniais veiksniais.

Todėl istoriškai tiksliu sakyt, kad Todd ir Dewhurst 1955 m. ne „atrado“ patologinį pavydą, o suteikė jau seniai aprašomam reiškiniui įsimenantį klinikinį pavadinimą [73]. Šiuolaikiniame darbe svarbu išlaikyti šią dvigubą perspektyvą: „Otelo sindromas“ yra naudinga klinikinė metafora, bet kartu tai nėra vienalytė diagnozė. Jis žymi įvairių psichikos ir neurologinių būklių sankirtą, kurioje pavydas tampa fiksuotas, neproporcingas, atsparus korekcijai ir potencialiai pavojingas.

3.3. Psichoanalitinė pavydo samprata

3.3.1. Pavydas kaip gilesnio konflikto išraiška

Psichoanalitinėje tradicijoje pavydas nėra redukuojamas į tiesioginę reakciją į partnerio elgesį, realią konkurenciją ar paprastą baimę būti išduotam. Jis siejamas su gilesnėmis praradimo, stokos, identifikacijos, narcisistinio pažeidžiamumo ir savivertės struktūromis. Freudų gedulo ir melancholijos analizė leidžia pavydą suprasti kaip būseną, kurioje galimas meilės objekto praradimas tampa ne tik išoriniu santykių įvykiu, bet ir grėsme pačiai subjekto savasties organizacijai. Melancholijoje subjektas nesugeba atsiskirti nuo prarasto objekto: objektas per identifikaciją tampa ego dalimi, todėl „objekto praradimas tampa ego praradimu“ [78,79]. Ši schema svarbi ir aiškinant pavydą: pavydus subjektas bijo ne vien netekti kito žmogaus, bet ir prarasti savo vietą kito geisme. Kitaip tariant, pavydas čia pasirodo kaip narcisistinė žaizda - grėsmė ne tik santykiui, bet ir pačiam „aš“. Todėl net pavydo nebuvimas psichoanalitinėje perspektyvoje nebūtinai reiškia brandžią meilę: kai kuriais atvejais jis gali rodyti nesugebėjimą pripažinti objekto reikšmės, psichiškai įsipareigoti kitam arba išgyventi jo autonomiją [34].

3.3.2. Freudo pavydo tipologija

Freudo darbuose pavydas nėra išplėtotas kaip viena nuosekli teorija, tačiau jis nuolat pasirodo kaip reikšminga psichoanalitinė problema. Jau „Three Essays on the Theory of Sexuality“ Freudas pažymi, kad įsimylėjusio žmogaus pavydas nėra visiškai atsietas nuo infantiliškų šaknų arba bent jau infantiliško sustiprinimo [80]. Mažojo Hanso atvejuje pavydas iškyla kaip ankstyvųjų edipinių konfliktų dalis: vaiko varžymasis su tėvu dėl motinos dėmesio ir pavydas jaunesniems vaikams rodo, kad pavydas priklauso ne tik brandiems erotiniams santykiams, bet ir ankstyvajai afektinio gyvenimo struktūrai [81]. Schreberio atvejo analizėje pavydas įtraukiamas į paranojos problematiką, o „Group Psychology and the Analysis of the Ego“ (1921) pabrėžiama jo reikšmė identifikacijos procesams [82,83].

Aiškiausias Freudo bandymas konceptualizuoti pavydą pateikiamas 1922 m. straipsnyje „Some Neurotic Mechanisms in Jealousy, Paranoia and Homosexuality“. Čia jis išskiria tris pavydo formas: normalų arba konkurencinį pavydą, projekcinį pavydą ir kliesesinį pavydą [28]. Normalus pavydas apima gedulą dėl galimo meilės objekto praradimo, narcisistinį sužeidimą, priešišumą varžovui ir savikritiką, nukreiptą į paties subjekto ego. Projekcinis pavydas atsiranda tada, kai subjektas negali pripažinti savo paties neištikimybės impulsų, todėl juos perkelia į partnerį: ne „aš noriu būti neištikimas“, bet „jis / ji yra neištikimas“. Tokiu atveju įtarimas gali remtis realiais, tačiau perdėtai interpretuojamais ženklais, o jo intensyvumas kyla ne iš pačios situacijos, bet iš išstumtų impulsų. Kliesesinis pavydas Freudo teorijoje yra radikalesnė projekcijos forma: į išorę perkeliamos ir nepriimtinos libidinės investicijos į tos pačios lyties objektą; formulė „aš jo nemyliu, ji jį myli“ parodo, kaip subjekto troškimas perrašomas į partnerės tariamą troškimą kitam vyrui. Vis dėlto Freudo „homoseksualumo“ tezės šiuolaikiniame kontekste nereikėtų suprasti siaurai kaip teiginio apie seksualinę orientaciją. Be to, pats Freudas svarsto ir priešingą kryptį: pavydas, ypač varžymasis su tos pačios lyties varžovu, gali pereiti į identifikaciją su juo, įgyjančią libidinį atspalvį [28,79].⁵

3.3.3. Narcisizmas, objektiniai santykiai ir Lagache

Po Freudo psichoanalitinė pavydo teorija išsiskleidė keliomis kryptimis. Viena jų pabrėžė narcisistinį pavydo aspektą. Ernest Jones teigė, kad pavydus subjektas dažnai ne tiek aktyviai myli,

⁵ Vėlesni autoriai šią hipotezę apie represuotą homoseksualumą vertino kritiškai: Langfeldto, Shepherdso ir Vauhkoneno tyrimai nerado nuoseklaus ryšio tarp kliesesinio pavydo ir represuoto homoseksualumo, o objektų santykių tradicija pasiūlė įvairesnius pavydo kilmės aiškinimus [2,12,84]. Vis dėlto pati prielaida empiriškai identifikuoti represuotą homoseksualumą remiantis kliesesinio pavydo turiniu yra problemiška. Jei šie impulsai laikomi nesąmoningais ir latentiniais, jie pagal apibrėžimą negali pasireikšti tiesiogine, deklaratyvia forma. Todėl jų „ieškojimas“ kliesesio turinyje remiasi prieštaringa logika: tai, kas turėtų būti represuota ir nepasiekama sąmonei, negali būti patikimai nustatoma per akivaizdžius kliesesinius įsitikinimus. Lakaniškoje psichoanalizėje galima abstrakčiau sakyti, kad Freudas kalba apie libidinę investiciją į panašųjį, varžovą ar tos pačios lyties figūrą, kuri gali būti išstumta ir sugrįžti kaip pavydus įtarimas.

kiek reikalauja būti mylimas; pavydas kyla iš savivertės pažeidžiamumo, menkavertiškumo jausmo ir priklausomybės nuo objekto [79]. Panašiai Enoch ir Trethowan, aptardami Otelo sindromą, šio sutrikimo psichologiniame pagrinde mato nepakankamumo jausmą, padidėjusį jautrumą ir nesaugumą, kurie projektuojami į partnerį kaip įtarimai neištikimybėje [14]. Fenichel šią liniją dar labiau sustiprina: intensyviai pavydi nebūtinai tie, kurie myli stipriausiai, bet tie, kurių narcisistiniai ir erotiniai poreikiai nėra pakankamai diferencijuoti; tokiems asmenims būti mylimiems tampa svarbiau negu mylėti [72,79].

Kita psichoanalitinė kryptis pavydą siejo su ankstyvaisiais objekto santykiais. Joan Riviere, remdamasi ankstyvosiomis Melanie Klein idėjomis, teigė, kad pavydas gali veikti kaip gynyba nuo gilesnio, destruktivesnio pavydo – „envy“ – ir su juo susijusios kaltės [85]. Melanie Klein šią skirtį išplėtojo aiškiau: „envy“ reiškia ankstyvą destruktivų pavydėjimą, nukreiptą į pirminį gerą objektą, pirmiausia motinos krūtį, o „jealousy“ yra vėlesnis, trianguliacinis pavydas, susijęs su baime prarasti meilės objektą varžovui [26]. „Envy“ siekia sugadinti arba sunaikinti gėrį, kurio subjektas pats negali turėti, o „jealousy“, nors taip pat gali būti destruktivus, vis dėlto siekia išsaugoti mylimą objektą.

Danielis Lagache'as veikale „La Jalousie amoureuse“ pavydą aiškino kaip konfliktą tarp posesyvios meilės ir realybės: pavydas kyla tada, kai meilė ima reikalauti absoliutaus objekto turėjimo, nors realybė primena, kad kitas asmuo nėra nuosavybė. Lagache skyrė „amour captatif“ - pasisavinančią meilę, siekiančią užvaldyti objektą, ir „amour oblatif“ - dovanojančią meilę, kurioje subjektas labiau linkęs atsiduoti objektui [21,24]. Lagache taip pat išplėtojo Freud'o pavydo ir homoseksualumo ryšio schemą: pavydas gali ginti nuo homoseksualių impulsų, bet homoseksualumas taip pat gali veikti kaip gynyba nuo pavydo. Todėl klinikinėje analizėje svarbu klausti ne to, ar egzistuoja „represuotas homoseksualumas“, bet kokią funkciją konkreti fantazija, įtarimas ar identifikacija atlieka subjekto psichinėje ekonomikoje [86,87].

Objektinių santykių tradicijoje svarbią vietą užima ir Otto F. Kernberg, kuris, remdamasis M. Klein idėjomis, jas integruavo su ego psichologijos ir klasikinės psichoanalizės principais, plėtodamas savitą asmenybės organizacijos modelį [88]. Jis pabrėžė, kad narcisistinėse struktūrose gali būti stebimas ne tik perdėtas pavydas, bet ir jo nebuvimas: pastarasis gali reikšti nesugebėjimą įsipareigoti kitam arba grandiozinę fantaziją, kad joks varžovas negali kelti realios grėsmės. Tačiau realaus ar fantazuojamo partnerio praradimo akivaizdoje pavydas gali iškilti kaip narcisistinės žaizdos išraiška, įgyti agresyvią, kerštingą formą ir pasireikšti „apversta trianguliacija“ - noru pačiam tapti objektu, dėl kurio varžosi kiti [89]. Pavojingumas čia gali kilti ne vien iš klaidingo įsitikinimo, bet ir iš to, kad tariama neištikimybė suvokiama kaip radikalus pažeminimas, į kurį pacientas jaučiasi privalantis reaguoti.

3.3.4. Lakaniškoji pavydo struktūra

Lacano teorija Freudų pavydo sampratą perkelia iš tiesioginio seksualinio turinio į struktūrinį lygmenį. Lakaniškoje perspektyvoje pavydas nebūtinai reiškia vien pataloginį deficitą, nes subjektas ir objektas niekada nesutampa taip, kad galėtų vienas kitą visiškai patenkinti. Pavydus subjektas tarsi kartoja „aš tau nesu pakankamas“, o ši frazė išreiškia ne tik klaidingą įsitikinimą, bet ir pamatinį lakanišką trūkumo principą [79]. Ankstyvuosiuose Lacano darbuose pavydas pasirodo klinikinės psichiatrijos ir paranojos analizės kontekste: 1931 m. jis perima Clérambault aprašytas aistrinių kliesių formas, o 1932 m. disertacijoje, remdamasis Karlu Jaspersu, skiria pavydo kliesę kaip asmenybės vystymąsi nuo pavydo kliesės kaip psichinio proceso [69,90]. Ši skirtis naudinga klinikiniam mąstymui, nes leidžia klausti, ar pavydas kyla kaip ilgalaikės charakterio, santykių ir fantazijų struktūros tęsinys, ar kaip ūmesnis psichozinis procesas, kuriame įtarimas tampa nekoreguojamu kliesiu.

1938 m. tekste apie šeimos kompleksus Lacanas pavydą perkelia į platesnę subjekto formavimosi teoriją. Įsibrovimo, arba brolio / sesers, komplekse pavydas pirmą kartą įgyja aiškią psichinę formą. Klasikinis pavyzdys yra šv. Augustino scena, kurioje kūdikis pavydžiai žvelgia į kitą vaiką prie motinos krūties. Lacanui tai nėra paprasta biologinė konkurencija dėl maisto ar dėmesio, bet psichinė identifikacija: subjektas mato kitą kaip savo atvaizdą, kaip tą, kuris užima jo vietą ir kartu parodo, kuo jis pats galėtų būti [79]. Todėl Lacanui pavydas yra ne tik agresija prieš varžovą, bet ir identifikacinis ryšys su juo: net nekenčiamas varžovas tampa intensyvaus, kartais obsesinio susidomėjimo centru.

Trečiajame seminare apie psichozes Lacanas grįžta prie kliesinio pavydo kaip projekcijos ir identifikacijos struktūros. Sekdamas Freudu, jis šį mechanizmą aprašo kaip subjekto pozicijų apsivertimą: kliesinio pavyduolio atveju subjektas nesąmoningai susitapatina su kitu, o jo paties nepriimtini jausmai - potraukis kitam vyrui, agresija ar varžymasis - perkeliama į partnerę: „ne aš jo geidžiu, o ji jo geidžia“ [90,91]. Taip Freudų „homoseksualumo“ tezė įgyja struktūrinę prasmę: tai, ką Freudas vadino homoseksualia tendencija, lakaniškai galima aiškinti kaip įsivaizduojamą identifikaciją su panašiuoju - broliu, varžovu, kitu vyru. Pavydas čia reiškia ne tik norą turėti meilės objektą, bet ir norą būti tuo kitu, kuris, atrodo, turi privilegijuotą vietą Kito geisme.

Svarbi Lacano sąvoka „jalousie“ – „jealousie“ ir „jouissance“ junginys [75]. Ji nusako paradoksalų pavydo mėgavimąsi: subjektas kenčia, bet kartu tam tikra prasme mėgaujasi pačia kančia, nes ji palaiko fantaziją, kad kitas turi pilną, slaptą ir jam neprieinamą mėgavimąsi. Carmen Wright šią sąvoką taiko pataloginiam ir projekciniam pavydui aiškinti: pavydas tampa priklausomybę primenančiu mėgavimusi įsitikinimu, kad varžovas turi objektą *a* arba pats yra objektas *a* geidžiamam Kitam [79]. XX seminare „Encore“ Lacanas grįžta prie Augustino scenos ir kelia klausimą, ar vaikas, į kurį žvelgiama, „turi“ objektą *a*, ar pats „yra“ objektas *a*. Pavydas čia

susijęs ne tik su geidžiamu objektu, bet ir su pačia geismo vieta. Otelo sindromo kontekste ši sąvoka leidžia suprasti, kodėl įtarinėjimas kartais įgauna beveik kompulsyvų pobūdį: subjektas kenčia nuo įtarimų, tačiau kartu vis grįžta prie jų, nes jie palaiko fantaziją, kad pilnas turėjimas apskritai įmanomas. Tai galima sieti ir su Lacano seksuacijos teorija: vadinamojoje vyriškojoje pozicijoje subjektas paklūsta falinei funkcijai, tačiau kartu fantazuoja apie išimtį – tą, kuris esą nėra kastruotas ir todėl gali mėgautis pilnai. Pavydas tada nukreipiamas ne tik į konkretų varžovą, bet ir į šią fantazminę išimties figūrą: kitą vyrą, kuriam tariamai prieinamas toks *jouissance*, koks pačiam subjektui yra uždraustas arba nepasiekiamas.

Lakaniškoje tradicijoje pavydas taip pat siejamas su simbolinės tvarkos funkcija. Lacanas teigia, kad seksualinis pavydas reikalauja mokėti „skaičiuoti“ [70]. Tai nereiškia paprasto aritmetinio gebėjimo, o nurodo simbolinį santykių struktūravimą: subjektas turi atskirti „aš“, „tu“ ir „trečiąjį“, suvokti vietų pasidalijimą, galimą išstūmimą ir pakeičiamumą. Todėl žmogus ne tik konkuruoja, bet ir interpretuoja: „su kuo ji buvo?“, „ką tai reiškia?“, „ar aš buvau pakeistas?“. Šia prasme pavydas yra signifikanto efektas – jis atsiranda ten, kur troškimo objektas įrašomas į simbolinę vietą, trūkumo ir kastracijos struktūrą. Tai leidžia suprasti, kodėl kliesdesinis pavydas gali būti atsparus realybės korekcijai: subjektas ieško ženklų ne todėl, kad jam paprasčiausiai trūksta informacijos, bet todėl, kad pati Kito geismo vieta tampa nepakeliama [90]. Klinikoje tai reiškia, kad vien racionalus įrodinėjimas dažnai neveikia: nauja informacija gali būti ne koreguojanti, bet dar labiau įtraukiama į kliesdesinę interpretacijų sistemą.

Šiuolaikinės lakaniškos interpretacijos šią kryptį dar labiau išplečia. Dana Tor-Zilberstein pabrėžia, kad pavydas nėra redukuojamas į partnerio praradimo baimę: jis susijęs su Kito geismu, moteriškumo klausimu ir pertekliniu „*jouissance*“, kurio subjektas negali iki galo lokalizuoti [34]. Darian Leader'is pavydą aiškina kaip bandymą neapibrėžtą Kito geismą paversti įrodymu, ženklu ar skaičiuojamu faktu. Kai partneris išgyvenamas ne kaip autonomiškas subjektas, bet kaip „mano“ objektas, jo galimas nukrypimas į kitą patiriamas kaip savasties sužeidimas. Čia svarbi William James'o mintis, kad „mano“ gali tapti „aš“: jeigu partneris priklauso mano savasties struktūrai, jo tariama neištikimybė tampa ne tik santykių, bet ir ego krize [92]. Ši mintis tiesiogiai siejasi su Otelo sindromo pavojingumu: kuo labiau partneris suvokiamas kaip savasties dalis ar nuosavybė, tuo labiau tariama neištikimybė gali būti patiriama kaip subjekto sunaikinimas, pažeminimas ar simbolinis išstūmimas.

3.3.5. Klinikinė psichoanalitinės perspektyvos riba

Būtina išlaikyti klinikinį skirtumą tarp kliesdesinio ir nekliesdesinio pavydo. Nekliesdesinėse, neurozinėse formose realybės testavimas gali išlikti, nors pavydas įgyja obsesijos, vyraujančios idėjos ar fobinio nerimo pobūdį. Tokiais atvejais subjektas gali priešintis savo įtarimams, juos kvestionuoti ir kentėti dėl jų absurdiškumo. Tai skiriasi nuo kliesdesinio pavydo, kuriame įtarimas

tampa nekoreguojamu įsitikinimu. Shepherd ir vėlesni autoriai pabrėžia, kad nekliesinės formos dažniau pasirodo kaip simptominės ar charakterio neurozės dalis, ypač isterinio pobūdžio atvejais [2,93]. Todėl diagnostiniu požiūriu svarbu atskirti pavydą kaip afektą, pavydą kaip obsesinę ar vyraujančią idėją ir pavydą kaip kliesę. Šis skirtumas turi ne tik teorinę, bet ir prevencinę reikšmę: kuo labiau pavydas praranda refleksyvumą ir tampa nekoreguojamu įsitikinimu, tuo labiau didėja kontrolės, persekiojimo, grasinimų ar smurto rizika.

Psichoanalitinėje tradicijoje pavydas nėra laikomas simptomu, kurį būtų galima tiesiog pašalinti ar „išgydyti“. Veikia jis suprantamas kaip struktūrinis subjekto santykio su kitu aspektas, susijęs su pradimu, stoka ir identifikacija. Todėl psichoanalitinis darbas nėra nukreiptas į pavydo eliminavimą, bet į jo simbolizavimą ir perdirbimą: subjekto gebėjimą atpažinti pavydo fantazmines, projekcines ir identifikacines dimensijas bei perkelti jį iš veikimo - kontrolės, kaltinimų ar smurto - į refleksiją ir kalbą [34,79]. Vis dėlto Otelo sindromo atveju ši nuostata turi būti derinama su klinikiniu atsargumu. Kai pavydas tampa kliesinis, psichoterapinis darbas negali pakeisti psichiatrinio įvertinimo, farmakoterapijos, rizikos vertinimo ir saugumo plano.

3.3.6. Lyties klausimo kritinis persvarstymas

Galiausiai varta paminėti Freudo teiginių apie moterų pavydą problemškumą. Freudas kai kur teigė, kad pavydas moterų psichiniame gyvenime užima didesnę vietą negu vyrų [94]. Šiandien tokia formuluotė turi būti vertinama kritiškai, nes ji remiasi istoriškai ribotomis prielaidomis apie lytį ir moteriškumą. Karen Horney būtent tai kritikavo, teigdama, kad Freudas pernelyg biologizavo moteriškumą ir pavydo kilmę aiškino per siaurai [95]. Lakaniškoje perspektyvoje šią problemą galima reformuluoti ne kaip teiginį apie moteris kaip biologinę ar socialinę grupę, bet kaip klausimą apie moteriškąją seksuacijos poziciją - tam tikrą subjekto santykį su Kito nepilnumu, geismo neapibrėžtumu ir falinės funkcijos ribomis. Todėl pavydas čia suprantamas ne kaip „moterims būdingesnis“ bruožas, bet kaip galima reakcija į neapibrėžtą Kito geismą: bandymas jį sučiuopti, įrodyti, lokalizuoti ar artikuliuoti [96]. Tai nereiškia paprasto skirtumo tarp biologinių vyrų ir moterų. Lakaniškai tiksliau sakyti, kad skirtingos seksuacijos pozicijos pavydą organizuoja skirtingomis kryptimis: vadinamoji moteriškoji pozicija labiau išryškina Kito geismo neapibrėžtumą, o vadinamoji vyriškoji pozicija gali pavydą struktūruoti per fantaziją apie išimtį – varžovą, kuriam tariamai prieinamas pilnesnis, subjektui neprieinamas jouissance. Todėl klinikinį faktą, kad kliesinis pavydas dažniau aprašomas vyrams, galima atsargiai sieti ne su „vyriškumu“ kaip biologine savybe, bet su tam tikra fantazmine struktūra, kurioje varžovas tampa pilno mėgavimosi ir pažeminančio pakeičiamumo figūra. Šią išvadą būtina formuluoti atsargiai: klinikinių aprašymų dažnumas nėra tas pats, kas universalus lyčių skirtumas [75,97].

Vis dėlto būtina išlaikyti kritinį toną. Psichoanalitinės teorijos suteikia turtingą kalbą pavydo fantazijoms ir gynyboms aprašyti, tačiau jų empirinės ribos akivaizdžios. Munro pažymi, kad

daugelis psichoanalitinių teiginių apie pavydo kilmę sunkiai patikrinami ir dažnai veikia labiau kaip klinikinės interpretacinės schemos negu patvirtinti etiologiniai modeliai [12]. Coen taip pat atkreipia dėmesį, kad nors tokios tyrimų pastangos pagirtinos, psichoanalitinius kliesesinio pavydo tyrimus apsunkina pats pacientų klinikinis pobūdis: psichoziniai pacientai dažnai yra įtarūs, menkai bendradarbiauja ir gali patį gydytoją suvokti kaip sąmokslininką [98].

Kritinė peržiūra nereiškia, kad psichoanalitinė perspektyva tampa nereikšminga. Veikiau, Jean Laplanche'o prasme, jos vertė yra ne „hermeneutinis raktas“, o analitinis darbas: ne galutinai išaiškinti pavydą, bet išardyti jo fantazminę konstrukciją ir parodyti, kokias projekcijas, gynybas bei neišverstas Kito žinutes ji sutelkia ir organizuoja [99]. Psichoanalizė ne visada gali patikimai atsakyti, kodėl konkrečiam pacientui išsivystė Otelo sindromas, tačiau ji leidžia suprasti, kokią psichinę funkciją šis įsitikinimas atlieka: ką jis gina, ką projektuoja, kokį pažeminimą maskuoja, kokį praradimą bando paneigti ir kodėl partnerio autonomija tampa tokia nepakeliama.

Tai ypač svarbu klinikoje, nes kliesesinis pavydas dažnai būna atsparus racionaliai korekcijai. Pacientui nepakanka parodyti, kad nėra neištikimybės įrodymų, nes pats įrodymų ieškojimas jau yra fantazminės struktūros dalis. Psichoanalitinė perspektyva padeda suprasti, kodėl nauja informacija ne koreguoja, o priešingai – įtraukiama į kliesesinę interpretacijų sistemą. Ji taip pat leidžia aprašyti perkėlimo ir kontraperkėlimo sunkumus: pacientas gali terapeutą arba terapeutę matyti kaip sąmokslininką, varžovą, teisėją ar grėsmingą Kitą, o pati gydymo aplinka gali tapti pavydo, kontrolės ir įtarumo scena [88].

Todėl psichoanalizė šiame darbe suprantama ne kaip savarankiškas etiologinis ar diagnostinis modelis, bet kaip klinikinė–analitinė perspektyva, papildanti diagnostiką, rizikos vertinimą, farmakoterapiją ir biologinių bei socialinių veiksnių analizę. Ji leidžia kliesesinį pavydą matyti ne vien kaip klaidingą įsitikinimą apie partnerio neištikimybę, bet kaip kraštutinę struktūrą, kurioje susikerta praradimo baimė, narcisistinė žaizda, projekcija, identifikacija, agresija ir Kito geismo neapibrėžtumas. Otelo sindromo kontekste svarbiausia ne tai, kad psichoanalizė pateiktų galutinę etiologiją, bet tai, kad ji atskleidžia pavydo vidinę logiką: partneris patiriamas kaip savasties dalis, varžovas – kaip grėsmingas panašusis, o neištikimybės įtarimas – kaip bandymas simboliškai sutvarkyti nepakeliamą klausimą: kas aš esu Kito geisme, jei mano vietą gali užimti kitas?

3.4. Kliesesio samprata ir jo apibrėžimo problematika

Kliesesio apibrėžimas psichiatrijoje nėra vienareikšmis. Klasikinėje tradicijoje, siejamoje su Karlu Jaspersu, kliesesiai laikomi įsitikinimais, pasižyminčiais klaidingumu, subjektyviu tikrumu, atsparumu argumentams ir neįprastu turiniu. Tačiau šie kriterijai nėra patikimi: kliesesio turinys gali sutapti su realybe, stiprūs įsitikinimai būdingi ir nepatologinėms būsenoms, o kai kurie

kliesesiai gali būti iš dalies koreguojami⁶ [101]. Dėl to siūlomos alternatyvios interpretacijos. Michael Spitzer teigia, kad kliesesiai nėra „tikėjimai“, o veikiau „žinojimo pretenzijos“ – pacientas ne abejoja, bet „žino“. German E. Berrios dar radikaliau juos apibūdina kaip „tuščius kalbinius aktus“, kurių turinys yra atsitiktinis ir antrinis [102].

Aaron Mishara pabrėžia, kad Jasperso fenomenologinė samprata nėra redukuojama į šiuos kriterijus. Kliesesio esmė slypi ne turinyje, bet atsiradimo būde: tai patirties lūžis, prasidedantis kliesesine nuotaika („kažkas ne taip“; vok. „die Wahnstimmung“) ir vėliau virstantis konkrečiu paaiškinimu. Taigi kliesesys yra sutrikęs santykis su realybe, o ne vien klaidingas įsitikinimas [67,103]. Papildomai, Lisa Bortolotti siūlo matyti kliesesius ir kaip galimai gynybinius mechanizmus: kai kuriais atvejais jie gali laikinai stabilizuoti psichiką po traumos ar netekties, nors ilgai išlieka kliniškai žalingi [104]. Apibendrinant, kliesesiai šiandien suprantami ne tik kaip klaidingi įsitikinimai, bet kaip kompleksinis fenomenas – patirties sutrikimas, specifinis santykis su realybe, kuris pasireiškia kalboje kaip absoliutaus tikrumo forma, ir kai kuriais atvejais – kaip gynybinė struktūra.

3.5. Kliesesinis sutrikimas

3.5.1. Kliesesinis sutrikimas ir jo ribos

Kliesesinis sutrikimas (angl. „delusional disorder“) yra viena svarbiausių diagnostinių kategorijų, kai kalbama apie kliesesinį pavydą ir Otelo sindromą siaurąja prasme. Šiuo atveju neištikimybės kliesesys nėra tik bendro psichozinio suirimo, organinės ligos, medžiagų vartojimo ar afektinio sutrikimo dalis, bet santykinai izoliuotas, sistematizuotas ir ilgalaikis įsitikinimas. Todėl kliesesinis sutrikimas, pavydo tipas, gali būti laikomas viena „gryniausių“ patologinio pavydo formų: paciento mąstymas dažnai išlieka nuoseklus, kliesesio sistema atrodo logiškai sukonstruota, o įrodymai prieš partnerį kaupiami ir interpretuojami tarsi racionalaus tyrimo forma [1,19].

Šis bruožas skiria kliesesinį sutrikimą nuo šizofrenijos spektro sutrikimų. Kliesesinio sutrikimo atveju paprastai nėra ryškaus mąstymo formos suirimo, dezorganizuoto elgesio ar plačios psichikos degradacijos. Kliesesiai dažniausiai būna nekeisti, vienos temos ir „inkapsuliuoti“: jie gali apimti vieną gyvenimo sritį, pavyzdžiui, partnerio neištikimybę, bet ne visą subjekto santykį su realybe. Tokia struktūra paaiškina, kodėl šie pacientai neretai ilgai išlieka socialiai funkcionuojantys ir dėl to gali būti nediagnozuojami arba klaidingai priskiriami kitoms būklėms [4].

Istoriškai kliesesinis sutrikimas yra šiuolaikinis senosios paranojos sampratos „įpėdinis“. Kahlbaum

⁶ Literatūroje aprašyti atvejai rodo, kad klinikinėje praktikoje gali pasitaikyti situacijų, kai ilgą laiką kliesesiniais laikyti įsitikinimai vėliau pasirodo esą atitinkantys tikrovę. Tai kelia reikšmingą klaidingos diagnozės riziką, ypač kai klinikinis vertinimas pernelyg remiasi formaliais diagnostiniais kriterijais ir nepakankamai kritiškai vertina socialinį bei tarpasmeninį kontekstą. Be to, tokiose situacijose gali formuotis vadinamasis diagnostinis užsifiksavimas (angl. „diagnostic entrenchment“), kai ankstyva diagnozė nekritiškai perimama skirtingų specialistų ir lemia ilgalaikį, tačiau neveiksmingą gydymą. Todėl šiuolaikinėje psichiatrijoje vis dažniau pabrėžiama būtinybė diferencijuoti įsitikinimo psichopatologinę struktūrą nuo jo turinio atitikties realybei, siekiant išvengti nepagrįsto patologizavimo [100].

ir Kraepelin paranoją aprašė kaip atskirą nuo dementia praecox, vėliau šizofrenijos, būklę, kuriai būdingi ilgalaikiai, sistematizuoti kliesesiai, iš esmės išliekant asmenybės vientisumui. Vis dėlto XX a. didelė dalis paranojinių būklių buvo diagnostiniu požiūriu „sugerta“ šizofrenijos, todėl pati kategorija ilgam tapo marginalizuota. Tik DSM-III-R 1987 m. vėl įvedė šią tradiciją kitu pavadinimu – „kliesesinis sutrikimas“, siekiant išvengti pernelyg migloto termino „paranoja“ vartojimo [12,13,105].

Šis istorinis poslinkis svarbus ir Otelo sindromo analizei. Klinikinėje literatūroje Otelo sindromas dažnai vartojamas plačiai – kaip bet koks neištikimybės kliesesys, atsirandantis sergant Parkinsono liga, demencija, po insulto, vartojant dopaminerginius vaistus, alkoholį ar esant kitoms psichikos būklėms. Tačiau diagnostine prasme kliesesinis sutrikimas, pavydo tipas, yra daug siauresnė kategorija. Ji reikalauja atmesti organinę ligą, medžiagų poveikį, šizofreniją, afektinius sutrikimus su psichozės požymiais ir kitas būkles. Todėl „organinis Otelo sindromas“ fenomenologiškai gali būti tas pats neištikimybės kliesesys, bet pagal diagnostinę logiką jis nebėra kliesesinis sutrikimas, o psichozė dėl kitos medicininės būklės ar medžiagų poveikio. Dėl to kliesesinis pavydas neretai apibūdinamas kaip „atmetimo diagnozė“ (angl. „diagnosis of exclusion“) [4].

3.5.2. Klasifikacija DSM ir TLK sistemose

OS pagrindinėse klasifikacijose nėra savarankiška diagnozė. Jis veikiausiai yra klinikinis arba sindrominis pavadinimas neištikimybės kliesesiui, kuris gali pasireikšti skirtinguose diagnostiniuose kontekstuose: kaip kliesesinis sutrikimas, pavydo tipas; kaip šizofrenijos ar nuotaikos sutrikimo su psichozės požymiais dalis; kaip medžiagų sukeltas psichozinis sutrikimas; arba kaip psichozė dėl neurologinės ar somatinės būklės.

DSM tradicijoje pavydo kliesesys gana aiškiai siejamas su kliesesiniu sutrikimu. DSM-III šis reiškinys dar buvo įvardijamas kaip „paranoid jealousy“ [106], o DSM-IV ir DSM-IV-TR įtvirtino kategoriją „pavydaus tipo kliesesinis sutrikimas“ (angl. „delusional disorder, jealous type“). DSM-IV logikoje diagnozei būtinas ilgiau nei mėnesį trunkantis neištikimybės kliesesys, nesant šizofrenijos klinikos, ryškaus nuotaikos epizodo dominavimo, organinės ligos ar medžiagų poveikio [15,16]. Būtent dėl šio griežtumo Easton, Shackelford ir Schipper parodė, kad tik nedidelė patologinio pavydo atvejų dalis atitinka DSM-IV-TR pavydaus tipo kliesesinio sutrikimo kriterijus [16].

DSM-V iš esmės išlaiko tą pačią struktūrą: kliesesinis sutrikimas skirstomas pagal vyraujančią temą, tarp jų nurodomas ir pavydo tipo [4]. Tačiau DSM-V reikšmingas ir tuo, kad obsesinis pavydas minimas ne kaip atskira diagnozė, o prie „kitų nurodytų obsesinių-kompulsinių ir susijusių sutrikimų“ formų. Tai reiškia, kad DSM-V pripažįsta nekliesesinio, įkyraus pavydo klinikinę svarbą, bet dar nepateikia savarankiškų formalių diagnostinių kriterijų [107,108].

TLK-10 sistemoje artimiausia kategorija yra F22 – persistuojantys kliesesiniai sutrikimai. F22.0

apima ilgalaikį vieną kliesę arba susijusių kliesių sistemą; šizofrenijai būdingi simptomai, ryšios nuolatinės haliucinacijos ir aiški organinė smegenų liga su šia diagnoze nesuderinami. TLK-10 aprašyme pavydas gali būti suprantamas kaip vienas iš kliesės turinio variantų, tačiau atskira „Otelo sindromo“ diagnozė čia nesukuriama [109]. Kitas svarbus niuansas yra tai, kad TLK-10 psichoaktyviųjų medžiagų sukeltų sutrikimų grupėje (F10–F19) su ketvirtuoju ženklu .5 žymimi psichoziniai sutrikimai, sukelti medžiagų vartojimo. Šioje kategorijoje gali pasireikšti įvairaus turinio kliesės, įskaitant ir pavydo (zelotipinius) klieses. Taigi TLK-10 leidžia tą patį pavydo kliesę klasifikuoti skirtingai: kaip F22 kliesinį sutrikimą, jei jis yra pirminis ir nesusijęs su medžiagų vartojimu, arba kaip psichoaktyviųjų medžiagų sukeltą psichozę (F1x.5), jei jis atsiranda intoksikacijos ar vartojimo kontekste.

TLK-11 šią skirtį padaro dar aiškesnę. Kliesinis sutrikimas klasifikuojamas kaip 6A24 ir apibrėžiamas kaip vienas arba keli susiję kliesės, trunkantys bent 3 mėnesius, nesant depresinio, manijos ar mišraus nuotaikos epizodo, taip pat nesant būdingų šizofrenijos simptomų, tokių kaip nuolatinės haliucinacijos, dezorganizuotas mąstymas ar negatyvūs simptomai. TLK-11 taip pat pabrėžia, kad elgesys, kalba ir afektas paprastai lieka santykinai nepažeisti, išskyrus tai, kas tiesiogiai susiję su kliesine sistema. Šiuo požiūriu TLK-11 yra aiškiau operacionalizuota nei TLK-10: ji tiksliau apibrėžia trukmę, santykį su nuotaikos epizodais ir ribą su šizofrenijos spektro sutrikimais [13].

Ypač svarbus TLK-11 niuansas yra skirtis tarp simptomo ir sutrikimo. Kodas MB26.06 „Jealous delusion“ reiškia ne savarankišką diagnozę, o specifinį simptomą – kliesę, kad seksualinis partneris yra neištikimas. Tuo tarpu 6A24 „kliesinis sutrikimas“ yra pilna diagnostinė kategorija, kuriai reikia trukmės, klinikinės struktūros ir atmetimo kriterijų. Kitaip tariant, MB26.06 žymi kliesės turinį, o 6A24 – sutrikimą. TLK-11 leidžia aiškiai atskirti fenomenologinį lygmenį nuo diagnostinio: „jealous delusion“ gali būti įvairių psichikos sutrikimų simptomas (pvz., sergant šizofrenija, demencija ar alkoholio sukelta psichoze), tačiau tik kliesinio sutrikimo atveju jis sudaro pagrindinę diagnostinę ašį.

Taigi pagrindinis DSM ir TLK sistemų subtilumas yra ne tai, ar jos „pripažįsta“ Otelo sindromą kaip atskirą diagnozę, bet tai, kaip jos leidžia klasifikuoti neištikimybės kliesės turinį skirtinguose sutrikimuose. DSM sistemoje šis turinys aiškiausiai įvardijamas kliesinio sutrikimo kontekste kaip „pavydaus tipo kliesinis sutrikimas“, tačiau tai nereiškia, kad pavydas apsiriboja šia diagnoze. Svarbu tai, kad nei DSM, nei TLK sistemos nelaiko „Otelo sindromo“ savarankišku diagnostiniu vienetu. Vietoje to jos leidžia identifikuoti pavydą kaip kliesės turinį įvairiuose psichikos sutrikimuose – pavyzdžiui, šizofrenijos spektro sutrikimuose, afektiniuose sutrikimuose su psichozės požymiais, organinėse ar neurodegeneracinėse būklėse, taip pat medžiagų sukeltose psichozėse. TLK-11 šią logiką dar labiau išgrynina, aiškiai atskirdama „pavydų kliesę“ (angl.

„jealous delusion“) kaip simptomą (MB26.06) nuo „kliesinio sutrikimo“ (6A24) kaip specifinės diagnostinės struktūros.

„Atmetimo diagnozės“ logiką praktikoje pratęsia diferencinė diagnostika. Kaip nurodo Munro, prieš nustatant kliesinį sutrikimą, pavydo tipą, būtina apsvarstyti ir atmesti šias pagrindines galimybes:

1. **Realios santykių problemos** – galimybė, kad partnerio neištikimybė iš tiesų egzistuoja.
2. **Protinis neįgalumas** – ribotas santykių ir partnerio motyvų supratimas gali lemti klaidingas interpretacijas ir pavydą.
3. **Šizofrenija** – kai pavydas yra platesnės kliesių sistemos dalis.
4. **Afektiniai sutrikimai su psichozės požymiais** – ypač depresija su menkavertiškumo temomis arba manija su dirglumu ir elgesio dezorganizacija.
5. **Asmenybės sutrikimai** – ypač paranojiniai, ribiniai, narcisistiniai, antisocialiniai ar histrioniniai bruožai.
6. **Obsesinis–kompulsinis sutrikimas** – kai pavydas yra įkylus, varginantis ir bent iš dalies kritikuojamas.
7. **Piktnaudžiavimas medžiagomis** – ypač alkoholis, amfetaminai ar kokainas.
8. **Organiniai smegenų sutrikimai** – neurologinės ligos, epilepsija, smegenų pažeidimai ar neurodegeneracinės būklės.
9. **Seksualinė disfunkcija** – seksualiniai sunkumai, galintys skatinti baimę dėl partnerio neištikimybės.
10. **Kliesinis sutrikimas, pavydo tipas** – diagnozuojamas tik tada, kai visos aukščiau minėtos galimybės pagrįstai atmetos ir nustatoma monoteminė, „inkapsuluota“, nekoreguojama kliesinė sistema [12].

3.5.3. Kliesinio sutrikimo diagnostinės praktikos sunkumai

Praktikoje ši diagnostika nėra paprasta. Pacientai dažnai išlieka funkcionuojantys, stokoja įžvalgos ir priešinasi psichiatriniam vertinimui, o patikimos anamnezės rinkimą gali apsunkinti partnerio baimė ar smurto rizika. Šią diagnostinę įtampą labai aiškiai parodo Easton, Shackelford ir Schipper analizė. Autoriai tyrė „Morbid Jealousy Database“, kurioje buvo sukaupiti 398 anglų kalba publikuoti patologinio pavydo atvejai. Nors daugelyje jų buvo neištikimybės kliesių, nuotaikos simptomų, haliucinacijų, alkoholio vartojimo ar organinių veiksmų, tik 16 atvejų, t. y. apie 4 %, atitiko visus DSM-IV-TR kliesinio sutrikimo, pavydo tipo, kriterijus [16]. Tai rodo, kad grynasis kliesinis sutrikimas apima tik nedidelę patologinio pavydo lauko dalį.

Epidemiologiškai pavydo tipas sudaro tik mažą visų kliesinių sutrikimų dalį. Manschreck ir Khan apžvalgoje iš 224 kliesinio sutrikimo atvejų pavydo potipis sudarė 12 atvejų, arba apie 5,4 %, o dažniausi buvo persekiojimo ir somatiniai kliesiai [105]. Tai svarbu, nes Otelo sindromas klinikiniu požiūriu gali atrodyti ryškus dėl smurto, kontrolės ir partnerio sekimo rizikos, tačiau

diagnostinėje kliesesinių sutrikimų grupėje jis nėra dažniausias potipis.

Gretutiniai simptomai taip pat komplikuoja šią kategoriją. Depresija arba depresinė nuotaika dažnai minima tiek kliesesinio sutrikimo, tiek Otelo sindromo literatūroje. Manschreck ir Khan apžvalgoje depresiniai simptomai buvo viena dažniausių gretutinių būklių, [105] o Park ir kt. sisteminėje apžvalgoje depresinė nuotaika buvo dažniausias kartu pasireiškęs psichiatrinis simptomas – 14 iš 73 atvejų, arba 19 % [8]. Vis dėlto svarbu atskirti depresiją kaip simptomą nuo nuotaikos sutrikimo su psichozės požymiais. Jei neištikimybės kliesesys kyla tik ryškaus nuotaikos epizodo metu, diagnozė turėtų krypti ne į kliesesinį sutrikimą, o į nuotaikos sutrikimą su psichozės požymiais. Dėl to klinikoje dažnai sunku nustatyti, ar depresija yra pirminė, ar antrinė reakcija į kliesesinį pavydą, santykių konfliktą ir socialines pasekmes [1,110].

Etiologiškai kliesesinio sutrikimo kilmė nėra iki galo aiški. Kai kurios psichodinaminės teorijos paranoją aiškino kaip gynybą nuo pažeidžiamumo, projekciją laikydamos centriniu mechanizmu. Kognityviniai ir neuropsichologiniai modeliai daugiau dėmesio skiria klaidingam priežasčių priskyrimui, įtarumo formavimuisi, savivertės labilumui ir socialinio suvokimo iškraipymams. Kiti autoriai pabrėžia premorbidinę asmenybę, jautrumą, introversiją, anankastinius bruožus, menką atvirumą patirčiai ir stresinių gyvenimo įvykių reikšmę [12,13]. Tačiau šie aiškinimai nėra pakankami vieni patys: jie geriau paaiškina kliesesio turinį ir jo psichologinę logiką, bet ne visada paaiškina, kodėl įsitikinimas įgyja būtent kliesesinį tikrumą.

Taigi kliesesinis sutrikimas, pavydo tipas, yra siaura, bet teoriškai ir kliniškai svarbi Otelo sindromo forma. Ji padeda apibrėžti atvejus, kai neištikimybės kliesesys yra pagrindinis psichopatologinis reiškinys, o ne kitos ligos simptomas. Tačiau kartu ši kategorija parodo diagnostinę įtampą: realūs patologinio pavydo atvejai dažnai yra daug heterogeniškesni nei leidžia griežti klasifikaciniai kriterijai. Todėl šiame darbe Otelo sindromas turėtų būti vartojamas kaip platesnis fenomenologinis terminas, o kliesesinis sutrikimas, pavydo tipas – kaip siauresnė diagnostinė jo forma.

Svarbu pažymėti, kad pavydo kliesesiai retai būna izoliuoti: jie dažnai įsilieja į platesnį psichopatologinį kontekstą ir gali būti lydimi kitų kliesesinių įsitikinimų, kas turi reikšmės tiek diferencinei diagnostikai, tiek rizikos vertinimui [3].

3.6. Otelo sindromo fenomenologija ir kliedesio dinamika

„Pavyduliautojui mažiausias niekas —
Nors būtų jis už dulkę niekingesnis —
Toks pats stiprus įrodymas yra,
Kaip šventas raštas.“

— W. Shakespeare, „Otelas“, p. 88.

Otelo sindromo klinikinė reikšmė atsiskleidžia ne vien per patį įsitikinimą, kad partneris yra neištikimas, bet ir per specifinę elgesio dinamiką, kuri palaipsniui ima organizuoti visą paciento kasdienybę. Kliedesinis pavydas nėra pasyvi idėja ar vien vidinis įtarimas. Jis paprastai tampa veikimo programa: pacientas pradeda stebėti, tikrinti, klausinėti, persekioti, kontroliuoti, interpretuoti ir reikalauti prisipažinimo. Todėl šiame skyriuje svarbu kalbėti ne tik apie kliedesio turinį, bet ir apie jo elgesinę formą – kaip jis prasideda, kaip plečiasi, kokius „įrodymus“ sukuria, kaip paveikia partnerį ir kodėl gali tapti pavojingas.

Lietuviškoje psichiatrijos literatūroje pavydo kliedesys dažnai aprašomas kaip paranojinio sindromo arba alkoholio vartojimo sutrikimų kontekste pasireiškiantis reiškinys. Dembinsko vadovėlyje „Psichiatrija“ pabrėžiama, kad paranojinis sindromas gali būti įvairaus turinio – hipochondrinis, pavydo, nuostolio, išradingumo, reformatorystės ir kt. [17]. Pavydo kliedesys čia siejamas su situacija, kai ligonis yra įsitikinęs sutuoktinės neištikimybe, o kasdieniai įvykiai – vėlavimas iš darbo, telefono skambutis, partnerės šaltumas ar net šiltumas – įgyja tariamo įrodymo statusą. Tokiu būdu įprastas elgesys praranda neutralumą: kiekvienas gestas tampa ženklu, kiekvienas atsakymas – nuoroda, kiekvienas tylėjimas – patvirtinimu.

3.6.1. Kliedesinio pavydo pradžia

Kliedesinis pavydas gali pasirodyti tarsi staiga, tačiau atidžiau tiriant dažnai išryškėja ilgesnė įtarumo, įtampos ir ruminavimo istorija. Enochas pažymi, kad pradžia paprastai atrodo ūmi, bet klinikinis tyrimas dažnai atskleidžia kelis mėnesius stiprėjusių įtarimų laikotarpį [14]. Munro panašiai nurodo, kad kliedesinis pavydas gali prasidėti palaipsniui arba staiga, tačiau net ūmesniais atvejais dažnai esama prodromo, primenančio kliedesinę nuotaiką – neapibrėžtą būseną, kurioje pasaulis ima atrodyti įtartinas, dviprasmiškas ir kažką slepiantis [12].

Pavydo pradžiai būdingas emocinis „blyksnis“ – staigus autonominis sujaudinimas, kurį Maggini ir kt. aprašo kaip nerimąstingą neištikimybės ar palikimo nuojautą. Partnerio elgesys netikėtai įgyja grėsmingą prasmę: žvilgsnis užtrunka per ilgai, rankos paspaudimas atrodo per šiltas, balso tonas pasikeičia, partneris vėluoja, šypsosi ne taip, per greitai padeda ragelį ar per ilgai žiūri į kitą žmogų.

Nuo šio momento subjektas nebe tiesiog patiria emociją, bet pradeda organizuoti aplinką pagal įtarimo logiką [21].

Seeman pabrėžia, kad pradžioje partnerio vaidmuo gali būti minimalus, tačiau vėliau jis tampa svarbus pavydo palaikymui. Kai tik įtarimas įsitvirtina, veido išraiškos, gestai, balso tonas, atsitiktiniai žodžiai ar kasdieniai įvykiai pradunami suvokti, įsiminti ir interpretuoti iškreiptai [111]. Kitaip tariant, kliesinis pavydas kuria uždara interpretacinę sistemą: pacientas ne ieško tiesos, bet vis iš naujo randa tai, ką jau žino.

3.6.2. Kasdienybės perinterpretavimas kaip „įrodymų“ kūrimas

Vienas būdingiausių Otelo sindromo bruožų yra tariamų įrodymų gamyba. Pacientas gali remtis visiškai kasdieniškais smulkmenomis: atidarytu langu, vėlavimu, pasikeitusiu elgesiu, vaiko išvaizda, drabužių dėmėmis, telefono skambučiais, partnerės nuovargiu, seksualinio artumo vengimu ar net pernelyg šiltu bendravimu. Dembinskas pabrėžia paradoksalią kliesio logiką: nuoširdūs ir šilti žmonos jausmai gali būti laikomi įrodymu, kad jos „sąžinė nešvari“, o ginčas – įrodymu, kad ji neišstikima; jei žmona tyli, tai taip pat tampa įrodymu, nes esą ji sutinka su kaltinimais. Ši logika rodo, kad kliesio sistemoje nėra neutralaus atsakymo. Bet koks partnerio elgesys gali būti įtrauktas į įtarimo struktūrą. Jei partnerė ginasi – vadinasi, slepia kaltę. Jei nesigina – vadinasi, kaltė akivaizdi. Jei yra švelni – tai kompensuoja neištikimybę. Jei šalta – vadinasi, geismą randa kitur. Tokia sistema ne tik klaidinga, bet ir hermetiška: ji pati sau gamina patvirtinimus ir neutralizuoja paneigimus [17].

Tariamieji įrodymai dažnai susiję su kūnu ir seksualumu. M. Shepherd aprašė pacientus, kurie ieško spermos dėmių ant drabužių, patalynės, kėdžių apmušalų ar bet kurioje vietoje, kur, jų manymu, galėjo įvykti sėtinavimas [2]. Panašūs motyvai aptinkami ir ankstyvuose J. Lacano klinikiuose aprašymuose: dėmės ant apatinių drabužių, vaiko panašumas į tariamą meilužį, užuominos maiste, šviesos išjungimas paslepiančiam meilužio nuotrauką bei prijuostės pasisiūdinimas iš meilužio palto kalba apie kliesinės sistemos susiformavimą [112].

Kai kuriais atvejais „įrodymų“ paieška įgauna beveik kriminalistinio tyrimo formą. Pacientas gali tikrinti drabužius, patalynę, telefoną, partnerio darbo grafiką, kelionės laiką, susitikimus, skambučius, socialinius kontaktus. Dembinskas aprašo, kaip ligonis daug kartų skambina žmonai į darbą, tikrina, ar ji yra, seka ją po darbo, stebi, su kuo ji susitinka, ir tiksliai apskaičiuoja, per kiek laiko ji turi grįžti namo [17]. Tokia kontrolė rodo, kad kliesinis pavydas yra ne tik įsitikinimas, bet ir nuolatinis tyrimo režimas. Maggini šią hiperbudrumo būseną apibūdina itin vaizdžiai: pavydus žmogus tarsi pats maitina kančią, nuo kurios nori išgyti. Jis renka elementus, reikalingus pavydui palaikyti, ir gyvena godžioje naujų žaizdų paieškoje. Čia pavydas primena savotišką psichinį „bulimiškumą“: subjektas trokšta įrodymų, juos kaupia, ryja, bet jie jo nepasotina. Kuo

daugiau randama tariamų ženklų, tuo daugiau jų reikia [21]. Klinikoje tai reiškia, kad net realus prisipažinimas nebūtinai sustabdo kliesesį.

3.6.3. Reikalavimas prisipažinti ir jo paradoksas

Vienas tipiškiausių kliesesinio pavydo elgesio bruožų yra įkyrus reikalavimas prisipažinti. Pacientas gali tardyti partnerį valandų valandas, žadinti naktį, kartoti tuos pačius klausimus, reikalauti detalių, versti aiškintis, grasinti, žeminti ar fiziškai spausti. Iš pirmo žvilgsnio atrodo, kad prisipažinimas turėtų suteikti palengvėjimą, tačiau klinikinėje dinamikoje taip būna retai. Enoch aprašo, kad net prisipažinimas dažniausiai suteikia tik trumpalaikį atokvėpį arba akimomui sukelia dar smarkesnę reakciją: atsiranda naujų kaltinimų, naujų klausimų, naujų detalių reikalavimas [14]. Šis paradoksas labai svarbus. Pacientas reikalauja prisipažinimo tarsi norėdamas nurimti, bet iš tikrųjų prisipažinimas gali tapti nauju kliesesio kuru. Jei partneris neprisipažįsta, tai laikoma melu. Jei prisipažįsta, tai patvirtina kliesesį ir atveria naujus klausimus: su kuo, kiek kartų, kada, kodėl, ką dar nusiėpė. Todėl kliesesinis pavydas yra ne faktų stoka, o struktūrinis nepasotinamumas. Jis negali būti užbaigtas vien pateikus informaciją. Ši dinamika susijusi su ambivalencija. Pavydus subjektas nori ir demaskuoti, ir išsaugoti ryšį; nori nubauti partnerį, bet kartu trokšta jo patikinimo; nori įrodyti savo teisumą, bet kartu bijo, kad įrodymas reikš galutinį praradimą. Todėl jo elgesys tampa prieštaringas: jis siekia tiesos, bet vengia galutinės tiesos; siekia artumo, bet elgiasi taip, kad artumą ardo; nori meilės, bet ją verčia tardymu ir kontrole. Viena paradoksaliausių Otelo sindromo savybių yra tai, kad pacientas kartais vengia galutinio, nedviprasmiško įrodymo. Enochas ir Munro pastebi, kad pacientas gali tvirtinti, jog žmona tam tikru metu ir tam tikroje vietoje susitinka su meilužiu, tačiau pats nesiima veiksmų, kurie leistų ją „pagauti“ [12,14]. Klausiant detaliau, jis tampa neaiškus, išsisukinėja arba pereina prie kitos situacijos. Pacientui reikia ne tiesos kaip išsprendimo, bet nuolat palaikomos įtarimo scenos. Tai leidžia suprasti ir kitą reiškinį: kliesesys gali būti palaikomas ne tik tariamais įrodymais, bet ir jų nebuvimu. Jei privatus seklys nieko neranda, jis gali būti apkaltintas papirkinėjimu. Jei partneris randamas vienas, vadinasi, meilužis ką tik pabėgo. Jei nėra pėdsakų, vadinasi, jie kruopščiai paslėpti. Taip paneigimas virsta dar vienu patvirtinimu.

3.6.4. Partnerio gyvenimo deformavimas

Kliesesinis pavydas stipriai paveikia ne tik pacientą, bet ir partnerį. Kaltinimai gali tapti tokie intensyvūs ir grėsmingi, kad partneris pradeda keisti savo elgesį: riboja išėjimus, vengia kontaktų, slepia nekaltas situacijas, keičia dienotvarkę, atsisako socialinio gyvenimo, bijo net paprastų veiksmų. Ortigue aprašo atvejus, kai partnerės pradėdavo riboti veiklą, nes paciento kaltinimai buvo nuolatiniai ir bauginantys [106]. Ši dinamika svarbi dėl dviejų priežasčių. Pirmą, ji parodo, kad OS yra santykių sistemą deformuojantis sutrikimas: jis įtraukia partnerį į nuolatinę gynybos, aiškinimosi ir savicenzūros būseną. Antra, partnerio elgesio pokyčiai gali būti vėl interpretuojami

kaip kaltės įrodymai. Jei partnerė ima vengti konfliktų, pacientas tai supranta kaip slėpimą. Jei riboja išėjimus, tai gali atrodyti kaip bandymas nuslėpti ankstesnę kaltę. Jei bijo naktį eiti į tualetą, pats baimės elgesys gali tapti nauju įtarimo objektu.

3.6.5. Vengimas ir pavydo palaikymas

Be kontrolės ir sekimo, patologiniam pavydui būdingas ir vengimas. Tarrier ir bendraautorai aprašo, kad pacientai ir jų partneriai gali vengti situacijų, kurios sužadina pavydą: žurnalų ar laikraščių su patrauklių moterų nuotraukomis, televizijos laidų, filmų, kitų moterų vardų, socialinių situacijų ar vietų, kur galima sutikti įsivaizduojamus varžovus [20]. Toks vengimas trumpam mažina įtampą, bet ilginiui palaiko sutrikimą, nes pacientas negali priprasti prie pavydo sukeltų stimulų ir nepatiria koreguojančios realybės patirties. Vengimas rodo, kad OS nebūtinai reiškia vien aktyvų puolimą. Kartais jis sukuria visą elgesio ribojimų sistemą: ko negalima žiūrėti, su kuo negalima kalbėti, kur negalima eiti, kokių vardų negalima minėti. Tokia sistema gali apimti abu partnerius ir paversti santykius uždara, įtarimų valdoma erdve.

3.6.6. Seksualumas, hiperaktyvumas ir atstūmimo ratas

Kliedesinį pavydą dažnai lydi seksualinio elgesio pokyčiai. Kai kuriais atvejais pastebimas padidėjęs seksualinis aktyvumas, seksualinis reikalavimas ar perdėtas uolumas. Tai gali būti bandymas susigrąžinti partnerį, patikrinti jo ištikimybę arba įrodyti savo teises į jį. Tačiau partneriui toks elgesys dažnai sukelia atstūmimą, baimę ar pasišlykštėjimą, o šis atstūmimas vėl interpretuojamas kaip neištikimybės įrodymas. Pacientas gali tapti agresyvus, seksualiai reikalaujantis, kontroliuojantis, įkyrus, o partnerio atsitraukimas tik sustiprina jo įsitikinimą, kad seksualinis ir emocinis pasitenkinimas gaunamas kitur. Kai kuriuose neurologiniuose ar medikamentiniuose kontekstuose, ypač Parkinsono ligos ir dopaminerginio gydymo atvejais, kliedesinis pavydas gali būti susijęs su hiperseksualumu, erotiniais kliedesiais ar net prievartiniu parafiliniu elgesiu, pavyzdžiui, froteurizmu [106,113].

3.6.7. Alkoholis ir agresyvi pavydo dinamika

Dembinskas nurodo, kad girtuoklystė atitolina sutuoktinius, todėl alkoholikai tampa įtarūs ir pavydūs; kartu potencijos sutrikimai, seksualumo pokyčiai ir apgirtimo metu padidėjęs lytinis potraukis gali sudaryti palankią dirvą pavydo kliedesiui. Kai kuriais atvejais pavydo kliedesys praeina kartu su kita kliedesine simptomatika, tačiau rečiau gali susiformuoti sisteminis paranoidinis pavydo kliedesys, išliekantis metų metus net abstinencijos sąlygomis [17,114]. Alkoholio kontekste ypač svarbus agresijos pavojus. Apsvaigę pacientai gali būti impulsyvesni, afektiškai reaktyvesni ir mažiau pajėgūs kontroliuoti smurtinius impulsus. Todėl alkoholinis pavydo kliedesys yra ne tik diagnostinė, bet ir saugumo problema. Jis gali kelti pavojų partneriui, tariamam meilužiui ar pačiam pacientui.

3.6.8. Funkcionavimo sutrikimas ir paciento distresas

Nors OS dažnai aptariamas dėl grėsmės partneriui, svarbu nepamiršti ir paties paciento kančios. Literatūroje aprašoma, kad liguistų pavydu pasižymintys pacientai gali jausti depresiją, nerimą, dirglumą, sujaudinimą, fobijas, kartais suicidines mintis. Nuolatinės ruminacijos konkuruoja su kitais tikslingais veiksmais, mažina darbingumą, sutrikdo miegą, santykius, seksualinį gyvenimą ir socialinį funkcionavimą [20]. Tai reiškia, kad kliesesinis pavydas nėra vien „neteisinga mintis“. Tai visą gyvenimą užimanti būseną, kurioje pacientas tampa priklausomas nuo įtarimo. Kasdienybė pradedama organizuoti aplink vieną klausimą: „ar jis / ji mane išduoda?“ Šis klausimas tampa ne tik turiniu, bet ir gyvenimo struktūra.

Elgesio fenomenologijos požiūriu svarbu pažymėti, kad kliesesinis pavydas nėra vien vidinis įsitikinimas – jis gali pereiti į pavojingą elgesį. Įtarimų pagrindu gali formuotis sekimas, kontrolė, grasinimai, partnerio tardymas, tariamo varžovo identifikavimas ir fizinio smurto rizika. Todėl jau šiame lygmenyje būtina vertinti ne tik kliesesio turinį, bet ir paciento veiksmus: ar jis seka partnerį, grasina, ieško „įrodymų“, turi ginklų, vartoja alkoholį, yra anksčiau smurtavęs arba kelia partneriui baimę. Šie aspektai detaliau aptariami pavojų skyriuje.

3.6.9. Liguisto pavydo diagnostinės ribos

Liguistų pavydas tampa tada, kai reakcija yra neproporcinga, atkakli, destruktivi ir atspari patikinimams. Pabrėžti derėtų kelis klinikinius požymius: perdėtas emocišes ir elgesio reakcijas, susitelkimą į mažai tikėtinus ar daugybinius varžovus, nesutikimą su santykių pabaiga, siekį visiškai kontroliuoti partnerį ir konflikto tąsą nepaisant patikinimų [15]. Ypač svarbu įvertinti, kokiais „įrodymais“ pacientas remiasi: kuo jie absurdiškesni, keistesni ir mažiau tikėtini, tuo labiau tikėtina, kad pavydas yra susijęs su psichikos sutrikimu. Munro taip pat pabrėžia eigą. Normalus pavydas paprastai linkęs išsispręsti, kai išnyksta provokuojančios aplinkybės arba subjektas pripažįsta santykio praradimą. Patologinis pavydas, ypač susijęs su asmenybės ar neuroziniais veiksniais, gali būti labai lėtinis, o kliesesinis pavydas gali tęstis metų metus arba visą gyvenimą, stiprėdamas ir silpnėdamas pagal pagrindinės ligos eigą [12]. Paul Mullen pabrėžia, kad pavydas nėra savaime patologinis reiškinys – jis turi socialinę ir tarpasmeninę funkciją, susijusią su ištikimybę ir ryšio verte [19]. Todėl klinikinė problema kyla ne dėl paties pavydo, bet dėl jo transformacijos į nekoreguojamą ir elgesį deformuojantį režimą. Jis taip pat kritikuoja tendenciją patologizuoti universalias patirtis: pavydas, kaltė ar neviltis gali būti skausmingi, bet savaime nėra ligos požymiai.

3.6.10. Fenomenologinės dalies apibendrinimas

Otelo sindromo elgesio fenomenologija rodo, kad kliesesinis pavydas yra dinamiškas procesas. Jis dažnai prasideda nuo neapibrėžto įtarumo, emocišio blyksnio ar ilgai brandusios įtampos. Vėliau kasdieniai partnerio veiksmai pradedami interpretuoti kaip neištikimybės ženklai. Pacientas renka „įrodymus“, tikrina, seka, klausinėja, reikalauja prisipažinimo, bet kartu dažnai vengia galutinio

įrodymo, kuris galėtų užbaigti kliesesinę sceną. Partnerio gyvenimas tampa apribotas, santykiai persmelkiami baimės, gynybos ir kontrolės.

Todėl OS reikia suprasti ne tik kaip klaidingą įsitikinimą, bet kaip visą elgesio sistemą. Ši sistema gali sutrikdyti paciento ir partnerio funkcionavimą, sukelti stiprų distresą, seksualinę įtampą, agresiją ir realų smurto pavojų. Klinikinėje praktikoje svarbiausia įvertinti ne tik tai, ką pacientas mano, bet ir tai, ką jis daro: ar seka, grasina, kontroliuoja, reikalauja prisipažinimo, ieško pėdsakų, riboja partnerio laisvę, vartoja alkoholį, turi smurto istoriją ir ar partneris jaučiasi saugus. Būtent elgesio lygmenyje kliesesinis pavydas dažniausiai tampa pavojingas.

3.7. Patologinio pavydo formos ir diferencinė diagnostika

3.7.1. Klasifikavimo problema

Patologinio pavydo klasifikavimas klinikinėje praktikoje išlieka sudėtingas, nes šis reiškinys nėra vienalytis sindromas, o veikiau fenomenas, pasireiškiantis skirtinguose psichopatologiniuose kontekstuose. Kaip jau buvo minėta anksčiau, riba tarp normalaus ir patologinio pavydo nėra aiški, todėl įvairūs autoriai siūlė skirtingas klasifikacines schemas, siekdami struktūruoti šį klinikinį lauką. Jaspersas skyrė dvi kliesesių formas: „suprantamus“ (atsirandančius iš asmenybės, charakterio ar gyvenimo patirties) ir „procesinius“, kurie kyla tarsi „iš niekur“ ir yra susiję su ligos procesu. Michael Shepherd pažymėjo, kad ši dichotomija turi aprašomąją vertę, tačiau realybėje dažnai nėra griežtai pritaikoma, nes daugelis pacientų pasižymi abiejų tipų bruožais vienu metu. Henri Ey klasifikacija dažnai klaidingai suprantama kaip paprasta dichotomija, nors iš tikrųjų ji yra dviejų lygių: pirmiausia skiriamas normalus (emocinis) ir patologinis (kliesesinis) pavydas, o pastarasis toliau diferencijuojamas į tris formas – kaip asmenybės raidos produktas, kaip procesinio psichozinio sutrikimo rezultatas ir kaip organinės kilmės simptomas. Kaip pažymi Michael Shepherd, ši schema svarbi tuo, kad sujungia fenomenologinę ir etiologinę perspektyvas, išplėsdama kliesesinio pavydo analizę už paprasto dvinarės skirties ribų [2,23,103].

Cobb pasiūlyta trinarė schema leidžia aiškiai atskirti skirtingo lygmens pavydo formas: normalų pavydą, neurozinį (nepsichozinį) patologinį pavydą ir psichozinį (kliesesinį) pavydą [110]. Šios klasifikacijos reikšmė slypi tame, kad ji išskiria kliesesinį pavydą kaip kokybiškai kitokį reiškinį, pasižymintį nekoreguojamu įsitikiniu ir atsparumu priešingiems įrodymams, todėl turintį specifines diagnostines ir gydymo implikacijas. Panašiai kai kurie autoriai siūlo diferencijuoti pavydą pagal psichopatologinį mechanizmą: Donatella Marazziti išskiria reaktyvų pavydą, kylantį kaip atsakas į suvoktą grėsmę, obsesinį pavydą, kuriam būdingos egodistoninės, įkyrios mintys, ir kliesesinį pavydą, pasižymintį fiksuotu, nekoreguojamu įsitikiniu [39]. Šis skirtumas svarbus kliniškai, nes obsesinio pavydo atveju išlieka kritiškumas ir dažnai veiksmingi yra standartiniai obsesinio-kompulsinio sutrikimo gydymo metodai. Dar vieną trinarę struktūrą siūlo P. C. Hoaken, skirdamas normalų (provokuotą), perdėtą (neurozinį) ir neprovokuotą (patologinį) pavydą, pastarąjį

dar diferencijuodamas į asmenybės bruožo, obsesinio įtarumo ir kliesesinio įsitikinimo formas [115]. Ši schema artima Cobb ir Henri Ey modeliams, tačiau labiau pabrėžia kontinuumą tarp skirtingų pavydo formų. Istorškai ankstyvosios klasifikacijos, pavyzdžiui, Richard von Krafft-Ebing, skyrė neištikimybės kliesesį ir pavydo kliesesį, o vėlesnėse tipologijose bandyta išskirti platesnius charakterologinius variantus (pvz., paranoidinį, narcisistinį ar obsesinį-kompulsinį pavydą), tačiau tokios schemos dažniau turi teorinę nei praktinę reikšmę ir klinikinėje diagnostikoje taikomos ribotai [39].

Apibendrinant galima teigti, kad nors literatūroje siūlomos įvairios patologinio pavydo klasifikacijos – nuo Karl Jaspers fenomenologinės skirties ar Henri Ey daugialygio modelio iki trinarės J. P. Cobb schemos ar psichopatologiniu mechanizmu grįstų tipologijų, – nė viena iš jų universaliai neapima visų klinikinių atvejų. Šiuolaikinėje perspektyvoje vis labiau įsitvirtina požiūris, kad pavydas turėtų būti suprantamas ne kaip griežtai apibrėžtų kategorijų rinkinys, o kaip kontinuumas nuo normalių emocinių reakcijų iki obsesinių ir galiausiai kliesesinių formų, besiskiriančių pagal intensyvumą, įžvalgos laipsnį ir įsitikinimo tvirtumą. Todėl klinikinėje praktikoje tikslingiausia derinti dimensinį požiūrį su psichopatologiniu diferencijavimu (pvz., obsesinis vs. kliesesinis pavydas), o tipologines schemas naudoti kaip orientacinius, bet ne absoliučius diagnostinius modelius [39].

3.7.2. Obsesinis pavydas

Klasikinėje psichiatrijos ir psichoanalizės literatūroje greta kliesesinio pavydo dažnai skiriamas neurozinis pavydas [14,71,116]. Vis dėlto svarbu pažymėti, kad „neurozinio pavydo“ sąvoka nėra visiškai vienalytė. Ji gali apimti įvairias nepsichozines pavydo formas, įskaitant ne tik obsesines, bet ir afektiškai reaktyvias ar net isterines reakcijas. Todėl ne visada pagrįsta automatiškai tapatinti neurozinį pavydą su obsesiniu, nors šios kategorijos reikšmingai persidengia.

Kai kurie autoriai šį persidengimą konceptualizuoja gana aiškiai. Pavyzdžiui, Cobb ir Marks (1979) dalį patologinio pavydo aprašo kaip obsesinės–kompulsinės neurozės išraišką, parodydami, kad tokiais atvejais pavydas nėra kliesesinis, o pasižymi įkyriomis mintimis, ruminacijomis ir kompulsiniais tikrinimo ar klausinėjimo ritualais, kartu išlaikant įžvalgą apie šių minčių nepagrįstumą. Tokiu būdu obsesinis pavydas šioje perspektyvoje išryškėja kaip nepsichozinė patologinio pavydo forma, apibrėžiama obsesinių–kompulsinių mechanizmų dominavimu, todėl jis gali būti laikomas specifine šio spektro išraiška.

Ši skirtis svarbi ir klinikiu požiūriu, nes obsesinis pavydas nėra Otelo sindromas tiksliaja prasme. OS šiame darbe laikytinas pirmiausia kliesesinis neištikimybės įsitikinimas, kai pacientas yra nekoreguojamai įsitikinęs partnerio neištikimybe nepaisydamas įrodymų stokos ar priešingų argumentų. Tuo tarpu obsesinio pavydo atveju tokio kliesesinio tikrumo nėra: pacientas gali būti kamuojamas įkyrių minčių apie partnerio neištikimybę, tačiau bent iš dalies suvokia jų perdėtumą,

neracionalumą ar nepagrįstumą. Dėl to obsesinis pavydas tiksliau suprantamas kaip neurozinė patologinio pavydo forma, esanti arčiau obsesinio–kompulsinio spektro nei psichozinio registro. Svarbu ir tai, kad ši neurozinė forma yra terapiniu požiūriu palankesnė. Dolan ir Bishay (1996) tyrimas rodo, kad nepsichozinis, neurozinis pavydas gali būti veiksmingai gydomas kognityvine terapija. Iš pradinių 40 pacientų galutinę analizę baigė 30 (75 %), visi be kliesinio įsitikinimo požymių. Po gydymo reikšmingai sumažėjo visi pavydo aspektai (emocinis, kognityvinis ir elgesio): visi pacientai (100 %) parodė elgesio sumažėjimą, o 25 iš 30 (≈83 %) pasiekė bent 50 % pagerėjimą, kurį daugeliu atvejų patvirtino ir partnerių vertinimai [117].

Atsižvelgiant į šiuos skirtumus, toliau tikslinga detaliau aptarti būtent obsesinį pavydą kaip specifinę ir nuodugniausiai išnagrinėtą neurozinio pavydo formą.

3.7.3. Obsesinio pavydo fenomenologija

Fenomenologiškai obsesinis pavydas pasižymi pasikartojančiomis, įkyriomis ir nerimą keliančiomis mintimis apie galimą partnerio neištikimybę. Šios mintys pacientui dažnai yra egodistoniškos: jis jas patiria kaip savas, bet kartu svetimas, nepageidaujamas, varginančias ir dažniausiai aktyviai slopinamas ar joms priešinamasi [1]. Skirtingai nei kliesinio pavydo atveju, čia išlieka kritiškumas. Pacientas gali suprasti, kad jo įtarimai yra perdėti, gali dėl jų gėdytis, jausti kaltę ar bandyti jiems priešintis. Vis dėlto vien įžvalga simptomų nepanaikina: nerimas skatina tikrinimą, klausinėjimą, partnerio elgesio analizavimą, ruminavimą ir kompulsyvų „įrodymų“ ieškojimą [20,110].

Šiuo požiūriu obsesinis pavydas turi daug bendrų bruožų su obsesiniu–kompulsiniu sutrikimu (OKS). Abiem atvejais svarbi ta pati struktūra: įkyri mintis sukelia nerimą, o tikrinimo ar patikinimo siekiantis elgesys trumpam sumažina įtampą, bet ilgainiui palaiko simptomą. Vis dėlto obsesinis pavydas nėra visiškai tapatus tipiniam OKS, nes jo turinys yra santykinai specifinis: centrinė tema yra partnerio neištikimybė, o simptomai suaktyvėja būtent intymaus ryšio kontekste [12]. Dėl šios priežasties DSM-V obsesinį pavydą mini obsesinių–kompulsinių ir susijusių sutrikimų spektre, tačiau kol kas nepateikė formalių diagnostinių kriterijų dėl nepakankamo empirinio pagrindimo [107,108].

Svarbiausias obsesinio ir kliesinio pavydo skirtumas yra įsitikinimo tvirtumas ir įžvalgos lygmuo. Obsesinio pavydo atveju pacientas abejoja savo mintimis, patiria jas kaip trikdančias ir dažnai nori jų atsikratyti. Kliesinio pavydo atveju įsitikinimas tampa fiksuotas, nekoreguojamas ir psichotiškai įsitvirtinęs: pacientas ne tiek abejoja, kiek „žino“, kad partneris yra neištikimas, o kasdieniai įvykiai įtraukiami į tariamų įrodymų sistemą. Todėl obsesinis pavydas gali būti labai varginantis ir destruktivus, bet jis neturėtų būti automatiškai vadinamas Otelo sindromu, jei nėra kliesinio įsitikinimo.

Kognityvinėje-elgesio perspektyvoje obsesinis pavydas aiškinamas kaip neigiamų savęs schemų, žemos savivertės, nesaugaus prieraišumo ir klaidingų interpretacijų rezultatas. Pacientas gali būti itin jautrus atstūmimui, selektyviai stebėti galimus neištikimybės ženklus ir neutralias partnerio situacijas interpretuoti kaip grėsmę santykiui. Ši dinamika sukuria uždara ratą: kuo daugiau pacientas tikrina, tuo labiau stiprėja poreikis tikrinti, nes trumpalaikis nerimo sumažėjimas sustiprina kompulsyvų elgesį [15].

Šiuolaikinėje literatūroje obsesinis pavydas dažnai suprantamas kaip tarpinė grandis patologinio pavydo kontinuumo: tarp normalaus, situaciškai suprantamo pavydo ir kliesinio, psichozinio pavydo [115]. Marazziti ir bendraautorių tyrimai rodo, kad perteklinis pavydas gali būti aptinkamas ir neklinikinėse imtyse, tačiau OKS sergantiems pacientams jis būna intensyvesnis, ilgiau trunkantis ir labiau sutrikdantis kasdienį funkcionavimą [39]. Todėl obsesinis pavydas svarbus ne kaip „lengva“ Otelo sindromo versija, bet kaip savita neurozinė patologinio pavydo forma, turinti kitokią diagnostinę ir terapinę logiką.

Marazziti tyrime nustatyta, kad pacientai, sergantys OKS, turėjo reikšmingai aukštesnius pavydo intensyvumo rodiklius nei tiek „sveiki pavydūs“, tiek nepavydūs asmenys. Be to, skyrėsi ir simptomų trukmė: „sveiki pavydūs“ asmenys pavydo mintims skirdavo apie 1–4 val. per dieną, o OKS pacientai – 4–8 val. per dieną, kartu pasireiškiant didesniai įtarumui, ryškesniai kasdienės veiklos sutrikdymui ir dažnesniai partnerio tikrinimui [39]. Tokie duomenys rodo, kad obsesinis pavydas peržengia epizodinių ar situacinių minčių ribas ir tampa laiko bei elgesio struktūrą organizuojančiu procesu.

Klinikiniu požiūriu obsesinis pavydas reikšmingas todėl, kad gali sukelti didelį distresą, santykių konfliktus, partnerio tikrinimą, verbalinius konfliktus, socialinio ir darbinio funkcionavimo sutrikimą. Bendruomeniniai tyrimai rodo, kad obsesinio pavydo intensyvumas susijęs su funkcinio sutrikimu, psichologiniu stresu ir pagalbos poreikiu, nors tik nedidelė dalis asmenų kreipiasi pagalbos būtent dėl pavydo [107]. Gydymo strategijos labiau artimos OKS gydymui: psichoedukacija, kognityvinė-elgesio terapija, ekspozicija su atsako prevencija, darbas su įsitikinimais ir, kai reikia, serotonerginė farmakoterapija.

Nozologiškai obsesinis pavydas išlieka problemiška kategorija. Viena vertus, jo išskyrimas padeda išvengti klaidingo visų patologinio pavydo formų sutapatinimo su Otelo sindromu. Kita vertus, pernelyg platus šios kategorijos taikymas galėtų patologizuoti įprastas santykių emocijas. Todėl tiksliausia būtų sakyti, kad obsesinis pavydas yra kliniškai reikšminga neurozinė patologinio pavydo forma, kuri gali būti artima OKS spektrui, tačiau nėra OS tol, kol neištikimybės idėja neįgyja kliesinio, nekoreguojamo tikrumo.

3.7.4. Pervertintos idėjos

Pervertintos idėjos kaip tarpinė forma

Greta obsesinio ir kliesesinio pavydo klinikinėje praktikoje dažnai išskiriama dar viena svarbi kategorija – pervertintos idėjos (angl. „overvalued ideas“). Ši sąvoka laikoma ypač reikšminga liguistam pavydui suprasti, nes aprašo nepsichozinius atvejus, kurie nėra nei tipinis obsesinis pavydas, nei kliesesinis įsitikinimas. Pervertintos idėjos užima tarpinę vietą tarp normalių įsitikinimų ir kliesių pagal jų stiprumą ir dominavimą psichiniame gyvenime, tačiau nuo obsesinio pavydo jos skiriasi santykiu su pačia mintimi [14].

Pervertintos idėjos apibrėžiamos kaip įsitikinimai, turintys neproporcingai didelę asmeninę reikšmę ir užimantys centrinę vietą individo psichiniame gyvenime, nors jų turinys išlieka iš esmės suprantamas [14]. Skirtingai nei kliesėsiai, jos nėra visiškai nekoreguojamos, tačiau pacientas joms nesipriešina ir aktyviai jas palaiko. Tokiais atvejais pavydas gali pasireikšti kaip „priimtina ir suprantama idėja, kurią pacientas persekioja peržengdamas racionalumo ribas“, sukeldamas reikšmingą asmeninę ir tarpasmeninę žalą [1].

McKenna pabrėžia, kad tokia forma dažnai prasideda po menko ar dviprasmiško įvykio, vystosi kaip intensyvus, afektiškai įkrautas įsitikinimas, lemia tikrinimą, kaltinimus, sekimą ar partnerio kontrolę ir dažnai pasižymi lėtine eiga. Todėl pervertinta idėja pavydą leidžia suprasti kaip būseną, kuri yra „daugiau nei reakcija, bet mažiau nei psichozinis procesas“: ji nėra Otelo sindromas siaurąja prasme, tačiau gali būti kliniškai sunki, destruktivi ir pavojinga patologinio pavydo forma [118].

Pervertintos idėjos dažnai yra egosintoninės – pacientas jas laiko pagrįstomis, „logiškoms“, todėl nesistengia jų slopinti ar kvestionuoti. Tai ryškiai kontrastuoja su obsesiniu pavydu, kuriame mintys yra egodistoniškos ir aktyviai atmetamos. Kitaip tariant, obsesiniame pavyde subjektas kovoja su savo mintimis, o pervertintų idėjų atveju – jis jomis remiasi ir pagal jas organizuoja elgesį.

Svarbus šios kategorijos bruožas yra realaus branduolio buvimas. Klinikinėje praktikoje pervertintos idėjos dažnai susijusios su iš dalies pagrįstomis situacijomis, pavyzdžiui, buvusiu partnerio neištikimybe. Tokiu atveju įtarumas tampa psichologiškai suprantamas, tačiau patologija atsiranda tada, kai ši idėja hiperbolizuojama: ji ima dominuoti, tampa neproporcinga ir pradeda reguliuoti kasdienį elgesį (nuolatinis tikrinimas, kontrolė, ribojimas), nors naujų objektyvių įrodymų nėra. Tai leidžia išlaikyti ryšį su realybe, tačiau kartu sukuria uždara įtarumo sistemą.

Davidas Veale’as šią dinamiką papildė pabrėždamas, kad pervertintos idėjos susijusios ne tik su įsitikinimo stiprumu, bet ir su idealizuotomis vertybėmis, kurios tampa pernelyg svarbios asmens tapatybei. Liguisto pavydo atveju tokia vertybė dažniausiai yra ištikimybė (fidelity), o tipinis įsitikinimas gali būti formuluojamas kaip nuolatinė mintis apie partnerio neištikimybę [119]. Šios

idėjos gali būti ilgalaikės, emociškai įkrautos, skatinti pasikartojantį elgesį ir tam tikrais atvejais progresuoti į kliesesinį įsitikinimą.

Skirtis nuo obsesinio pavydo

Pagrindinis skirtumas tarp obsesinio pavydo ir pervertintų idėjų slypi santykyje su mintimi: obsesiniame pavyde ji yra svetima ir atmetama, o pervertintų idėjų atveju – priimama ir plėtojama. Abu šie reiškiniai priklauso nepsichoziniam patologinio pavydo spektrui, tačiau jų fenomenologija, dinamika ir klinikinės implikacijos skiriasi, todėl diferencijavimas yra būtinas tiek diagnostikoje, tiek gydymo planavime.

Empirinių tyrimų, kurie sistemingai nagrinėtų pervertintas idėjas kaip neurozinio pavydo formą, šiuo metu yra nedaug, todėl jų vieta patologinio pavydo struktūroje išlieka nepakankamai ištirta.

3.8. Psichologiniai, asmenybės ir seksualiniai veiksniai

3.8.1. Ankstyvas pažeidžiamumas ir premorbidiniai bruožai

Klinikiniai duomenys rodo, kad patologinis pavydas dažniausiai formuojasi jau esant tam tikram psichologiniam pažeidžiamumui, o ne atsiranda izoliuotai. Net ir tais atvejais, kai pradžia siejama su konkrečiu įvykiu, retrospektyviai dažnai nustatomi ankstesni įtarumo, emocinio nesaugumo ar santykių nestabilumo požymiai. Šiuo laikotarpiu dar nebūna susiformavusių kliesesinių įsitikinimų, tačiau ryškėja padidėjęs jautrumas atstūmimui, interpretacinis polinkis ir emocinė įtampa. Svarbu tai, kad tokie bruožai aptinkami ne tik psichozinių, bet ir neurozinių bei asmenybės sutrikimų kontekste. [2]

3.8.2. Interpretacinis stilius ir asmenybės bruožai

Patologinis pavydas dažnai siejamas su specifiniais asmenybės organizacijos bruožais, ypač paranoidiniais, obsesiniais ar impulsyviais [15]. Tokiais atvejais įtarimai gali prasidėti kaip pervertintos idėjos ir palaipsniui stiprėti, įgaudami vis didesnę tikrumo pobūdį. Esminis vaidmuo tenka interpretaciniam stiliui: neutralūs ar dviprasmiški partnerio veiksmai sistemingai aiškinami grėsmės ar neištikimybės kontekste. Tokia interpretacija nebūtinai iš karto pasiekia kliesesio lygį, tačiau jau veikia santykių dinamiką.

3.8.3. Prieraišumas ir santykių nesaugumas

Prieraišumo teorija (angl. Attachment theory) leidžia tiksliau suprasti, kodėl kai kurie asmenys yra labiau linkę į pavydžias reakcijas [120]. Nesaugus prieraišumas, ypač nerimastingas ar baimingas, siejamas su padidėjusiu jautrumu santykių grėsmėms, nesusitikėjimu partneriu ir stipriu patvirtinimo poreikiu [1]. Tokie asmenys linkę perdėtai reaguoti į dviprasmiškas situacijas ir sunkiai toleruoja neapibrėžtumą. Nesaugus dezorganizuotas prieraišumo tipas papildomai siejamas su emocinės reguliacijos sunkumais ir didesne konflikto eskalacijos rizika.

3.8.4. Savivertė ir vidinis nesaugumas

Daugelio tyrimų duomenimis, patologinis pavydas dažnai susijęs su žema saviverte ir menkavertiškumo jausmu [2,20,110,111]. Tokiais atvejais partnerio santykis tampa pagrindiniu savivertės šaltiniu, todėl bet kokia grėsmė šiam ryšiui suvokiama kaip grėsmė pačiam „aš“. Klinikinėje praktikoje tai pasireiškia nuolatiniu savęs lyginimu su tariamais konkurentais, abejonėmis savo patrauklumu ar verte santykiuose. Pavydas čia veikia kaip vidinio nesaugumo išraiška, o ne vien reakcija į išorinius signalus.

Šią savivertės problemą galima susieti su Toddo ir Dewhursto pastebėjimu, kad patologinis seksualinis pavydas dažnai kyla situacijose, kuriose asmuo jaučiasi prastesnis už tos pačios lyties konkurentus kovoje dėl partnerio [73]. Tokia patirtis gali būti susijusi su seksualiniu, amžiaus, patrauklumo, socialinio statuso ar galios santykiuose nesaugumu, tačiau konkretesni seksualiniai veiksniai aptariami atskirai.

3.8.5. Ribinė ir paranoidinė asmenybė

Skirtingi asmenybės sutrikimai formuoja skirtingą pavydo dinamiką. Ribinės asmenybės sutrikimo atveju pavydas dažnai susijęs su intensyvia palikimo baime, neigiamu savęs vaizdu, tapatumo difuzija ir afektiniu nestabilumu [121]. Tokiems pacientams būdingas stiprus jautrumas atstūmimui, impulsyvios reakcijos artimuose santykiuose ir primityvios gynybos, ypač projekcija, todėl pavydas lengvai įsitraukia į konfliktinę santykių dinamiką.

Paranoidinės asmenybės sutrikimo atveju pavydas remiasi nuolatiniu įtarumu ir tendencija kitiems priskirti priešiškus ketinimus. Tokie asmenys gali fiksuotis į perversintą neištikimybės idėją, lengvai interpretuoti dviprasmišką elgesį kaip grėsmingą ir streso metu pasiekti kliedesio intensyvumą, kuris vėliau gali susilpnėti [2,122]. Kaip pažymima klinikinėje literatūroje, jiems būdingas jautrumas pažeminimui, polinkis „kolekcionuoti“ kitų nusižengimus ir projekcinis mechanizmas, kai vidiniai neigiami jausmai priskiriami aplinkiniams [17].

3.8.6. Priklausomybė nuo santykio ir emocinis reguliavimas

Kai kuriems pacientams būdinga padidėjusi priklausomybė nuo partnerio ir riboti savarankiško emocinio reguliavimo gebėjimai. Tokiais atvejais santykis tampa pagrindine stabilumo sąlyga, o bet koks jo svyravimas sukelia disproporcingą reakciją. Pasyvesnė, konflikto vengianti asmenybė gali ilgą laiką kaupti įtampą, kuri vėliau išreiškiama per pavydžias reakcijas [123].

3.8.7. Psichodinaminiai aspektai

Psichodinaminėje perspektyvoje pavydas dažnai aiškinamas kaip gynybinis procesas. Projekcija leidžia subjektui priskirti partneriui nepriimtinas mintis ar impulsus, taip sumažinant vidinę įtampą. Be to, ankstyvos nesaugumo patirtys gali išlikti kaip neapibrėžtas pažeidžiamumas, kuris vėliau pasireiškia santykių kontekste, ypač esant artumo ar praradimo grėsmei [84].

Šis skyrius rodo, kad patologinio pavydo atsiradimas glaudžiai susijęs su asmenybės struktūra, emocinio reguliavimo ypatumais ir ankstyvųjų santykių patirtimis, o ne vien su išorinėmis aplinkybėmis.

3.8.8. Genetiniai ir šeiminiai veiksniai

Genetinių veiksnių reikšmė patologinio pavydo, ypač kliesesinio, etiologijoje išlieka neaiški ir fragmentiškai ištirta. Viena iš svarbių metodologinių problemų yra ta, kad daugelyje naujesnių klinikinių atvejų aprašymų beveik neminima šeiminė psichikos ligų anamnezė. Tai greičiausiai neatspindi realaus jos nebuvimo, bet veikiau rodo selektyvų ir neišsamų klinikinių duomenų pateikimą. Kadangi šeiminė anamnezė psichiatrijoje yra svarbi diferencinei diagnostikai, galimam paveldimumui bei platesnio psichopatologinio konteksto supratimui, jos trūkumas apsunkina bandymus vertinti ligos kilmę ir rizikos veiksnius [105].

Apskritai literatūroje nėra įtikinamų duomenų, kad kliesesinis pavydas turėtų aiškų paveldimumo modelį. Skirtingai nei kai kurie afektiniai ar psichoziniai sutrikimai, kliesesiniai sutrikimai paprastai nesikartoja identiškomis formomis per kartas, o tai ypač akcentuojama kalbant apie pavydo kliesesius [12]. Todėl, jei genetiniai ar šeiminiai veiksniai turi reikšmės, tikėtina, kad jie labiau susiję su bendru emociniu reaktyvumu ar asmenybės struktūra, o ne su specifine kliesesine simptomatika.

Klinikiniai stebėjimai vis dėlto rodo tam tikrus šeiminius modelius. Enoch pažymi, kad daliai pacientų vienas iš tėvų taip pat buvo linkęs į pavydžias reakcijas ar net patyrė pavydo kliesių epizodus. Be to, aprašoma gana būdinga šeimos dinamika: emociškai distancijuotas, mažai įsitraukiantis tėvas ir pernelyg globojanti motina [14]. Tokie modeliai gali būti interpretuojami ne tik kaip galimo paveldimumo, bet ir kaip ankstyvųjų santykių patirčių bei prieraišumo tipo formavimosi kontekstas.

Panašiai kai kurie autoriai pabrėžia ankstyvosios socializacijos reikšmę. Pavyzdžiui, brolių ir seserų konkurencija vaikystėje gali būti susijusi su vėlesniu pavydo intensyvumu, o kiti tyrėjai labiau akcentuoja asmenybės struktūrą ir psichopatologiją kaip pagrindinius veiksnius [124]. Taip pat dažnai minima, kad pavydas siejasi su savivertės pažeidžiamumu arba vadinamąja „narcisistine žaizda“, kurią aptarė Sigmund Freud ir vėlesni autoriai.

Svarbu pabrėžti, kad šeiminė anamnezė nebūtinai reiškia genetinį perdavimą. Pavyzdžiui, klasikinėje medžiagoje nurodoma, kad dalis pacientų (pvz., 20 tirtų atvejų) turėjo tėvus, pasižymėjusius pavydžiu elgesiu, tačiau šį ryšį galima aiškinti tiek genetiniu polinkiu, tiek elgesio modeliavimu ir socialiniu išmokimu šeimoje [14]. Kitaip tariant, panašus elgesys gali būti perduodamas ne tik biologiniu, bet ir psichologiniu bei socialiniu būdu.

Kai kurie ankstesni autoriai, tokie kaip Todd ir Dewhurst, buvo linkę laikyti liguistą pavydą paveldimu sutrikimu, tačiau ši pozicija šiuolaikinėje literatūroje nebėra plačiai palaikoma. Vis dėlto

genetiniai mechanizmai gali turėti netiesioginę reikšmę tam tikrose neurologinėse ar degeneracinėse būklėse, pavyzdžiui, sergant Alzheimerio liga, kur kliesdėsiai, įskaitant pavydo temas, gali būti susiję su neurobiologiniais pokyčiais [125,126].

Empiriniai duomenys apie šeiminių anamnezę taip pat išlieka riboti. Pavyzdžiui, Parkinsono ligos ir Otelo sindromo tyrimuose šeiminių psichiatrinė anamnezė buvo nurodyta 9 iš 26 pacientų ($\approx 34,6\%$), tačiau šie duomenys yra fragmentiški ir neleidžia daryti tvirtų išvadų apie paveldimumą [127]. Apibendrinant galima teigti, kad nors šeiminiai ir galimai genetiniai veiksniai gali turėti tam tikrą reikšmę, dabartiniai duomenys labiau palaiko daugelio veiksnių modelį, kuriame svarbų vaidmenį atlieka ankstyvosios santykių patirtys, asmenybės bruožai ir socialinis mokymasis, o ne tiesioginis specifinio kliesdesinio pavydo paveldėjimas.

3.8.9. Seksualiniai veiksniai ir santykio dinamika

Seksualiniai veiksniai sudaro svarbią patologinio pavydo dalį, nors jų priežastinis vaidmuo nėra vienareikšmis. Seksualinė disfunkcija gali būti tiek predisponuojantis veiksnys, tiek santykių konflikto pasekmė, tiek jau susiformavusio pavydo palaikomasis mechanizmas. Pavyzdžiui, Vauhkonen tyrime 7 iš 16 vyrų turėjo seksualinių sutrikimų, o 32 iš 37 jų partnerių taip pat nurodė seksualinius sunkumus. Šis ryšys ypač ryškus alkoholio vartojimo kontekste, kur seksualiniai sunkumai, potencijos sutrikimai ar partnerio atsitraukimas gali būti interpretuojami kaip neištikimybės įrodymai [14].

Seksualinis neatitikimas tarp partnerių taip pat gali tapti pavydo psichogenezės dalimi. Jis gali apimti libido, seksualinių lūkesčių, amžiaus, patrauklumo ar socialinio statuso skirtumus. Todėl atskirai aptarė realų ar įsivaizduojamą hipofalizmą kaip savivertę pažeidžiantį veiksni, galintį prisidėti prie patologinio seksualinio pavydo [76]. Lagache aprašytuose atvejuose seksualinis neadekvatumas siejamas ir su projekcija: pacientas savo impotenciją ar kaltę dėl seksualinio nepajėgumo perkelia į partnerę, kaltindamas ją „perversijomis“, nuodijimu ar neištikimybe [24]. Klinikinėje literatūroje nurodoma, kad apie 25 % liguistų pavydu pasižyminčių pacientų patiria seksualinių sutrikimų, o maždaug trečdaliu atvejų nustatomas ilgalaikis seksualinis nepasitenkinimas [116]. Be to, trečdalis kliesdesinio pavydo pacientų turėjo santuokinių ar seksualinių sunkumų dar iki simptomų pradžios [128]. Johnson tyrime apie bokso sukeltus organinius psichosindromus visiems 5 pacientams, turėjusiems liguistą pavydą, buvo nustatyti daugelį metų trunkantys seksualiniai sutrikimai [129].

Svarbu tai, kad šis ryšys gali būti abipusis: seksualiniai sunkumai gali skatinti pavydą, tačiau pats kliesdesinis pavydas dažnai didina seksualinę įtampą, reikalavimą, kontrolę ir partnerio atsitraukimą. Partnerio atsitraukimas tuomet gali būti dar kartą interpretuojamas kaip neištikimybės įrodymas, todėl susidaro uždaras pavydo, seksualinės įtampos ir santykių konflikto ratas [14].

3.8.10. Socialiniai ir demografiniai rizikos veiksniai

Rizikos veiksniai taip pat susiję su amžiumi, socialine padėtimi ir gyvenimo aplinkybėmis. Mullen epidemiologiniame tyrime nustatyta, kad jaunesni nei 30 metų asmenys dažniau pateko į aukšto pavydo grupę, o vyrams, susituokusiems iki 20 metų, rizika buvo reikšmingai didesnė (OR = 16,0; 95 % PI: 2,6–88,9) [124].

Socialinė izoliacija, migracija ir priklausomybė nuo partnerio taip pat siejamos su padidėjusia rizika. Kai kurie autoriai mini ir didesnį paplitimą tarp žemesnio išsilavinimo vyrų [4,122].

3.9. Paplitimas ir demografiniai ypatumai

3.9.1. Paplitimo klausimo klinikinė reikšmė

Tarp tų klinikinių būklių, kurios psichiatrijos istorijoje pirmiausia pasirodė kaip retenybės, o vėliau, geriau apibrėžus jų struktūrą, ima rodytis dažnesnės, negu buvo manyta, Otelo sindromas užima savitą vietą. Pirmuosiuose aprašymuose jis buvo laikomas veikia klinicine keistenybe, vienu iš tų ribinių reiškinių, kuriuos nozologija pastebi tik tada, kai jie sutrikdo įprastą ligos vaizdo tvarką. Tačiau vėlesnė literatūra leidžia manyti, kad šis sindromas nėra vien reta kuriozinė forma, bet reiškinys, kurio dažnis galėjo būti ilgą laiką nuvertintas [14]. Todėl paplitimo klausimas negali būti laikomas vien statistine problema. Jis iš karto įgyja klinikinę, socialinę ir teismo psichiatrijos reikšmę, nes liguistas ar kliesesinis pavydas, net ir pasitaikydamas santykinai retai, gali sukurti realų pavojų pacientui, partneriui ir kitiems asmenims.

3.9.2. Paplitimo vertinimo sunkumai

Tikslaus OS arba kliesesinio pavydo paplitimo nustatymas susiduria su keliomis kliūtimis. Pirmoji yra pati fenomeno prigimtis: pavydas gali pasirodyti kaip normali emocija, kaip obsesinė abejonė, kaip perversinta idėja arba kaip tvirtas kliesesinis įsitikinimas. Antroji kliūtis yra socialinė: pacientas dažnai neigia ligą, o partneris gali vengti atskleisti patiriamą kontrolę, grasinimus ar smurtą. Trečioji kliūtis yra diagnostinė: skirtingi autoriai vartoja skirtingus terminus - liguistas pavydas, patologinis pavydas, kliesesinis pavydas, Otelo sindromas - ir ne visada aiškiai atskiria jų ribas. Todėl naujesnėje literatūroje nurodomas 0,5–1,4 % dažnis psichiatrijos stacionaro pacientų grupėje turi būti suprantamas ne kaip galutinė šio reiškinio riba, bet kaip apytikslis klinikinės registracijos rodiklis [8]. Panašiai nurodoma, kad kliesesinis pavydas sudaro apie 0,5 % psichiatrinių pacientų, dažniau pasireiškdamas psichozinių sutrikimų, ypač su šizofrenija, kontekste [122,130].

3.9.3. Hospitalinės imtys ir Soyka tyrimų reikšmė

Ypač reikšmingi šiuo klausimu yra Soyka ir bendraautorių darbai. Ankstesniame tyrime (1991), kuriame buvo vertinta apie 8000 psichikos sutrikimų turinčių pacientų, pavydo kliesių paplitimas siekė 1,1 %. Šis skaičius pats savaime nėra didelis, tačiau jo pasiskirstymas tarp diagnostinių grupių yra itin svarbus. Dažniausiai pavydo kliesės buvo nustatomi organinių psichozijų atvejais – 7,0 %, paranoidinių sutrikimų (angl. paranoid disorders) – 6,7 %, alkoholinių psichozijų – 5,6 %, ir

šizofrenijos – 2,5 %. Nuotaikos sutrikimų grupėje jie buvo reti ir siekė tik apie 0,1 %. Autoriai taip pat pažymėjo lyties skirtumus: moterims pavydo kliesediai dažniau buvo susiję su šizofrenija, o vyrams – su alkoholinėmis psichozėmis. Vėlesniame retrospektyviniame Soyka tyrime, apėmusiame didesnę psichiatriinių pacientų imtį ($n = 14\,309$), buvo nustatyti 72 kliesedinio pavydo atvejai, t. y. 0,5 % visos imties. Tyrime remtasi TLK-10 diagnostika, o kliesediniai simptomai vertinti pagal AMDP sistemą. Didžiausias pavydo kliesedių dažnis nustatytas šizofrenijos, šizotipinių ir kliesedinių sutrikimų grupėje – apie 1,3 %. Afektinių sutrikimų grupėje jis siekė apie 0,3 %, o kitose diagnostinėse grupėse buvo dar mažesnis ir svyravo maždaug nuo 0,1 % iki 0,4 %. Psichoaktyviųjų medžiagų sukeltų sutrikimų grupėje jis siekė apie 0,1–0,2 %, organinių sutrikimų grupėje – apie 0,3 %, o neurozinių ir asmenybės sutrikimų grupėse – iki 0,3–0,4 % [130].

3.9.4. Kliesedinis pavydas kaip platesnės psichozinės struktūros dalis

Šie duomenys leidžia iškelti vieną svarbią nozologinę pastabą. Nors kliesedinis pavydas labai dažnai pasireiškė kliesedinių sutrikimų struktūroje, tik nedidelė visų kliesedinio pavydo atvejų dalis buvo diagnozuota kaip izoliuotas kliesedinis sutrikimas. Vadinasi, pavydas čia pasirodo ne tiek kaip savarankiška liga, kiek kaip tam tikra psichozinio proceso figūra. Jis įsirašo į platesnę psichozinę struktūrą ir jo reikšmę lemia ne vien turinys – įsitikinimas partnerio neištikimybe – bet ir būdas, kuriuo šis įsitikinimas įsitvirtina paciento santykiuose su tikrove, partneriu ir savimi. Ši išvada dera su Enoch mintimi, kad kliesedinis pavydas glaudžiai susijęs su psichozine struktūra, o ne vien su asmenybės ar emociniais sunkumais [14]. Taip pat ir Silva ir bendraautorų tirtuose teismo psichiatrijos atvejuose pavydo kliesediai dažniausiai nebuvo izoliuotas simptomas. Autoriai nurodo, kad beveik visi tiriamieji turėjo daugiau nei vieno tipo kliesedių, o 95 % atvejų pavydo kliesediai buvo glaudžiai susiję su paranoidiniu komponentu. Todėl pavydo kliesedys gali būti suprantamas kaip platesnės kliesedinės sistemos dalis, kurioje kiti psichoziniai simptomai gali sustiprinti agresijos ar pavojingo elgesio partnerio atžvilgiu riziką. Nė vienas pacientas šitoje imtyje neatitiko kliesedinio sutrikimo, pavydo tipo diagnozės [3].

Diagnostinės klasifikacijos ribotumą ypač aiškiai parodo Easton ir bendraautorų analizė. Jie nustatė, kad tik apie 4 % pacientų atitiko visus DSM-IV-TR kriterijus diagnozei „pavydaus tipo kliesedinis sutrikimas“. Šis mažas atitikimo rodiklis rodo, kad formalūs diagnostiniai kriterijai nepakankamai aprėpia klinikinę patologinio pavydo įvairovę. Kitaip tariant, didžioji dalis literatūroje aprašomų liguisto ar patologinio pavydo atvejų lieka už siauro kliesedinio sutrikimo, pavydo tipo – apibrėžimo ribų, nors klinikiu, rizikos ir gydymo požiūriu jie išlieka reikšmingi [16].

3.9.5. Ilgalaikio stebėjimo tyrimai ir prognozės klausimas

Soyka tyrimo rezultatai iš esmės atitinka ankstesnius epidemiologinius duomenis. Pavyzdžiui, N. Retterstøl 1966 m. stebėjimo tyrime taip pat buvo nustatytas apie 0,5 % paplitimas.

Tačiau ankstyvieji stebėjimo tyrimai svarbūs ne vien paplitimo, bet ir ligos eigos požiūriu. Vienas ankstyviausių ilgalaikio stebėjimo atskaitos taškų yra Langfeldt tyrimas: po gydymo pagerėjimas nurodytas 56 % jo serijos pacientų, o po maždaug 17 metų pakartotinai vertinant 50 pacientų, 6 buvo mirę (12 %), 17 nepavyko surasti (34 %), todėl klinikinė eiga galėjo būti įvertinta 27 asmenims. Iš šių 27 pacientų 12 buvo visiškai pasveikę (44,4 %), 6 būklė periodiškai pagerėdavo (22,2 %), o 9 jokio pagerėjimo neparodė (33,3 %). Ypač nepalanki prognozė buvo siejama su sunkia asmenybės patologija arba psichozine liga [12,14]. Retterstøl vėlesnis follow-up tyrimas taip pat rodo nevienalytę eigą: 18 pacientų, kuriems buvo diagnozuota vadinamoji „pavydo–paranoidinė psichozė“, buvo pakartotinai apklausti praėjus 2–18 metų nuo pirminės diagnozės, ir 11 iš jų, t. y. 61,1 %, stebėjimo metu kliesių nebeturėjo. Vis dėlto šis palankesnis rezultatas turi būti vertinamas atsargiai, nes dauguma atvejų buvo priskirti „reaktyviai paranoidinei psichozei“; dėl to Munro kėlė klausimą, ar pagal vėlesnius diagnostinius kriterijus šie pacientai apskritai būtų laikytini „grynais“ kliesinio sutrikimo atvejais [12]. Dar kitokį ilgalaikės eigos modelį pateikia Kolle aprašyti „pavydūs gėrėjai“: 11 iš 13 pacientų, t. y. 84,6 %, buvo stebėti 14–23 metus; per šį laiką jiems neišsivystė nei kliesinių idėjų plitimas, nei nauji psichoziniai simptomai, ir nė vienas nebuvo pakartotinai hospitalizuotas. Aštuoni pacientai, arba 61,5 % visos grupės, nustojo vartoti alkoholį, o šeši iš šių aštuonių, t. y. 75 %, nutraukė santykius su partneriais [2]. Šie ilgalaikio stebėjimo duomenys neleidžia patologinio ar kliesinio pavydo eigos aiškinti vien chroniškumo kategorija: prognozę, regis, lemia ne vien pavydo turinys, bet ir platesnis diagnostinis fonas, alkoholio vartojimas, santykių dinamika, psichozinės ligos buvimas ir galimybė pašalinti palaikantį etiologinį veiksni.

3.9.6. Etiologinė įvairovė: alkoholis, organiniai veiksniai ir medikamentai

Šie duomenys neleidžia pernelyg paprastai sutapatinti Otelo sindromo su viena etiologine kryptimi. Nors literatūroje dažnai akcentuojamas jo ryšys su alkoholizmu, pavyzdžiui, G. Laux ir F. Reimer darbuose, vėlesniame Soyka tyrime šis ryšys nebuvo toks ryškus [130,131]. Panašiai ankstesni autoriai, įskaitant Alois Alzheimer 1907 m., siejo šį sindromą su organiniais smegenų pažeidimais ir demencija. Tačiau vėlesniame Soyka tyrime, kuriame analizuota platesnė organinių ir simptominių psichikos sutrikimų grupė, paplitimas buvo mažas – apie 0,3 %. Tuo tarpu ankstesniame tyrime, orientuotame į siauresnę organinių psichozių imtį, pavydo kliesiai nustatyti gerokai dažniau – apie 7 %. Todėl stacionarinėje psichiatrinėje imtyje kliesinis pavydas dažniau siejosi su psichoziniais, o ne organiniais sutrikimais. Vis dėlto ši išvada turi būti ribojama pačios imties pobūdžio: naujesnė sisteminė Park ir bendraautorių apžvalga rodo, kad medicininės, neurologinės ir medikamentinės etiologijos atvejai literatūroje sudaro reikšmingą OS dalį. Naujausia Park ir bendraautorių sisteminė apžvalga paplitimo klausimą leidžia patikslinti ne tiek kiekybiškai, kiek etiologiškai. Autoriai, peržiūrėję 705 santraukas ir 118 pilnų tekstų, atrinko 73 OS

atvejus, publikuotus 1983–2023 m [8]. Vidutinis pacientų amžius buvo 58,2 metų, o vyrų buvo daugiau negu moterų (M:F = 1,88). Įtraukti tik tie atvejai, kuriuose buvo pakankamai išsamiai aprašyta klinikinė eiga, diagnostinis vertinimas, gydymas ir jo rezultatai. Tokia griežta atranka užtikrina klinikinį duomenų tikslumą, tačiau kartu didina publikacijų šališkumo tikimybę ir gali perreprezentuoti neįprastas, ypač neurologines ar medikamentines Otelo sindromo formas. Svarbiausia tai, kad tik 16 atvejų, arba 22 %, buvo siejami su pirminiu psichiatrinio sutrikimu; 13 iš jų buvo kliesesinis sutrikimas. Daugiau nei pusė atvejų – 38, arba 52 % – buvo susiję su kitomis medicininėmis būklėmis, ypač cerebrovaskuliniais pažeidimais, Alzheimerio liga ir kitomis neurologinėmis ar somatinėmis patologijomis. Dar 19 atvejų, arba 26 %, buvo laikomi medikamentų ar psichoaktyviųjų medžiagų sukeltais, daugiausia dėl dopaminerginių agonistų vartojimo Parkinsono ligos kontekste [8]. Šie duomenys papildė Soyka stacionariųjų imčių rezultatus: jei Soyka tyrimuose kliesesinis pavydas dažniau išryškėjo psichozinių sutrikimų struktūroje, Park apžvalga rodo, kad literatūroje aprašomas OS labai dažnai turi neurologinį, somatinį ar medikamentinį pagrindą. Todėl mažas formalus paplitimas psichiatrijos stacionaruose neturėtų klaidinti: klinikinio požiūriu OS yra ne vien retas pavydo tipo kliesesinis sutrikimas, bet platesnis neuropsichiatrinis reiškiny, kurį būtina diferencijuoti pagal galimą insultą, demenciją, smegenų pažeidimus, Parkinsono ligos gydymą ar psichoaktyviųjų medžiagų poveikį. Park duomenys rodo ne tik etiologinę įvairovę, bet ir klinikinės rizikos svarbą [8].

3.9.7. Ambulatorinės imtys ir platesnis liguisto pavydo spektras

Ambulatorinėse imtyse pavydo patologijos dažniau gali atrodyti didesni, tačiau čia būtinas metodologinis atsargumas. Singh ir bendraautorių tyrimas buvo atliktas Indijoje, psichiatrijos ambulatorijoje, todėl visi pacientai buvo nehospitalizuoti. Iš 970 naujų pacientų tik tie, kurie turėjo partnerį, buvo tinkami vertinti dėl pavydo ($n = 710$), o pašalinus netinkamus atvejus liko 658 vertinimui tinkami pacientai. Iš jų 50 atitiko liguisto pavydo kriterijus, todėl nustatytas dažnis buvo 7,59 %. Tačiau šis skaičius negali būti suprantamas kaip bendras psichiatrinės populiacijos paplitimas. Jis apibūdina tik partnerį turinčius, vertinimui tinkamus ambulatorinius pacientus. Be to, atrankai buvo naudotas autorių sudarytas keturių klausimų klausimynas, vertinantis įtarimus dėl partnerio neištikimybės, jų reikšmingumą, sukeltą distresą ir poveikį santykiams; šio instrumento psichometrinės savybės nebuvo validuotos [132].

Šiame tyrime fenomenologinė pavydo struktūra taip pat nebuvo vienytytė. Dominavo kliesesinis pavydas, kuris sudarė 76 % atvejų. Rečiau nustatytos pervertintos idėjos – 14 %, ir obsesinė forma – 10 %. Kliesesinis pavydas buvo ypač susijęs su sunkesnėmis psichikos patologijomis ir nustatytas visiems pacientams, sergantiems šizofrenija, bipoliniu sutrikimu ar turintiems psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo sutrikimą. Depresijos atvejais pasiskirstymas buvo nevienalytis: 47 % sudarė kliesesinė forma, 33 % – pervertintos idėjos, o 20 % – obsesinė forma [132].

Pagal komorbidiskumą dažniausia diagnozė Singh tyrime buvo šizofrenija – 34 %, po jos sekė depresija – 30 %, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo sutrikimai – 20 %, ir bipolinis sutrikimas – 6 %. Kitos diagnozės, įskaitant obsesinį-kompulsinį sutrikimą, generalizuotą nerimo sutrikimą, demenciją ar neaiškią diagnozę, sudarė 10 %. Taigi liguistas pavydas šiame kontekste pasirodo ne kaip savarankiškas sutrikimas, bet kaip skirtingų psichiatrinių būklių simptominė išraiška, labiausiai susijusi su psichozinio spektro patologija [132].

Kapugama ir bendraautorių tyrimas (3 mėn., Šri Lanka) parodė gerokai didesnę paplitimą, kai vertinamas platesnis liguisto pavydo spektras. Iš 145 hospitalizuotų pacientų 76 turėjo partnerį, o liguistas pavydas nustatytas 13 iš jų, t. y. 17,1 % (95 % PI: 8,64–25,56). Dažniausiai nustatyti depresiniai sutrikimai (4/13; ~30,8 %), alkoholio vartojimo sutrikimai (3/13; ~23,1 %) ir šizofrenija (2/13; ~15,4 %). Svarbu tai, kad daugumą atvejų sudarė ne kliesdesiai, o pervertintos idėjos (53,84 %), rečiau – kliesdesiai (30,76 %) ir obsesinė forma (15,38 %). Todėl šie rezultatai nėra tiesiogiai palyginami su Soyka duomenimis, nes čia vertinamas platesnis patologinio pavydo kontinuumas, o ne vien kliesdesinis pavydas [133].

3.9.8. Hospitalinės statistikos ribos

Šioje vietoje būtina grįžti prie hospitalinių duomenų ribotumo. Crowe ir bendraautoriai nurodė, kad kliesdesiniu pavydu pasižymintys pacientai gali dažniau nei kiti kliesdintys asmenys likti už ligoninės ribų. Tai reiškia, kad ligoninių statistika gali nepakankamai atspindėti realų reiškinio mastą. Aukos neretai gyvena baimėje ir vengia kreiptis pagalbos, o pats pacientas paprastai neigia sergantis. Todėl didėjantis smurto artimoje aplinkoje atpažinimas ir pagalbos prieinamumas gali lemti, kad ateityje tokių atvejų bus nustatoma daugiau. Taip pat pažymima, kad kliesdesinis pavydas gali pasireikšti tiek heteroseksualiuose, tiek homoseksualiuose santykiuose, tačiau pastarųjų atvejų paplitimas išlieka menkai ištirtas [12,134].

3.9.9. Bendruomeninės imtys: pavydo elgesys ir pagalbos poreikis

Bendruomeniniai tyrimai leidžia matyti platesnį pavydo elgesio lauką, nors jie tiesiogiai neatspindi kliesdesinio pavydo paplitimo. Mullen ir bendraautorių tyrime dažniausia pavydui būdinga elgesio forma buvo partnerio kryžminis tardymas, kurį nurodė kiek daugiau nei 30 % tiek vyrų, tiek moterų. Maždaug po 10 % tiriamųjų pripažino skambinimą siekiant nustatyti partnerio buvimo vietą ir netikėtą pasirodymą norint patikrinti partnerį. Griežtesnis kontroliuojantis elgesys buvo retesnis ir dažniau būdingas moterims. Partnerio daiktų tikrinimą nurodė 7 % moterų ir 1 % vyrų, o pašto tikrinimą – atitinkamai 3,8 % ir 1,3 %. Partnerio sekimą nurodė apie 2 % abiejų lyčių tiriamųjų. Itin reti buvo elgesiai, susiję su seksualinės neištikimybės „įrodymų“ paieška, pavyzdžiui, partnerio drabužių tikrinimas [124].

Kalbant apie įveikos strategijas, dažniausiai taikytas būdas buvo tiesioginis susidūrimas su partneriu ir paaiškinimo reikalavimas. Ši strategija dažniau būdinga moterims negu vyrams – 27 % ir 19 %; P

$< 0,05$. Vyrai dažniau rinkosi vengimo strategiją, tikėdamiesi, kad problema išsispręs savaime – 21 % ir 13 %; $P < 0,05$. Moterims taip pat dažniau būdingas atviras emocinio distreso reiškimas, pavyzdžiui, ašaros ar priekaištai – 32 % ir 11 %; $P < 0,001$, bei bandymas didinti savo patrauklumą partneriui – 20,2 % ir 9,8 %; $P < 0,01$. Tuo tarpu tokios strategijos kaip reikalavimas įsipareigoti santykiams, santykių nutraukimo svarstymas ar pasitikėjimas artimaisiais pasireiškė panašiu dažniu abiejose lyčių grupėse. Dalis tiriamųjų taip pat naudojo perkeltines įveikos strategijas, pavyzdžiui, išlaidavimą, alkoholio vartojimą ar „komfortinį valgymą“; jas nurodė apie 12–15 % respondentų [124].

Rečiau pasitaikė tiesioginis susidūrimas su tariamu varžovu ar jo menkinimas, o profesionalios pagalbos, pavyzdžiui, konsultavimo, kreipėsi tik 3,4 % tiriamųjų. Nors grasinimai ar fizinė agresija buvo reti, jie išlieka kliniškai reikšmingi, nes rodo, kad net bendruomeninėje imtyje pavydas gali pereiti į rizikingą elgesį.

Mullen tyrimo imtį sudarė 600 asmenų, iš kurių atsakė 351, t. y. 58,5 %. Iš jų 66 tiriamieji, arba 19 %, buvo priskirti aukšto pavydo grupei, apibrėžtai pagal reikšmingai padidintus pavydo balus. Vis dėlto ši grupė neatitinka klinikinio ar kliesinio pavydo diagnostikos kriterijų. Ji veikiau rodo padidintą, galimai kliniškai reikšmingą pavydo lygį bendrojoje populiacijoje [124].

Naujesni bendruomeniniai duomenys taip pat rodo, kad pavydas gali būti susijęs su reikšmingu distresu ir neišpildytu gydymo poreikiu. Åhlén ir bendraautorių tyrime ($N = 1076$) nustatyta, kad nors pavydas kaip emocija yra plačiai paplitęs, kliniškai reikšmingas, su sutrikimu susijęs obsesinis pavydas sudaro tik dalį šio kontinuumo. Apie 25 % dalyvių nurodė jaučiantys poreikį arba galimą poreikį gauti psichologinę pagalbą dėl pavydo, tačiau tik 16 % iš jų buvo anksčiau kreipęsi pagalbos būtent dėl šios problemos. Tai ypač reikšminga, nes net 75 % šių asmenų jau buvo turėję kontaktą su psichikos sveikatos specialistais dėl kitų sunkumų. Vadinasi, egzistuoja grupė asmenų, kurių pavydas yra kliniškai svarbus, bet nepakankamai atpažįstamas ir gydomas [107].

Åhlén tyrime obsesinio pavydo intensyvumas buvo stipriai susijęs su funkciniu sutrikimu įvairiose gyvenimo srityse ($r \approx 0,53$ – $0,64$) ir verbaline agresija ($r = 0,51$), o silpnesni ryšiai nustatyti su fiziniu smurtu ($r = 0,17$) ir alkoholio vartojimu ($r = 0,13$). Ypač svarbu tai, kad stipriausias ryšys nustatytas su ankstesne pavydo patirtimi, kurios efekto dydis siekė iki $d = 2,04$. Tai leidžia manyti, kad obsesinis pavydas bent iš dalies pasižymi stabilumu ir gali būti panašus į asmenybės bruožą, o ne vien į situacinę reakciją. Vis dėlto šis tyrimas buvo bendruomeninis skerspjūvio pobūdžio ir dėl nereprezentatyvios imties, suformuotos kviečiant dalyvius per socialinius tinklus, negali būti laikomas visaverčiu epidemiologiniu tyrimu [107].

3.9.10. Socialinis ir Lietuvos kontekstas

Socialinis kontekstas taip pat gali turėti reikšmės liguisto pavydo raiškai. Shepherd pažymi, kad kliesinio pavydo rizika gali didėti sudėtingais socialiniais laikotarpiais, pavyzdžiui, po karų ar

ekonominių krizių, kai fiksuojamas su pavydu susijusių nusikaltimų ir klinikinių atvejų augimas [2]. Ši pastaba svarbi todėl, kad pavydas nėra vien individualios psichopatologijos simptomas. Jo raiškai įtakos gali turėti ir socialinė įtampa, nesaugumas, partnerystės normų kaita bei ekonominis nestabilumas.

Lietuvoje kliesinio pavydo paplitimas yra menkai ištirtas. Vis dėlto tam tikrų įžvalgų suteikia tyrimai su psichoziniais pacientais. Rudalevičienė nustatė, kad net 81,3 % šizofrenija sergančių Lietuvos pacientų teigiamai atsakė į klausimą apie partnerio „išdavystę“ („ar manėte, kad jūsų partneris išdavė jus, nors ji(-is) visuomet tai tvirtai neigė?“). Šį rodiklį būtina interpretuoti atsargiai, nes klausimo formuluotė nebuvo specifiška seksualinei neištikimybei ir galėjo atspindėti platesnį paranojinių ar santykinių kliesių turinį, o ne siaurąją prasme suprantamą kliesinį pavydą. Vis dėlto šie duomenys rodo, kad įtarumo, santykių ir galimos partnerio išdavystės tematika Lietuvos klinikinėje populiacijoje gali būti dažna [135].

Taigi Otelio sindromo paplitimas turi būti suprantamas kaip problema, kurios negalima išspręsti vien suskaičiuojant diagnozes. Stacionarinėse psichiatrinėse imtyse jis formaliai išlieka retas ir dažniausiai siekia apie 0,5–1,4 % [8]. Tačiau šie skaičiai neapima viso klinikinio lauko. Viena dalis pacientų lieka už ligoninių ribų, kita dalis nepatenka į siaurus diagnostinius kriterijus, o dar kita pasirodo bendruomeniniuose tyimuose ne kaip kliesys, bet kaip obsesinis, kontrolinis ar agresyvus pavydo elgesys. Todėl paplitimo klausimas turi būti keliamas ne tik kiekybiškai, bet ir struktūriškai: nuo normalaus pavydo, obsesinės abejonės ir pervertintos idėjos iki kliesinio įsitikinimo bei smurtinio elgesio rizikos. Būtent šiame kontinuumo OS įgyja savo klinikinę reikšmę.

3.9.11. Amžius

Amžiaus veiksnys Otelio sindromo paplitimo kontekste nėra vienareikšmis. Skirtingi tyrimai rodo gana plačią pasireiškimo amplitudę – nuo jaunų suaugusiųjų iki senyvo amžiaus pacientų, todėl tiksliau kalbėti ne apie vieną „tipinį“ amžių, bet apie skirtingus etiologinius profilius. Klasikinėje literatūroje dažniausiai minimas pasireiškimo amžius svyruoja maždaug tarp 35 ir 45 metų, [15] o ambulatoriniame Singh ir bendraautorių tyrime vidutinis pacientų amžius siekė apie 36,44 metų (SD = 13,12) [132]. Bendruomeniniame Mullen ir bendraautorių tyrime jaunesnis nei 30 metų amžius buvo siejamas su didesniu patologinio pavydo lygiu, tačiau šis ryšys labiau atspindi platesnį pavydo elgesio ir santykių nesaugumo lauką, o ne siaurąją prasme suprantamą kliesinį pavydą [124].

Kita vertus, klinikiniai ir neuropsichiatriniai duomenys rodo aiškią tendenciją į vėlesnį amžių. Didelėje Soyka retrospektyvinėje psichiatrinų pacientų imtyje vidutinis kliesinio pavydo pacientų amžius buvo apie 47 metus ir reikšmingai nesiskyrė nuo bendros psichiatrinės imties, todėl autoriai nedarė išvados, kad šis sindromas būtų specifiskai susijęs su viena amžiaus grupe [130]. Tačiau Park ir bendraautorių sisteminėje apžvalgoje, kurioje didelę dalį sudarė neurologinės,

medicininės ir medikamentinės kilmės atvejai, vidutinis pacientų amžius buvo gerokai didesnis – 58,2 metų. Tai leidžia manyti, kad vyresnis amžius ypač svarbus tais atvejais, kai OS susijęs su cerebrovaskuliniais pažeidimais, Alzheimerio liga, kitomis neurodegeneracinėmis būklėmis ar dopaminerginiu Parkinsono ligos gydymu [8]. Šią kryptį papildė demencijos kohortos duomenys: tyrime, kuriame analizuoti 208 demencija sergantys ir sutuoktinį turintys pacientai, kliesesinis pavydas nustatytas 18 pacientų, t. y. 8,7 % imties. Simptomas buvo ypač dažnas Lewy kūnelių demencijos grupėje – 26,3 %, palyginti su 5,5 % Alzheimerio ligos grupėje, todėl demencijos tipas gali būti reikšmingas kliesesinio pavydo atsiradimui ir klinicinei eigai [136].

Skirtumus tikriausiai paaiškina etiologinis heterogeniškumas. Jaunesniame amžiuje patologinis pavydas dažniau siejasi su santykių dinamika, asmenybės bruožais, afektiniu nestabilumu ar psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu, o vyresniame amžiuje vis didesnę reikšmę įgauna organiniai, neurodegeneraciniai ir medikamentiniai veiksniai. Tai patvirtina ir neurologinės krypties tyrimai: Graff-Radford ir bendraautorių analizėje vidutinis simptomų pradžios amžius siekė net apie 68 metus, o dauguma atvejų buvo susiję su neurologinėmis ligomis ar smegenų pažeidimais [137]. Svarbus ir simptomų trukmės aspektas. Park ir bendraautorių apžvalgoje vidutinė Otelo sindromo trukmė iki klinikinio įvertinimo siekė apie 39,5 mėnesio, t. y. daugiau nei trejus metus. Pirminių psichikos sutrikimų grupėje ji buvo dar ilgesnė – apie 94,3 mėnesio. Tai rodo, kad dalis atvejų vystosi lėtai, ilgai lieka neatpažinti ir gali būti interpretuojami kaip „charakterio bruožas“, santykių konfliktas ar perdėtas pavydumas. Priešingai, organinės ar medikamentinės kilmės atvejais, pavyzdžiui, po insulto arba pradėjus dopaminerginį gydymą, simptomai gali atsirasti staigiau ir greičiau patekti į klinikinio dėmesio lauką [137].

Todėl amžius neturėtų būti laikomas savarankišku OS prediktoriumi. Jis veikiau padeda orientuotis etiologinėje diagnostikoje: jaunesniems pacientams svarbiau vertinti psichozinio spektro, afektinius, asmenybės ir medžiagų vartojimo veiksniai, o vyresniems – demenciją, insultą, kitus smegenų pažeidimus ir vaistų poveikį. Taigi amžiaus duomenys paplitimo skyriuje svarbūs ne tiek epidemiologiškai, kiek diferencinės diagnostikos požiūriu.

3.9.12. Lytis

Lyčių skirtumai Otelo sindromo ir kliesesinio pavydo kontekste nėra vienareikšmiai. Klinikinėje literatūroje dažnai teigiama, kad kliesesinis pavydas dažniau nustatomas vyrams, tačiau šis vyrų dominavimas greičiausiai atspindi ne vien realų paplitimo skirtumą, bet ir didesnę klinikinį bei teismo psichiatrijos matomumą. Kitaip tariant, vyrai dažniau patenka į gydymo ar teisinio vertinimo lauką todėl, kad jų pavydas dažniau susijęs su išoriškai pastebimu kontroliuojančiu elgesiu, grasinimais, smurtu, alkoholio ar kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu [12,122].

Hospitalinėse imtyse ši tendencija gana aiški. Soyka ir bendraautorių retrospektyviniame tyrime vyrai sudarė 59,7 % kliesesinio pavydo atvejų, moterys – 40,3 % [130]. Park ir bendraautorių

sisteminėje 73 Otelo sindromo atvejų apžvalgoje taip pat nustatytas vyrų dominavimas: vyrų ir moterų santykis siekė 1,88 : 1 [8]. Panašiai Parkinsono ligos kontekste Kataoka ir Sugie apžvelgtoje imtyje vyrų buvo maždaug dvigubai daugiau negu moterų – 45 vyrai ir 22 moterys [138]. Šie duomenys leidžia teigti, kad sunkesnėse, kliniškai matomose ir neuropsichiatrinėse OS formose vyrai dažniau dominuoja.

Vis dėlto bendruomeniniai ir neklinikiniai tyrimai tokio aiškaus skirtumo nepatvirtina. Mullen ir bendraautorių bendruomeniniame tyrime statistiškai reikšmingų bendro pavydo lygio skirtumų tarp vyrų ir moterų nenustatyta [124]. Åhlén ir bendraautorių obsesinio pavydo tyrime taip pat nenustatyta reikšmingų lyčių skirtumų ($p = 0,27$) [107]. Marazziti ir bendraautorių Italijos imtyje padidėjęs nepsichiatrinis pavydas net tiek dažniau pasireiškė moterims negu vyrams, tačiau skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas [39]. Todėl galima manyti, kad bendras pavydo patyrimas populiacijoje nėra aiškiai „vyriškas“ fenomenas; vyriškas dominavimas labiau išryškėja tada, kai kalbama apie kliesdines, smurtines, hospitalizuotas ar teismo psichiatrijos požiūriu reikšmingas formas.

Lyčių skirtumai gali būti susiję ne tik su dažniu, bet ir su pavydo turiniu bei raiška. Kai kuriuose tyrimuose nurodoma, kad vyrai dažniau reaguoja į seksualinę neištikimybę, o moterys – į emocinę neištikimybę [48]. Mullen tyrime dažniausia pavydo priežastis buvo baimė prarasti partnerį, ją nurodė 65 % tiriamųjų; vyrai šią baimę minėjo reikšmingai dažniau nei moterys – 70,4 % ir 59 % ($\chi^2 = 4,22$; $p < 0,05$) [124]. Praktiniu požiūriu tai gali reikšti, kad vyrų kliesdinis pavydas dažniau struktūruojamas aplink partnerės seksualinės neištikimybės, varžovo ir statuso praradimo temas, o moterų pavydas dažniau gali būti susijęs su emocinio ryšio, prisirišimo ir santykio saugumo klausimais.

Svarbu ir tai, kad lyties poveikį gali stipriai keisti etiologija. Vyrų dominavimas dalyje klinikinių imčių gali būti susijęs su didesniu alkoholio, amfetaminų ar kokaino vartojimu, taip pat su didesniu smurtinio elgesio dažniu [12]. Tuo tarpu kai kuriuose tyrimuose, ypač kai alkoholio veiksnys eliminuojamas arba kai vertinamos platesnės patologinio pavydo formos, moterų dalis gali padidėti [128]. Todėl lytis nėra savarankiškas ir pakankamas rizikos paaiškinimas: ją reikia vertinti kartu su psichoaktyviųjų medžiagų vartojimu, psichoziniais sutrikimais, organiniais pažeidimais, kultūriniu kontekstu ir santykių dinamika.

Lietuvos duomenys taip pat labiau atspindi bendrą romantinio pavydo, o ne siauro kliesdinio pavydo paplitimą. Jaunų suaugusiųjų tyrime ($n = 202$) vidutinė ar aukšta romantinio pavydo raiška nustatyta 74,3 % tiriamųjų, o ryškiausiai pasireiškė emocinis pavydas – 74,8 %. Moterys statistiškai reikšmingai stipriau nei vyrai išreiškė emocinį pavydą ($p = 0,008$), o bendras pavydas buvo silpnai, bet reikšmingai susijęs su mažesniu pasitenkinimu santykiais ($p = -0,20$) [18]. Šie rezultatai negali

būti tiesiogiai taikomi Otelo sindromui, tačiau jie rodo, kad neklinikinėje populiacijoje pavydo reiškia nebūtinai yra dažnesnė vyrams.

Apibendrinant, lytis OS paplitime veikia ne kaip paprastas biologinis prediktorius, bet kaip klinikinio matomumo, rizikos ir etiologijos tarpininkas. Bendroje populiacijoje pavydas gana panašiai paplitęs tarp vyrų ir moterų, o kai kuriose imtyse net ryškesnis moterims. Tačiau kliesesinio pavydo, hospitalizacijos, neurologinių atvejų, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo ir smurto kontekste dažniau matomas vyrų dominavimas. Todėl paplitimo skyriuje lyčių skirtumus reikėtų pateikti atsargiai: vyrai dažniau pasirodo sunkesnėse klinikinėse ir teismo psichiatrijos imtyse, bet tai nebūtinai reiškia, kad pats pavydas kaip psichologinis reiškinys yra dažnesnis vyrams.

3.10. Neurologiniai, organiniai ir psichiatriniai kontekstai

3.10.1. Organinės ir neuropsichiatrinės kilmės reikšmė

Otelo sindromas paprastai siejamas su psichoziniais, afektiniais ar medžiagų vartojimo sutrikimais, tačiau literatūroje nuosekliai pabrėžiama ir jo organinė-neurologinė kilmė. Klinikiniai aprašymai rodo, kad liguistas ar kliesesinis pavydas gali pasireikšti sergant įvairiomis neurologinėmis ligomis, ypač neurodegeneraciniais sutrikimais ir po galvos smegenų kraujotakos sutrikimų [8]. Kaip jau buvo rašoma ankstesniuose skyriuose, kliesesys neturėtų būti automatiškai laikomas vien pirminiu kliesesiniu sutrikimu, nes neretai jis gali būti ankstyvas arba ryškus organinės smegenų patologijos simptomas.

Šis poslinkis į organinį aiškinimą svarbus ir istoriškai. Enoch pažymi, kad patologinis pavydas ilgą laiką buvo aiškinamas pirmiausia psichodinamiškai - per nepakankamumo jausmą, nesaugumą ir tarpasmeninio santykio konfliktus. Tačiau vėlesnėje literatūroje vis daugiau dėmesio skiriama galimam organiniam kliesesio pagrindui, o kognityviniai-elgesio modeliai pradedami taikyti ne tik gydymui, bet ir pačiam šios psichopatologijos mechanizmui suprasti [14]. Todėl Otelo sindromą tikslinga laikyti ne vien turinio požiūriu apibrėžtu kliesesiu, bet ir neuropsichiatrinio reiškinio, kurio kilmė gali būti daugialypė.

Dar ankstyvuosiuose darbuose buvo pažymėta, kad liguistas pavydas gali atsirasti įvairių smegenų pataloginių procesų metu: presenilinės demencijos, smegenų arteriosklerozės, Parkinsono ligos, bendrojo progresuojančio paralyžio, smegenų navikų ar kitų organinių būklių kontekste. Shepherd aprašytoje serijoje liguistas pavydas buvo ryškus pacientams, sirgusiems antrine karcinoma, Alzheimerio liga, panhipopituitarizmu, diseminuota skleroze ir smilkininės skilties epilepsija kaip postiktaliniu reiškinio [2]. Enoch taip pat pateikia platesnį organinių būklių spektrą, su kuriuo literatūroje buvo siejamas liguistas pavydas: cukrinį diabetą, tabes dorsalis (užpakalinių nugaros smegenų laidų degeneracija sergant neurosifiliu), galvos smegenų navikus, apsinuodijimą švinu, panhipopituitarizmą, išsėtinę sklerozę, Parkinsono ligą ir presenilines demencijas [14]. Vis dėlto

tokie duomenys pirmiausia remiasi pavieniais klinikiniais atvejais, todėl jie leidžia kelti etiologines hipotezes, bet ne nustatyti aiškų priežastinį modelį.

Smegenų pažeidimo ir pavydo kliesių ryšys nėra dažnas net organinės patologijos kontekste. Didelėje 3552 smegenų pažeidimą patyrusių kariškių serijoje Achte ir kt. (1962) nustatė tik 42 pavydo paranojos atvejus, t. y. apie 1,2 % visos imties [14]. Šis skaičius rodo, kad smegenų pažeidimas gali būti svarbus rizikos veiksnys, bet vien jo nepakanka Otelo sindromui paaiškinti. Tikėtina, kad kliesinis pavydas susiformuoja sąveikaujant neurologiniam pažeidimui, premorbidinėms asmenybės savybėms, psichikos sutrikimų pažeidžiamumui ir socialiniam santykio kontekstui.

Kita vertus, organinė etiologija nebūtinai reiškia, kad smegenų pažeidimas „sukuria“ kliesį iš nieko. Pabrėžiama, kad organinis pažeidimas gali veikti kaip pažeidžiamumą išryškinantis veiksnys: jis susilpnina kontrolės, savistabos ir korekcijos mechanizmus, todėl anksčiau latentiškas pavydumas, įtarumas ar interpretacinis polinkis gali įgyti kliesinę formą [15].

3.10.2. Smegenų pažeidimai, kraujagysliniai atvejai ir funkciniai tinklai

Kraujagyslinės kilmės atvejai leidžia manyti, kad Otelo sindromas dažniausiai siejamas ne su viena specifine smegenų vieta, bet su dešiniojo pusrutulio ir fronto-subkortikinių grandinių disfunkcija. Aprašyti atvejai po dešiniojo dorsolateralinio kaktinės skilties, momeninės skilties, smilkininės srities, gumburo ar dvišalių gumburinių pažeidimų [10]. Viena naujesnių aprašymų OS išsivystė po Peršerono arterijos okliuzijos, sukėlusios dvišalį gumburinį infarktą. Autoriai pažymi, kad poinsultinė psichozė pasireiškia apie 5 % pacientų poūmėje fazėje, o kliesiniai sutrikimai yra dažniausia poinsultinės psichozės forma; tarp jų pavydo kliesys nurodomas kaip antras pagal dažnį po persekiojimo kliesių [10].

Svarbų vaidmenį šiuose modeliuose užima dešiniojo pusrutulio disfunkcija. Ortigue ir kt. apžvalgoje, kurioje nagrinėti 20 neurologinės kilmės spontaninio pavydo atvejų, nustatyta, kad dauguma pacientų turėjo kliesinį pavydą, o smegenų kilmė buvo siejama su dešiniojo pusrutulio kraujagysliniais pažeidimais, smegenėlių infarktais, vidurinių smegenų-gumburinėmis išemijomis, Parkinsono liga, uodžiamųjų smegenų pažeidimais ar medikamentiniu gydymu. Autoriai pabrėžia, kad dešinysis pusrutulis svarbus ne tik emocijoms apskritai, bet ir neigiamų emocijų, klaidingų įsitikinimų bei kitų žmonių veiksmų ir ketinimų interpretavimo mechanizms. Remiantis pusrutulio specializacijos ir inhibicijos teorijomis, galima kelti hipotezę, kad pažeidus dešinįjį pusrutulį, kairysis pusrutulis gali „verbalizuoti“ klaidingus suvokimus ir taip prisidėti prie pavydo kliesies formavimosi [106].

3.10.3. Neurodegeneracinės ligos, demencija ir elgesio disinhibicija

Neurodegeneraciniai sutrikimai sudaro kitą svarbią Otelo sindromo organinės kilmės grupę. Cipriani ir kt. nurodo, kad tarp neurologinių sutrikimų turinčių pacientų 76,7 % sirgo

neurodegeneracine liga. Vaizdinių tyrimų duomenimis, Lewy kūnelių demencijos, Alzheimerio ligos, elgesio varianto frontotemporalinės demencijos ir Parkinsono ligos su demencija pacientams, kuriems pasireiškė OS, nustatytas didesnis pilkosios medžiagos praradimas dorsolateralinėse kaktinėse skiltyse, ypač viršutiniuose kaktiniuose vingiuose, ir dešinėje užpakalinėje lateralinėje smilkinio skiltyje, palyginti su panašiais neurodegeneraciniais pacientais be kliesių [123]. Tai sustiprina hipotezę, kad OS gali būti susijęs su tinkliniu, o ne vien lokaliu smegenų pažeidimu. Demencijos kontekste svarbu vertinti ne tik patį pavydo kliesį, bet ir bendrą elgesio slopinimo sumažėjimą bei agresijos riziką. Literatūroje pažymima, kad agresyvus elgesys demencijos metu dažniau pasitaiko vyrams, o nusikalstamas elgesys dažniau registruojamas frontotemporalinės demencijos nei Alzheimerio ligos atveju. Be to, frontotemporalinėje demencijoje destruktivus elgesys dažniau pasireiškia ankstyvose ligos stadijose, o Alzheimerio ligos atveju smurtas labiau būdingas vidurinėms stadijoms [123].

3.10.4. Kitos organinės priežastys: navikai, hidrocefalija, infekcijos, epilepsija

Tinklinio ir frontalinio pažeidžiamumo prielaidą papildoma atvejais, susiję su kaktinių skilčių patologija. Aprašyta 50 metų moteris, kuriai kartu su pavydo kliesiu pasireiškė persekiojimo kliesiai, haliucinacijos ir agresyvus elgesys. Jai nustatyti du navikai kairėje kaktinėje skiltyje, vienas jų sukėlė ryškų masės efektą. Po didesnio naviko pašalinimo pavydo kliesys išnyko, o kiti psichozės simptomai pagerėjo gydant aripiprazoliu [139]. Kitas svarbus atvejis — 61 metų moteris, kuriai OS išsivystė praėjus 16 metų po dešiniojo orbitofrontalinio meningiomos pašalinimo; ji neturėjo nei ankstesnės psichiatrinės anamnezės, nei demencijos požymių [140]. Šie atvejai leidžia manyti, kad ypač frontalinės ir orbitofrontalinės sritys yra svarbios socialinio vertinimo, impulsų kontrolės ir klaidingų įsitikinimų korekcijos mechanizmais.

Vis dėlto vien pažeidimo lokalizacija ne visada paaiškina klinikinį vaizdą. Kai kurie autoriai teigia, kad kliesių atsiradimas gali labiau priklausyti nuo premorbidinės smegenų atrofijos, funkcinio tinklų pažeidimo ar hipoperfuzijos, o ne nuo pažeidimo dydžio ar anatomicinės vietos. Tai ypač matyti Luaute aprašytame atvejuje, kuriame SPECT tyrimas parodė dešiniojo frontalinio skilčio hipoperfuziją po dešiniojo išeminio insulto [141]. Kitaip tariant, Otelo sindromo patogenezėje svarbu ir tai, kaip pažeidimas pakeičia funkcinį smegenų darbą.

Otelo sindromas taip pat aprašytas normalaus slėgio hidrocefalijos atveju. 71 metų moteriai, neturėjusiai psichiatrinės anamnezės ir 50 metų gyvenusiai santuokoje, palaipsniui susiformavo įsitikinimas, kad vyras yra neištikimas ir kad jos pamestas vėrinys buvo padovanotas tariamai varžovei. Vėliau kliesinė sistema plėtėsi. MRT parodė hidrocefaliją dėl Silvijaus akveduko stenoze, buvo atlikta trečiojo skilvelio ventrikulostomija, pagerinusi eiseną ir šlapinimąsi, tačiau pavydo kliesys išliko [142]. Tai rodo disociaciją tarp neurologinių ir psichozinių simptomų: net koregavus hidrocefalinį mechanizmą, kliesinė struktūra gali išlikti. Naujesnėje literatūroje OS

minimas kaip viena iš netipinių idiopatinės normalaus slėgio hidrocefalijos neuropsichiatrinių išraiškų, tačiau pabrėžiama, kad jis ne visada pagerėja po likvoro derivacijos ar šuntavimo [143]. Ypač retas, bet etiologiškai reikšmingas yra OS atvejis, susijęs su smegenų tuberkuloma. Aprašytas 26 metų pacientas, kuriam po dešiniojo frontalinio tuberkulomos pažeidimo išsivystė kliesesinis pavydas: įsitikinimas partnerės neištikimybe, „įrodymų“ paieška, fantastinės paramnezijos, hiperseksualumas ir smurtinis elgesys [144]. Šis atvejis reikšmingas tuo, kad parodo infekcinės CNS patologijos galimybę tiesiogiai generuoti specifinį psichozinį turinį, o ne tik nespecifinę psichozę.

Epilepsijos kontekste OS taip pat aprašomas retai, tačiau literatūroje pabrėžiama, kad neištikimybės kliesesiai gali komplikuoti epilepsijos eigą [73]. Shepherd mini smilkininės skilties epilepsiją kaip postiktalinį reiškinį, susijusį su liguistu pavydu [2]. Lagache aprašė 31 metų pacientą, sirgusį potraumine Bravais-Jackson tipo epilepsija su Weberio sindromu; paroksizmų metu jam pasireikšdavo pavydo būsenos su homoseksualios agresijos kliesesiu, turėjusiu tik minimalų ryšį su paciento asmenybe [23,24]. Naujesnė literatūra taip pat rodo, kad neištikimybės kliesesiai gali pasireikšti tiek epilepsijos psichozių, tiek struktūrinių smegenų pažeidimų, tiek antiepilepsinių vaistų poveikio kontekste. Naujausias tiesioginis pavyzdys yra Toomukuntla aprašytas postinsultinės demencijos ir postinsultinės epilepsijos atvejis, kuriame Geschwindo sindromas buvo komorbidinis Otelo sindromui, o autoriai galimą mechanizmą siejo su smilkinine / limbine disfunkcija [145]. Kitas atvejis aprašė 46 metų pacientą, kuriam OS išsivystė po kairio frontotemporalinio hemoraginio insulto, komplikuoto židinine epilepsija ir status epilepticus epizodais; neuropsichologinis ištyrimas rodė vykdomųjų funkcijų sutrikimą, o kombinuotas farmakologinis ir psichoterapinis gydymas lėmė remisiją [146]. Platesni epilepsijos psichozės duomenys taip pat patvirtina, kad pavydo kliesesiai įtraukiami į galimų epilepsijos psichozės simptomų spektrą: 2025 m. retrospektyviame 882 epilepsija sergančių pacientų tyrime psichozė nustatyta 13 % pacientų, o rizikos veiksniais interiktalinei psichozei buvo smilkininės skilties epilepsija, dažni priepuoliai, hipokampo sklerozė ir kelių antiepilepsinių vaistų vartojimas [147]. Be to, aprašytas OS, sukeltas antiepileptinio vaisto zonisamido, ir organiniai atvejai su priepuoliais, pavyzdžiui, kairio pusrutulio navikų ar dešinės frontalinės tuberkulomos kontekste [139,148]. Specifinių didelių OS epilepsijoje serijų kol kas, nėra.

Apibendrinant, neurologiniai ir organiniai OS atvejai rodo, kad pavydo kliesesys nėra vien „psichologinė“ ar santykių problema. Jis gali atsirasti kaip smegenų kraujotakos sutrikimų, neurodegeneracinių ligų, navikų, hidrocefalijos, epilepsijos, infekcinės CNS patologijos ar medikamentinio poveikio pasekmė. Vis dėlto šie atvejai taip pat parodo, kad smegenų pažeidimas pats savaime nėra pakankamas paaiškinimas: OS greičiausiai kyla iš neurologinio pažeidžiamumo, socialinės interpretacijos, emocinio krūvio, asmenybės struktūros ir psichozinių mechanizmų

sąveikos. Dėl to klinikoje būtina vertinti ne tik kliesesio turinį, bet ir jo atsiradimo laiką, neurologinius simptomus, kognityvinę būklę, vaistų istoriją, smurto riziką ir galimą organinę etiologiją.

3.10.5. Senatvė, demencija ir neurodegeneracinės ligos

Senatvinio pavydo diagnostinė reikšmė

Vyresniame amžiuje Otelo sindromas dažniau įgyja antrinio, organiškai ar neuropsichiatriškai sąlygoto sindromo pobūdį, todėl naujai atsiradęs kliesesinis pavydas senatvėje neturėtų būti automatiškai laikomas pirminiu kliesesiniu sutrikimu. Klinikiškai svarbu pirmiausia įvertinti kognityvinių funkcijų blogėjimą, neurologinius simptomus, vaistų vartojimą, sensorinius sutrikimus, socialinę izoliaciją ir bendrą paciento psichikos būklę. Kitaip tariant, OS tokiaame kontekste išlieka Otelo sindromu fenomenologine prasme, nes jo turinys yra partnerio neištikimybės kliesesys, tačiau diagnostiniu požiūriu jis dažnai suprantamas kaip antrinis reiškinys, susijęs su demencija, neurodegeneracine liga, kraujagysliniu pažeidimu ar medikamentiniu poveikiu [8,122]. Istorikai pavydo idėjos senatvėje buvo pastebėtos gana anksti. Christiansen dar XIX a. pabaigoje aprašė vyresnio amžiaus pacientų įsitikinimus apie sutuoktinio neištikimybę, kurie pasižymėjo menku įtikinamumu, realybės neatitikimu ir nuolatinėmis pastangomis rasti tariamų įrodymų [23]. Vėlesnėje literatūroje taip pat pažymima, kad senatvėje liguistas pavydas kartais gali atrodyti kaip beveik izoliuotas simptomas: pacientas kitais aspektais gali atrodyti santykinai tvarkingas, tačiau labai tvirtai laikytis neištikimybės įsitikinimo. Dėl to tokie atvejai gali būti klaidingai suprantami kaip charakterio, jautrumo ar santykių problema, o ne kaip galimos organinės ar psichozinės patologijos išraiška [2,149]. Eį šį reiškinį siejo ir su senatvėje didėjančiu emociniu reaktyvumu, dėl kurio patologinis pavydas gali įgyti hiperestezinį, labai jautriai ir afektiškai išgyvenamą pobūdį [23].

Demencija ir kognityvinis pažeidžiamumas

Demencija yra viena svarbiausių Otelo sindromo atsiradimo priežasčių vyresniame amžiuje. Tsai ir bendraautorių tyrime iš 133 demencija sergančių pacientų 21, t. y. 15,8 %, pasireiškė kliesesinis pavydas [150]. Šis skaičius rodo, kad pavydo kliesesiai demencijos kontekste nėra vien atsitiktinis ar labai retas reiškinys. Jie gali atsirasti skirtingose ligos stadijose: ankstyviau kaltinimai neištikimybe gali būti epizodiniai, pavyzdžiui, sustiprėti vakarais, o progresuojant kognityviniam deficitui tampa pastovesni, intensyvesni ir sunkiau koreguojami [8,122]. Kognityvinis blogėjimas čia svarbus ne tik kaip bendras fonas, bet ir kaip mechanizmas: silpnėjanti atmintis, vykdomosios funkcijos ir gebėjimas tikrinti socialines interpretacijas gali lemti klaidingą partnerio elgesio, žodžių ar nebuvimo šalia aiškinimą.

Alzheimerio liga šiame kontekste turi ypatingą reikšmę, nes pavydo motyvai minimi jau klasikiniame Auguste Deter atvejuje, kurį aprašė Alois Alzheimeris. Vėlesni autoriai pažymi, kad

Alzheimerio ligos metu gali pasireikšti įvairūs kliesesiai — pavydo, persekiojimo, vagystės, apiplėšimo, nuodijimo ar hipochondrinio turinio idėjos [15]. Svarbu tai, kad demencijoje pavydo kliesesys dažnai nebūna „grynas“: jis gali susipinti su atminties spragomis, konfabulacijomis, hipochondrinėmis preokupacijomis, persekiojimo ar menkavertiškumo idėjomis. Prancūzų psichopatologinėje tradicijoje pabrėžiama, kad tokie kliesesiai gali būti nelogiški, vidujai prieštaringi ir glaudžiai susiję su bendru kognityvinio nykimo kontekstu [23]. Shepherd taip pat pažymi, kad hipochondrinės preokupacijos gali pasirodyti prieš pavydo simptomų pradžią arba kartu su jais [2].

Lewy kūnelių ir frontotemporalinės demencijos aspektai

Lewy kūnelių demencija šiame kontekste svarbi dėl haliucinacijų. Graff-Radford ir bendraautorai aprašė Otelo sindromo atvejus Lewy kūnelių demencijoje ir pažymėjo ryšį su regos haliucinacijomis. Tai svarbu todėl, kad haliucinacinė patirtis gali suteikti kliesesiui tariamo „įrodymo“ pobūdį: pacientas ne tik interpretuoja partnerio elgesį, bet ir gali patirti vaizdinius ar girdimuosius išgyvenimus, kurie sustiprina įsitikinimą neištikimybe. Vis dėlto naujesnė sisteminė apžvalga neidentifikavo Lewy kūnelių demencijos atvejų pagal savo atrankos kriterijus, todėl šią sąsają reikėtų formuluoti atsargiai: ji yra kliniškai reikšminga ir aprašyta ankstesnėje literatūroje, bet duomenų kiekis išlieka ribotas [8,137].

Frontotemporalinės demencijos atvejais Otelo sindromas gali būti kliniškai pavojingesnis dėl elgesio disinhibicijos, impulsyvumo ir socialinės kontrolės silpnėjimo [122]. Todėl demencijoje svarbu vertinti ne tik patį kliesesio turinį, bet ir galimą riziką partneriui ar artimiesiems, ypač kai pacientas gyvena namų aplinkoje.

Rizikos veiksnių sankirta

Senyvo amžiaus pacientams svarbūs rizikos veiksniai yra regos ir klausos haliucinacijos, po demencijos pradžios sustiprėjęs ar dezorganizuotas seksualinis potraukis, partnerio atstūmimas, ankstesnė reali partnerio neištikimybė, sveikatos skirtumai tarp partnerių, depresija, nerimas, socialinė izoliacija, vienišumas, gedulas ir premorbidinės asmenybės ypatumai [122]. Šie veiksniai rodo, kad senatvinis OS yra ne vien neurologinis simptomas. Jis formuojasi biologinio pažeidžiamumo, kognityvinio nykimo, emocinio nesaugumo ir santykių situacijos sankirtoje.

Klinikinis įvertinimas vyresniame amžiuje

Klinikiniu požiūriu ypač svarbu tai, kad naujai atsiradęs pavydas vyresniame amžiuje turėtų kelti įtarimą dėl demencijos ar kitos organinės patologijos. Tai nereiškia, kad kiekvienas pavydas senatvėje yra demencijos požymis, tačiau staigus, pacientui nebūdingas, tvirtas ir realybei neadekvatus įsitikinimas partnerio neištikimybe turėtų paskatinti atlikti kognityvinį, neurologinį ir medikamentų vartojimo įvertinimą [122]. Park ir bendraautorai pažymi, kad OS didžiųjų neurokognityvinių sutrikimų kontekste gali pasireikšti bet kurioje ligos stadijoje, tačiau

ankstyvesnėse stadijose atsiradę simptomai gali geriau reaguoti į farmakologinį gydymą nei tie, kurie išryškėja vidurinėse ar vėlyvose stadijose [8]. Todėl ankstyvas atpažinimas turi ne tik diagnostinę, bet ir prognostinę reikšmę.

Taigi vyresniame amžiuje pasireiškiantis OS turėtų būti vertinamas kaip galimas organinės ar mišrios kilmės simptomas, ypač kai jis atsiranda naujai, neatitinka ankstesnės asmenybės ir progresuoja kartu su kognityviniais ar elgesio pokyčiais [8,122,137].

3.10.6. Alkoholio vartojimas ir kliesinis pavydas: istorinės koncepcijos, tipologijos ir šiuolaikiniai duomenys

Istorinės koncepcijos (Krafft-Ebing, Kraepelin, Bleuler)

AUD laikomas viena nuosekliausiai aprašytą su medžiagų vartojimu susijusių būklių. Ši sąsaja pastebėta dar XIX a. ir sistemingiau išplėtotą Richard von Krafft-Ebing, kuris liguistą pavydą daugiausia laikė „vyriška“ reakcija – iš dalies dėl gerokai didesnio alkoholizmo paplitimo tarp vyrų [151].

Emil Kraepelin (1904) pavydą traktavo ne kaip specifinį vienos ligos požymį, bet kaip svarbų kliesinio turinio variantą, turintį reikšmingą diagnostinę vertę, ypač lėtinio alkoholizmo kontekste. Jis pabrėžė, kad santuokinės neištikimybės kliesys nėra patognominis vienai psichozei, nes gali pasireikšti įvairių sutrikimų metu, tačiau praktikoje jis ypač dažnas alkoholizmo, senatvės ir kokainizmo atvejais. Esminiu momentu Kraepelinui tampa tai, kad tokie kliesiniai kyla iš nereikšmingų ar objektyviai nepagrįstų „įrodymų“, kurie interpretuojami per jau egzistuojančio patologinio įtarimo prizmę. Taigi pavydas čia suvokiamas kaip liguistai susiformavęs įsitikinimas, kylantis ne iš tikrovės, o iš patologinio psichinio proceso. Kraepelinas taip pat akcentavo šio simptomo pavojų: alkoholikams liguistas pavydas dažnai koreliuoja su moralinių ir charakterio savybių regresija – didesniu egoizmu, žiaurumu, brutaliu elgesiu šeimoje. Dėl to jis laikomas ne tik diagnostiniu, bet ir rizikos žymeniu smurtui prieš partnerę, ypač turint omenyje, kad pacientai dažnai neigia tiek savo alkoholizmą, tiek patologinį įtarumą [152]. Taip pat Kraepelinas alkoholizmo ir patologinio pavydo ryšį aiškino per sutuoktinių santykių dezintegraciją: ilgalaikis girtavimas ardo emocinį ryšį, didina nepasitikėjimą ir konfliktus, o iš šio susvetimėjimo gali išaugti patologinis pavydas [2].

Dar radikalesnę poziciją išreiškė Eugen Bleuler (1911), kuris abejojo „alkoholinės paranojos“ kaip atskiros diagnostinės kategorijos pagrįstumu. Jo teigimu, dauguma tokių atvejų iš tikrųjų atitinka šizofreniją, o alkoholis veikia tik kaip gretutinis arba simptomus modifikuojantis veiksnys. Bleuler pabrėžė, kad jei pavydas yra tikrai sąlygotas alkoholio, jis turėtų išnykti nutraukus vartojimą; priešingu atveju tikėtina, kad kalbama apie pirminį psichozinį procesą. Be to, Bleuler atkreipė dėmesį į afektinį komponentą: liguistas pavydas nėra vien kognityvinė klaida ar „šaltas“ kliesys,

bet emocijų (pavydo, pykčio, baimės) kompleksas, kuris išreiškia gilesnius psichinius poreikius ir konfliktus [153].

Klasikinės klinikinės įžvalgos (Lewis)

Klasikinį alkoholizmo ir pavydo kliesių ryšio vaizdą apibendrina A.J. Lewis (1938), pažymėdamas, kad lėtiniai alkoholikai gali išvystyti pavydą be aiškos ūmios haliucinozės fazės: iš pradžių įtarimai pasireiškia tik intoksikacijos metu, tačiau ilgainiui, stiprėjant įtarumui ir bandymams „demaskuoti“ partnerio neištikimybę, jie virsta tvirtais kliesiniais įsitikinimais, išliekančiais ir blaivybės laikotarpiais. Tokiais atvejais pacientas linkęs kaltinti partnerę neištikimybėje su artimos aplinkos asmenimis, reikalauti prisipažinimo ir neretai elgtis agresyviai, sukeldamas realų pavojų jos saugumui. Lewis taip pat pabrėžė galimą etiologinę reikšmę tokiems veiksniams kaip mažėjantis seksualinis pajėgumas, seksualinis neprisitaikymas, kaltės jausmas bei neigiama partnerės reakcija į girtavimą. Vis dėlto svarbu, kad tas pats autorius akcentuoja: kliesinis pavydas gali išsivystyti ir blaiviems asmenims vėlesniame amžiuje, todėl alkoholis negali būti laikomas universalia visų tokių psichozių priežastimi, net esant alkoholizmo anamnezei [2].

Tipologijos (Kolle, Lagache, Shepherd)

Vėlesni autoriai siekė tiksliau diferencijuoti alkoholizmo ir liguoto pavydo ryšį. K. Pohlisch (1927) analizavo šių būsenų sąsają su paranoidine konstitucija, o Daniel Lagache (1947) aprašė aštuonis skirtingus reakcijų tipus tarp alkoholikų, teigdamas, kad alkoholis nėra priežastis, o tik išryškina jau esamą polinkį [2,87]. Vis dėlto tuo laiku sistemiškiausią klasifikaciją pasiūlė Kolle (1932), remdamasis Kurt Schneider klinikinėmis įžvalgomis. Jis išskyrė tris pagrindines grupes: „pavydžio gėrėjo“, „egzogeninę“ (susijusią su alkoholio sukeltu organiniu smegenų pažeidimu) bei „kliesinio gėrėjo“ reakciją. Papildoma, ketvirta kategorija – organiškai sąlygoti atvejai – buvo reta ir daugiausia nustatyta vyresniame amžiuje. Svarbiausia diagnostinė skirtis ta, kad tik trečioji grupė pasižymėjo pirminiu kliesiniu procesu, artimu šizofreniniam spektrui. Tuo tarpu pirmosiose dviejose grupėse dominavo ne kliesiai, o padidėjęs įtarumas ir „budrus nepasitikėjimas“, kuris galėjo sustiprėti intoksikacijos metu, bet neturėjo autonomiško psichozinio pobūdžio. Ilgalaikiai stebėjimai patvirtino šių grupių skirtumus. „Pavydieji gėrėjai“, stebėti iki 23 metų, neparodė progresijos į psichozę, o daliai jų nutraukus alkoholio vartojimą simptomai silpnėjo; įdomu, kad reikšminga dalis jų išsiskyrė su partneriais. Priešingai, „egzogeninių“ ir „kliesinių“ gėrėjų prognozė buvo blogesnė: būdingas didesnis mirtingumas, o pastarojoje grupėje dažnai išsivystė aiškos šizofreninės būklės. Surinkta šeimyninė analizė leido Kolle daryti prielaidą kad kliesinis pavydas kai kuriems pacientams greičiau buvo susijęs su įgimtu (genetiniu) polinkiu į psichozę, o ne tik alkoholio poveikiu. Taip pat svarbus Michael Shepherd indėlis, kuris, analizuodamas neatrinktą psichiatrinių pacientų imtį, nustatė, kad tik nedidelė jų dalis iš tikrųjų turėjo aiškių

perteklinio alkoholio vartojimo požymių. Be to, tik pavieniais atvejais buvo stebimas tiesioginis ryšys tarp gėrimo epizodų ir pavydo simptomų atsiradimo; daugeliu atvejų pavydas nebuvo stipresnis nei tarp saikingai vartojančių asmenų [2].

Epidemiologija ir šiuolaikiniai tyrimai

Nors istoriškai alkoholis buvo laikomas centriniu liguisto pavydo veiksnium, vėlesni epidemiologiniai tyrimai šį ryšį reikšmingai problematizuoja. Pavyzdžiui, bendruomeniniame Mullen ir kt. (1994) tyrime nustatyta, kad vyrams pavydas apskritai pasireiškia dažniau, tačiau pats alkoholio vaidmuo išlieka neaiškus ir negali būti laikomas savarankišku paaiškinimu [124]. Panašiai ir vėlesnėje Soyka (2011) analizėje pažymima, kad nors alkoholizmas dažnai aptinkamas tarp pacientų su kliesesiniu pavydu, tiesioginis priežastinis ryšys nėra patikimai įrodytas, todėl alkoholis veikiau turėtų būti laikomas gretutiniu ar modifikuojančiu veiksnium, o ne pirminė etiologija [130]. Šios išvalgos sutampa su platesne klinicine tradicija, kuri pabrėžia, kad alkoholis dažnai „uždengia“ ar išryškina jau egzistuojantį psichopatologinį procesą, bet jo nesukuria iš nieko.

Šią kryptį sustiprina ir naujesni duomenys. Park ir kt. (2024) sisteminėje apžvalgoje nustatė, kad alkoholio vartojimo sutrikimas (AUD) yra dažniausia psichiatrinė komorbidinė būklė tarp Otelio sindromo pacientų (12 %), o dažniausias psichinis simptomas – depresinė nuotaika (19 %). Tačiau svarbu, kad jų analizėje AUD nė karto nebuvo įvardytas kaip pagrindinė sindromo priežastis – jis nuosekliai traktuojamas tik kaip prisidedantis veiksnys [8]. Be to, ankstesni tyrimai rodo, kad OS gali išlikti net ir pasiekus abstinenciją, kas dar labiau silpnina grynai „alkoholinės etiologijos“ hipotezę [114].

Remiantis naujesnėmis apžvalgomis, alkoholis vis dėlto turi svarbų biologinį poveikį - daugiau nei 70 % lėtiniu alkoholio vartojimo sutrikimu sergančių asmenų nustatomi struktūriniai smegenų pakitimai [154]. Tai leidžia manyti, kad organiniai smegenų pažeidimai gali veikti kaip svarbus patogenezės komponentas, ypač sąveikoje su psichologiniais ir asmenybės veiksniais.

Vis dėlto epidemiologiniai duomenys išlieka nevienareikšmiai. Kai kuriuose tyrimuose tarp alkoholi vartojančių asmenų patologinio pavydo dažnis siekia net 27 % vyrų ir 15 % moterų, tuo tarpu kituose – pavyzdžiui, Indijos imtyje – nurodomas gerokai mažesnis paplitimas (7,59 %) [132,155]. Tokie skirtumai rodo metodologinių kriterijų nevienodumą bei skirtingą liguisto pavydo apibrėžimą.

Svarbų indėlį į liguisto pavydo fenomenologijos supratimą pateikia Michael ir kt. (1995), kurie trejus metus stebėjo 207 alkoholio priklausomus vyrus. Jų tyrime nustatyta, kad liguistas pavydas pasireiškė net 34 % pacientų (71 iš 207), tačiau tik nedidelė dalis jų turėjo klasikinį kliesesį.

Didžioji dauguma pasižymėjo nekliesesinėmis, bet kliniškai reikšmingomis pavydo formomis. Be to, išskirtos dvi grupės: vieniems pavydas pasireiškė tik intoksikacijos metu (28 %), o kitiems išliko ir blaivybės laikotarpiais (72 %), kas rodo, kad daugeliu atvejų tai nėra vien laikinas alkoholio

poveikio fenomenas. Taip pat nustatyta, kad pastarojoje grupėje simptomai atsiranda anksčiau ir progresuoja greičiau [114]. Papildomai, Soyka ir kt. (1989) išskyrė dvi pagrindines alkoholinio pavydo formas: dažnesnę, lėtai progresuojančią monosimptominę formą ir retesnę, bet sunkesnę – ūmiai prasidedančią su haliucinacijomis, dažnai susijusią su alkoholine haliucinoze. Būtent pastaroji forma pasižymi ypač nepalankia prognoze ir gali priminti šizofreninį procesą [156]. Abiem atvejais dažnai nustatomi kognityviniai bei seksualinės funkcijos sutrikimai, kurie gali papildomai prisidėti prie simptomų formavimosi. Tai iš esmės atliepia Kolle diferencijavimą tarp „pavydžiųjų“ ir „kliedesinių“ gėrėjų bei jo pastebėtą ryšį su šizofreniniu spektru [2].

Apibendrinant, psichiatrijos literatūroje alkoholizmas dažnai siejamas su ligistu pavydu, tačiau šis ryšys nėra vienareikšmis. Istorškai kai kurie autoriai, pvz., Krafft-Ebing alkoholį laikė pagrindiniu etiologiniu veiksnium. Tačiau vėlesni tyrimai ir klinikinės analizės rodo, kad alkoholis dažniau veikia kaip precipituojantis ar modifikuojantis veiksnys, o ne kaip savarankiška priežastis. Tipinė klinikinė eiga pasižymi palaipsniu simptomų vystymusi: nuo epizodinių įtarimų (dažnai naktinių) iki sistemingo ir išplėto kliedesio, kuris gali įgauti absurdiškas formas ir būti lydimas kitų psichopatologinių motyvų. Vis dėlto skirtingų autorių (Lagache, Shepherd, Mooney) analizės sutaria, kad lemiamą vaidmenį dažnai turi individualus pažeidžiamumas – asmenybės struktūra, genetiniai veiksniai ir kiti psichikos sutrikimai, o alkoholis šiuo atveju veikia kaip „paleidžiantis“ mechanizmas [2,24,116].

Todėl šiuolaikiniu požiūriu alkoholizmas turėtų būti vertinamas ne kaip universali ligisto pavydo priežastis, bet kaip vienas iš svarbių rizikos ir moduluojančių veiksnių, kuris gali išryškinti ar sustiprinti jau egzistuojančius psichopatologinius procesus.

3.10.7. Afektiniai sutrikimai

Afektinių sutrikimų kontekste ligistas pavydas laikomas palyginti retu reiškiniu. Epidemiologiniai duomenys rodo, kad jo paplitimas šioje diagnostinėje grupėje yra itin mažas: apie 0,1 % pagal ankstesnius duomenis [157] ir apie 0,3 % vėlesniuose tyrimuose [130]. Šie skaičiai nurodo ne tiek paties reiškinio nebuvimą, kiek jo pasirodymo ribotumą tam tikrame klinikiame lauke, patvirtindami bendresnę tendenciją, kad pavydo kliedesiai žymiai dažniau siejami su kitais psichopatologiniais procesais nei su nuotaikos sutrikimais.

Vis dėlto klinikinė praktika rodo, kad šis reiškinys negali būti laikomas visiškai marginaliniu. Kai kuriuose tyrimuose, ypač skirtinguose kultūriniuose kontekstuose, išryškėja didesnis afektinių sutrikimų vaidmuo. Pavyzdžiui, Singh ir kt. (2017) ambulatorinėje imtyje Indijoje nustatė, kad tarp pacientų, turinčių patologinį pavydą, depresija sudarė apie 30 %, nusileisdama tik šizofrenijai (34 %), o bipolinis sutrikimas – 6 %. Kaip jau matyti iš Singh ir kt. duomenų, depresijos atvejai nebuvo vienalytės struktūros [132]. Tokie duomenys leidžia manyti, kad afektinių sutrikimų reikšmė gali būti nepakankamai įvertinta, ypač kai analizuojamos tik kliedesinės pavydo formos.

Istoriškai pavydo ir nuotaikos sutrikimų ryšys buvo interpretuojamas nevienodai. Dar Robert Burton pavydą siejo su „meilės melancholija“, t. y. emocine būseną, artima depresijai. Tačiau vėlesnėje psichiatrijoje šis ryšys buvo peržiūrėtas kritiškiau. Michael Shepherd pažymi, kad nors kai kurie autoriai linkę nuvertinti šią sąsają, klinikiniai duomenys rodo sudėtingesnę vaizdą: patologinis pavydas gali pasireikšti sunkių depresinių epizodų metu, tačiau jo statusas išlieka dviprasmiškas. Kai kuriais atvejais pavydas yra antrinis depresijai ir išnyksta ją gydant (pvz., po elektros terapijos), kituose - jis atspindi platesnį paranoidinį procesą. Dėl to Shepherd daro išvadą, kad liguistas pavydas dažnai formuojasi mišriuose klinikiškuose kontekstuose, kur persidengia afektiniai ir psichoziniai simptomai [2].

Šį diagnostinį komplikotumą dar labiau atspindi terminologija. Istoriškai vartotas terminas „afektinė psichozė“ apėmė psichozinius nuotaikos sutrikimus – tiek bipolinį sutrikimą su psichoziniais epizodais, tiek didžiąją depresiją su psichozės simptomais. Šiuolaikinėje klinikinėje praktikoje ši sąvoka pakeista tikslesniais apibrėžimais, taip išvengiant pernelyg plataus kategorijų apibendrinimo, kai psichoziniai simptomai nurodomi kaip konkretaus nuotaikos epizodo charakteristika, pvz., „sunkios depresijos epizodas su psichozės simptomais“ (F32.3) ar „bipolinis afektinis sutrikimas, manija su psichozės simptomais“ (F31.2) [109]. Ši diferenciacija svarbi, nes leidžia tiksliau nustatyti, ar pavydo kliesdys yra nuotaikos sutrikimo dalis, ar savarankiškas psichozinis reiškinys.

Svarbus klinikinis aspektas yra ir liguisto pavydo dinamika afektinių sutrikimų metu. Nustatyta, kad jis gali būti ne tik epizodinis, bet ir pasižymėti ilgu latentiniu laikotarpiu. Aprašyti atvejai, kai po kelių dešimtmečių remisijos pavydo simptomai vėl pasireiškia kartu su bipolinio sutrikimo epizodu, kartais lydimi ankstesnio smurtinio elgesio istorijos [158]. Tai rodo, kad patologinis pavydas gali būti ne vien epifenomenas, bet ir tam tikras stabilus pažeidžiamumo žymuo, kuris aktyvuojasi specifinėmis psichopatologinėmis sąlygomis.

Atskiriant kliesdinį sutrikimą nuo afektinių ar kitų psichozinių būklių, esminę reikšmę įgauna simptomų trukmės ir jų tarpusavio santykio analizė. Nurodoma, kad nuotaikos epizodų (pvz., depresijos ar manijos) trukmė turi būti trumpesnė nei kliesdiesio laikotarpis; priešingu atveju, kai afektiniai simptomai sutampa su kliesdiesio struktūra ir ją peržengia laiko požiūriu, diagnozė turi būti vertinama atsargiai. Ši nuostata iškelia esminę diferenciacinę problemą: ar depresija yra pirminė būseną, iš kurios išauga pavydumo idėjos, ar priešingai – ar neištikimybės kliesdys yra pirminis procesas, dėl kurio vystosi depresiniai simptomai [4]. Vienu atveju pavydas gali būti suprantamas kaip afektinės būklės išraiška, kitu – depresija pasirodo kaip reakcija į kliesdiesio turinį ir jo implikacijas. Taigi svarbus tampa ne tik simptomų buvimas, bet jų atsiradimo seka ir santykis su kliesdiesio pastovumu, nes būtent tai leidžia spręsti, ar kalbama apie nuotaikos sutrikimą su psichoziniais simptomais, ar apie santykinai autonomišką kliesdinį procesą [4]. Šią dviprasmybę

atspindi ir empiriniai duomenys. Kai kuriose apžvalgose depresija nurodoma kaip dažniausia gretutinė būklė (pvz., apie 23 % atvejų) [105], o taip pat pabrėžiama, kad iš anksto egzistuojantys sutrikimai, tokie kaip nerimas ar depresija, gali veikti kaip predisponuojantys veiksniai [122]. Tačiau naujesni duomenys rodo kiek kitokią struktūrą: depresija dažniau įvardijama ne kaip komorbidinė patologija, bet kaip simptomas, tuo tarpu, pavyzdžiui, alkoholio vartojimo sutrikimas laikomas dažniausia komorbidine būkle [8]. Toks skirtumas leidžia manyti, kad depresija šiuose kontekstuose neretai žymi ne savarankišką nozologinį vienetą, bet tam tikrą psichopatologinės įtampos išraišką, lydinčią kliesesinį procesą.

Papildomai, bendresni psichikos sveikatos rodikliai rodo, kad patologinis pavydas siejamas su didesniu bendru psichologiniu pažeidžiamumu. Nustatyta, kad asmenys, pasižymintys didesniu pavydu, turi reikšmingai aukštesnius bendro psichikos simptomų lygio rodiklius (GHQ), kurie apima ne tik ūmius, bet ir ilgalaikius simptomus [124]. Tai leidžia pavydą matyti ne izoliuotai, bet kaip įsirašantį į platesnį, ilgiau trunkantį psichinės būklės foną, kuriame depresiniai simptomai gali funkcionuoti tiek kaip predispozicija, tiek kaip pasekmė.

Apibendrinant galima teigti, kad nors afektiniuose sutrikimuose liguistas pavydas nustatomas retai, jo klinikinė reikšmė yra didesnė, nei leistų spręsti vien paplitimo rodikliai. Jis dažnai pasireiškia kaip ribinis ar persidengiantis fenomenas tarp nuotaikos ir psichozinių sutrikimų, o jo diagnostika reikalauja diferencijuoto vertinimo, atsižvelgiant į simptomų struktūrą, eigą ir kontekstą.

3.10.8. Šizofrenija

Tarp įvairių klinikinių situacijų, kuriose pasirodo kliesesinis pavydas, šizofrenijos ir kitų psichozinių sutrikimų grupėje nustatomas didžiausias šio simptomo paplitimas – apie 1,3 % [130]. Klasikinė psichiatrija pirmiausia apibrėžė per skirtį tarp paranojos ir šizofrenijos, kurios sistemingą formulavimą pateikė Kraepelinas. Jo požiūriu, paranojoje kliesėsiai pasižymi sistemingumu, loginiu nuoseklumu ir tam tikru įtikinamumu, tuo tarpu šizofrenijoje jie dažniau pasirodo kartu su mąstymo dezorganizacija, haliucinacijomis ir platesniu psichikos funkcijų sutrikimu [12]. Ši skirtis leidžia suprasti, kad pavydo kliesesys šizofrenijoje negali būti vertinamas kaip izoliuota idėja, nes jis įsitraukia į bendrą kliesesių, afektų ir reprezentacijų tinklą, kuris sudaro patį psichozinio proceso audinį.

Šią kryptį pratęsė Eugen Bleuler, kuris ne tik įtvirtino šizofrenijos sąvoką, bet ir suteikė jai vidinę struktūrą, susiedamas simptomus su subjekto afektiniu ir asociaciniu gyvenimu. Jis aprašė neištikimybės kliesesius kaip vieną iš galimų šios ligos pasireiškimų ir kartu kritikavo „alkoholinės paranojos“ sąvoką, teigdamas, kad daugeliu atvejų kalbama ne apie alkoholio sukeltą kliesesį, bet apie šizofreniją, kuri pasireiškia asmeniui, vartojančiam alkoholį. Ši pastaba yra svarbi, nes ji leidžia atskirti etiologinį atsitiktinumą nuo struktūrinės būtinybės: jei pavydas išnyksta nutraukus alkoholio vartojimą, jis gali būti laikomas reaktyviu reiškiniu, tačiau jei išlieka, jis priklauso

gilesniam psichoziniam procesui. Dar svarbiau yra tai, kad Bleuleris pabrėžia afektinį šio kliesesio pobūdį: pavydą lydi pyktis, baimė, nesaugumas, ir šie afektai sudaro kompleksą, kuriame kliesesys ne tik išreiškia, bet ir organizuoja subjekto „norą“ [153].

Šiame kontekste Karl Jaspers įveda metodologinę skirtį, kuri leidžia tiksliau apibrėžti šizofrenijos vietą tarp psichopatologinių reiškinių. Jo skirtis tarp „suprantamų“ ir „nesuprantamų“ simptomų rodo, kad šizofrenijos kliesesiai priklauso vadinamajam psichiniam procesui ir negali būti psichologiškai išvesti iš ankstesnės patirties ar asmenybės struktūros [12]. Tuo tarpu paranojiniai kliesesiai dažnai gali būti interpretuojami kaip tam tikra reakcija į aplinkos veiksnius. Ši skirtis sustiprina Kraepelino nustatytą diagnostinę ribą ir leidžia suprasti, kad pavydo kliesesys šizofrenijoje įgyja savitą statusą: jis nėra „suprantamas“ net tada, kai jo turinys atrodo psichologiškai įtikinamas.

Klinikiniai duomenys patvirtina, kad pavydo kliesesys dažniausiai pasireiškia paranoidinėje šizofrenijos formoje, kur jis gali būti susietas su persekiojimo ar didybės idėjomis [12]. Tokiu atveju neištikimybės tema tampa vienu iš mazgų, aplink kuriuos organizuojasi visa kliesesių sistema. Ji gali būti centrinė ir ilgą laiką išlikti kliesesinio proceso ašimi, arba, ligai progresuojant, būti absorbuota platesniame patologinių idėjų lauke. Tai patvirtina ir Shepherd analizė, kuri rodo, kad pavydinis kliesesys gali sudaryti savitą simptomų kompleksą šizofrenijoje: kai kuriais atvejais jis išlieka stabilus ir dominuojantis, kitais – praranda savo išskirtinumą, įsiliedamas į bendrą psichozinę dezorganizaciją [2].

Epidemiologiniai duomenys šiuo klausimu išlieka nevienareikšmiai. Shepherd nustatė, kad apie 14 % pacientų, kuriems buvo nustatyta „paranoja“, „paranoidinė liga“ arba „paranoidinė šizofrenija“, patologinis pavydas buvo vienas iš ryškiausių simptomų [2]. Tačiau skirtinguose tyrimuose pateikiami skirtingi rezultatai: Langfeldt serijoje 5 iš 66 pacientų turėjo šizofreniją, Shepherd – 5 iš 81, Mullen ir Maack – 15 iš 138 [14]. Soyka ir kt. (1991) nustatė, kad pavydo kliesesiai šizofrenija sergantiems pacientams pasireiškia palyginti retai (apie 2,5 %), o vėlesniame Soyka tyrime šis rodiklis buvo dar mažesnis – apie 1,3 %. Tačiau kadangi šizofrenija buvo viena dažniausių diagnozių tiriamųjų imtyje, absoliučiais skaičiais dauguma pacientų, turinčių pavydo kliesesius, priklausė būtent šiai grupei - apie 56 % visų pacientų su pavydo kliesesiu turėjo šizofrenijos diagnozę. Tuo tarpu vėlesniame ir griežčiau standartizuotame Soyka ir Schmidt (2011) tyrime 59,7 % tokių pacientų turėjo psichozinius sutrikimus, tačiau ši grupė apėmė ne tik šizofreniją, bet ir kitus psichozinio spektro sutrikimus, todėl šie rodikliai nėra tiesiogiai palyginami [130,157].

Šie skirtumai rodo, kad pavydinio kliesesio ir šizofrenijos ryšys negali būti suprantamas kaip paprasta statistinė priklausomybė; jis priklauso nuo diagnostinių kriterijų, imties pobūdžio ir paties kliesesio apibrėžimo.

Taip pat svarbu pažymėti, kad neištikimybės kliesdesiai gali pasirodyti skirtingose ligos stadijose: jie gali būti ankstyvas šizofrenijos simptomas arba atsirasti jau progresuojant psichozei. Vis dėlto literatūroje pabrėžiama, kad kliesdesinis sutrikimas retai pereina į šizofreniją, todėl šių būklių negalima laikyti vienos ligos vystymosi etapais [13].

Kita vertus, kai kuriuose tyrimuose šizofrenijos vaidmuo gali būti pervertinamas. Pavyzdžiui, retrospektyvinėje analizėje paranoidinė šizofrenija sudarė iki 60 % atvejų [3]. Tačiau naujesnė sisteminė apžvalga rodo priešingą tendenciją: iš 73 Otelo sindromo atvejų tik 2 buvo susiję su šizofrenija, o dauguma buvo siejama su neurologinėmis, somatinėmis ar medikamentinėmis priežastimis [8]. Šį prieštaravimą galima aiškinti ne tik metodologiniais skirtumais, bet ir tuo, ką pati literatūra linkusi fiksuoti: retesni, „neįprasti“ atvejai publikuojami dažniau nei įprastos psichozinės formos.

Lietuvos duomenys taip pat leidžia manyti, kad šizofrenijos kontekste pavydinio turinio kliesdesiai gali būti dažni, nors jie nebūtinai atitinka siaurą kliesdesinio pavydo apibrėžimą [135].

Apibendrinant galima teigti, kad kliesdesinis pavydas šizofrenijoje negali būti redukuotas nei į paprastą simptomą, nei į vienareikšmę diagnostinę kategoriją. Jis pasirodo kaip struktūrinis reiškinys, kuris, priklausomai nuo ligos eigos ir subjekto padėties, gali būti tiek centrinis, tiek periferinis, tiek stabilus, tiek kintantis. Būtent šioje įtampoje tarp turinio (neištikimybės idėjos) ir struktūros (psichozinio proceso) atsiskleidžia jo klinikinė reikšmė.

3.10.9. Parkinsono liga

Otelo sindromas Parkinsono ligos (PL) kontekste apibūdinamas kaip psichozinis sutrikimas, kuriam būdingas nepagrįstas, bet pacientui subjektyviai neabejotinas įsitikinimas partnerio neištikimybe. Nors OS PL sergantiems pacientams laikomas santykinai reta psichozės forma, jo klinikinė reikšmė yra didelė dėl ryškaus poveikio paciento ir partnerio santykiams, elgesiui bei saugumui. Kataoka ir Sugie (2018), apžvelgę 67 PL sergančių pacientų OS atvejus, nurodė, kad sindromas dažniau nustatytas vyrams nei moterims: 45 vyrai ir 22 moterys. Dauguma atvejų pasireiškė vidutinio amžiaus pacientams, o pažintinės funkcijos OS pradžioje dažniausiai buvo iš esmės išsaugotos arba sutrikusios tik nežymiai [138,159–161]. Šios apžvalgos duomenimis, OS paplitimas ankstesnėse PL imtyse svyravo: 5,2 % tarp 116 PL pacientų, 1,1 % tarp 563 nedementiškų PL pacientų ir 2,48 % tarp 805 PL pacientų. Todėl tiksliau teigti, kad ankstesniuose tyrimuose OS dažnis PL populiacijoje dažniausiai buvo apie 1–5 %, tačiau šis įvertis priklauso nuo imties struktūros, demencijos buvimo ar nebuvimo, psichozės vertinimo būdo ir tyrimo metodologijos.

Naujesni duomenys rodo, kad kai kuriose specializuotose klinikinėse serijose OS gali būti nustatomas dažniau. De Michele ir bendraautoriai, ištyrę 153 PL pacientų seriją, identifikavo 11 pacientų, kuriems pasireiškė OS, todėl bendras dažnis šioje imtyje siekė 7,2 %. Vis dėlto šis skaičius neturėtų būti tiesiogiai interpretuojamas kaip bendras OS paplitimas visoje PL

populiacijoje, nes tai buvo specializuoto centro klinikinė serija, o ne reprezentatyvus populiacinis tyrimas. Toje pačioje serijoje OS dažniau nustatytas vyrams, vidutinis OS pradžios amžius buvo $67,7 \pm 4,8$ metų, o dauguma pacientų buvo lengvos ar vidutinės PL stadijos [127,162]. Šie duomenys leidžia daryti atsargią išvadą, kad OS dažniau išryškėja jau ligos eigoje, tačiau gali pasireikšti tiek ankstesnėse, tiek vėlesnėse PL stadijose.

Psichoziniai simptomai PL metu apima platų reiškinų spektrą: regos haliucinacijas, iliuzijas, klaidingą buvimo šalia pojūtį, paranojinius įsitikinimus ir struktūruotus kliesdus. Kliesdai PL atvejais paprastai yra retesni nei haliucinacijos, tačiau jų turinys gali būti įvairus: kaltės, religinės, persekiojimo, santykio, didybės ar pavydo tematikos. Šiame kontekste kliesdinis pavydas išskiriamas kaip viena iš svarbesnių kliesdžio formų PL metu; kai kuriuose šaltiniuose jis apibūdinamas kaip dažniausia kliesdžio forma po persekiojimo kliesdžių. Be to, literatūroje pabrėžiama, kad pacientai, kuriems pasireiškia izoliuoti kliesdai be ryškių haliucinacijų, gali skirtis nuo pacientų, kuriems būdingi ir kliesdai, ir haliucinacijos: jie dažniau būna jaunesni, jų PL prasideda anksčiau, jiems dažniau nustatomi impulsų kontrolės sutrikimai ar dopamino disreguliacijos sindromas, o ryškus kognityvinis deficitas pasitaiko rečiau [127].

Klinikiniai OS duomenys PL kontekste nėra vienareikšmiai, ypač vertinant haliucinacijų reikšmę. Viena vertus, De Michele ir bendraautorių klinikinėje serijoje regos haliucinacijos buvo reikšmingai dažnesnės OS grupėje: jos nustatytos 8 iš 11 OS pacientų ir nė vienam iš suderintos kontrolinės grupės pacientų be OS; skirtumas buvo statistiškai reikšmingas, $p = 0,001$. Depresijos simptomams nustatyta tik tendencija: 7 iš 11 OS pacientų ir 2 iš 11 kontrolinės grupės pacientų, $p = 0,080$ [127,162]. Kita vertus, sisteminės apžvalgos ir atvejų analizės rodo, kad haliucinacijos nėra būtinas OS diagnostinis požymis [8]. Todėl tiksliausia būtų teigti, kad regos haliucinacijos gali būti svarbus gretutinės PL psichozės arba pažeidžiamumo markeris, tačiau jos nėra esminė ar privaloma OS dalis.

Parkinsono liga yra lėtinis neurodegeneracinis sutrikimas, kuriam būdingas dopaminerginių neuronų nykimas nigrostriatinėje sistemoje. Dėl šios priežasties dopaminerginė terapija išlieka pagrindiniu motorinių simptomų kontrolės būdu. Vis dėlto tas pats gydymas, veikdamas ne tik motorines, bet ir mezolimbines bei frontostriatinės dopamino sistemas, gali būti susijęs su reikšmingais nemotoriniais padariniais – impulsų kontrolės sutrikimais, psichoziniais simptomais ir, kai kuriems pacientams, kliesdiniu pavydu. Dopaminerginė terapija yra vienas svarbiausių OS atsiradimą aiškinančių veiksnių, tačiau jos vaidmuo neturėtų būti suprantamas pernelyg supaprastintai. Kataoka ir Sugie (2018) nurodė, kad iš atvejų, kuriuose buvo galima įvertinti ryšį su vaistais, OS buvo susijęs su PL medikacija 25 iš 26 pacientų, ypač su dopamino agonistais. Dažniausiai minimi agonistai yra pramipeksolis, ropinirolis, pergolidas, rotigotinas ar kiti dopaminerginę sistemą veikiantys vaistai [138,159–161]. Tačiau De Michele ir bendraautorių

palyginamojoje analizėje levodopos dozė, dopamino agonistų levodopos ekvivalentinė paros dozė ir bendras dopaminerginis krūvis tarp OS ir kontrolinės grupės reikšmingai nesiskyrė. Tai rodo, kad OS išsivystymo negalima paaiškinti vien didesne levodopos ar bendros dopaminerginės terapijos doze [127].

Šie duomenys leidžia dopaminerginę terapiją aiškinti ne kaip vienintelę OS priežastį, o kaip svarbų rizikos, provokuojantį arba modifikuojantį veiksnių biologškai ir psichologiškai pažeidžiamiesiems pacientams. Tokį aiškinimą palaiko ir tai, kad kai kuriems pacientams OS sumažėjo arba išnyko sumažinus ar nutraukus dopamino agonistų vartojimą, tačiau ne visais atvejais vaistų korekcija buvo pakankama [127,138]. De Michele ir bendraautoriai taip pat kelia prielaidą, kad OS patogenezėje gali būti svarbi ne tik dopaminerginė, bet ir serotonerginė disfunkcija, ypač pacientams, turintiems depresijos, nerimo ar kitų psichikos sutrikimų požymių [127].

Dopamino agonistų ryšys su OS gali būti aiškinamas per jų poveikį atlygio, motyvacijos ir elgesio kontrolės sistemoms. Dopamino agonistai, ypač dažniau skiriami jaunesniems PL pacientams, siejami su impulsų kontrolės sutrikimais, tokiais kaip patologinis lošimas, hiperseksualumas, kompulsyvus apsipirkimas ar persivalgyimas [163]. Šie reiškiniai rodo dopaminergiškai sustiprintą elgesio disinhibiciją, kai padidėja atlygio siekimas, impulsyvus sprendimų priėmimas ir sumažėja gebėjimas slopinti netinkamus veiksmus. Neurobiologiniu lygmeniu svarbus dopamino D3 receptorių vaidmuo, nes jie gausiai susiję su limbinėmis ir frontostriatinėmis sistemomis.

Pramipeksolis ir ropiniolis pasižymi didesniu afinitetu D3 receptoriams, todėl gali labiau veikti motyvacijos, seksualinio elgesio ir atlygio lauką nei vien motorinius simptomus [137,163].

Šiame kontekste Otelo sindromas gali būti suprantamas ne tik kaip izoliuotas psichozinis simptomas, bet ir kaip platesnio dopaminergiškai moduluojamo elgesio sutrikimo dalis. Fusaroli ir bendraautoriai (2024), analizuodami 12 030 756 FAERS saugumo pranešimus, nustatė, kad įtariamas vaistų sukeltas impulsyvumas buvo užfiksuotas 7,49 % pramipeksolio gavėjų pranešimų ir 4,50 % aripiprazolo gavėjų pranešimų. Pramipeksolio grupėje dažniausiai registruoti impulsyvumo pasireiškimai buvo lošimo sutrikimas, hiperseksualumas, impulsyvumas, kompulsyvus apsipirkimas ir hiperfagija [164]. Vis dėlto šiuos procentus būtina interpretuoti atsargiai: FAERS duomenys atspindi ne klinikinį paplitimą realioje gydytų pacientų populiacijoje, o spontaniškai pateiktus įtariamų nepageidaujamų reakcijų pranešimus. Todėl jie naudingi signalams ir klinikinėms sąsajoms identifikuoti, bet negali būti laikomi patikimais sergamumo ar paplitimo įverčiais.

Ypač reikšminga tai, kad Fusaroli ir bendraautorių tinklo analizėje pramipeksolio grupėje buvo išskirtas kliesesinio pavydo, arba Otelo sindromo, pogrupis. Jis buvo siejamas su hiperseksualumu, haliucinacijomis, irzlumu, verkimu ir santuokinėmis problemomis. Bayes tinklo analizėje hiperseksualumas buvo modeliuojamas kaip reiškinys, galimai einantis prieš kliesesinį pavydą ir

vėlesnius santuokinius sunkumus [164]. Vis dėlto ši seka turėtų būti pateikiama kaip hipotezinė klinikinė trajektorija, o ne kaip įrodyta priežastinė grandinė, nes patys autoriai pabrėžia, kad FAERS duomenys neturi pakankamos laiko ir priežastingumo informacijos. Atsargiai formuluojant, šie duomenys leidžia kelti prielaidą apie galimą seką: dopaminerginis gydymas → impulsyvumo ir / arba hiperseksualumo sustiprėjimas → partnerio neištikimybės klideshow → santykių krizė. Socialinės OS pasekmės PL kontekste yra itin svarbios. Klideshow pavydas dažnai tiesiogiai įtraukia partnerį, todėl gali sukelti pakartotinį kaltinimą, sekimą, konfliktus, emocinį distresą, santykių destabilizaciją ir, kai kuriais atvejais, agresyvų ar smurtinį elgesį. Fusaroli ir bendraautorių duomenimis, su pramipeksolio sukeltu impulsyvumu disproporcingai buvo susijęs emocinis distresas, ekonominės problemos, baimė, savižudybės bandymas ir santuokinės problemos [164]. Todėl OS prevencija ir vertinimas neturėtų apsiriboti vien klideshow turinio nustatymu. Klinikinėje praktikoje svarbu aktyviai klausti apie hiperseksualumą, lošimą, kompulsyvų apsipirkimą, finansinius sunkumus, konfliktus su partneriu, emocinį distresą, agresijos riziką ir savižudybės riziką.

Dopamino disreguliacijos sindromas (DDS) yra dar vienas svarbus PL nemotorinis dopaminerginės terapijos padarinys. Jis apibūdinamas kaip į priklausomybę panašus elgesys, kai pacientas savavališkai didina dopaminerginių vaistų dozes, siekdamas palaikyti subjektyviai pageidaujamą psichinę ar motorinę būseną [7]. DDS siejamas su ankstyvesne PL pradžia, vyriška lytimi, nuotaikos sutrikimais, priklausomybių anamneze, impulsyvumu, dirglumu, psichoze ir kartais agresyviu elgesiu. OS šiame kontekste gali išsivystyti kaip viena iš dopaminerginės elgesio disreguliacijos komplikacijų. Todėl vertinant PL sergantį pacientą, kuriam atsiranda klideshow pavydas, svarbu įvertinti ne tik psichozės požymius, bet ir vaistų vartojimo modelį, savavališką dozių didinimą, impulsyvų elgesį ir galimą DDS [7,127].

Gydymo strategijoje pirmiausia rekomenduojama peržiūrėti dopaminerginę terapiją. Daugelyje aprašytų atvejų OS simptomai sumažėjo sumažinus arba nutraukus dopamino agonistą, ypač kai sindromas atsirado po jo paskyrimo ar dozės padidinimo [138,163]. Kataoka ir Sugie apžvalgoje visiems pacientams, kuriems buvo pateikti gydymo duomenys, buvo mažinama ar nutraukiama su OS siejama PL medikacija; daliai pacientų papildomai skirti atipiniai antipsichotikai, dažniausiai kvetiapienas arba klozapinas, o daugumai OS sumažėjo arba išnyko [138]. Vis dėlto gydymas išlieka sudėtingas, nes dopaminerginės terapijos mažinimas gali pabloginti motorinius simptomus, o antipsichotikų parinkimas PL atveju ribojamas dėl galimo parkinsonizmo pablogėjimo. Dėl šios priežasties gydymas turi būti individualizuotas, derinant neurologinį, psichiatrinį ir šeimos / partnerio saugumo vertinimą.

Paciento įžvalga OS epizodo metu paprastai būna ryškiai sutrikusi. Klideshow įsitikinimas pasižymi tipiškomis klideshow savybėmis: subjektyviu neabejotinumu, atsparumu prieštaraujantiems

įrodymams ir elgesio organizavimu aplink klaidingą prielaidą apie partnerio neištikimybę. Vis dėlto kai kuriuose dopamino agonistų sukulto OS aprašymuose nurodoma, kad sumažinus ar nutraukus provokuojantį vaistą dalis pacientų retrospektyviai pripažino savo įsitikinimų nepagrįstumą [137]. Tai rodo, kad vaistų sukeltas ar vaistų sustiprintas OS gali būti bent iš dalies grįžtamas, tačiau klinikinėje situacijoje rizika partneriui ir pačiam pacientui turi būti vertinama dar prieš atsirandant įžvalgai.

Bajeso prognozuojamojo apdorojimo požiūriu Otelo sindromas PL kontekste gali būti aiškinamas kaip sutrikusi išankstinių įsitikinimų ir naujos informacijos integracija. Ankstesnės patirtys, susijusios su neištikimybę, atstūmimu ar nesaugiu prisirišimu, gali suformuoti stiprias neigiamas prielaidas apie partnerio ištikimybę. Dopaminerginio gydymo sąlygomis atsirandantys aberantiniai prognozės klaidos signalai gali suteikti perteklinę reikšmę dviprasmiškiems ar neutraliems dirgikliams, kurie vėliau interpretuojami per jau susiformavusių įtarimų prizmę. Esant vykdomųjų funkcijų sutrikimams, atsako slopinimo sunkumams ir kognityviniams šališkumams, koreguojanti informacija nepakankamai integruojama, todėl gali susiformuoti bajesiskai „optimali“, tačiau realybės neatitinkanti išvada apie partnerio neištikimybę. Vėliau šis įsitikinimas stabilizuojasi, nes nauja patirtis selektyviai interpretuojama kaip patvirtinanti jau susiformavusį klaidę [165]. Foley ir bendraautorai būtent tokį modelį siūlo PL sergančių pacientų OS aiškinimui: ankstesnė romantinės išdavystės ar pavydo patirtis, dopaminergiškai sustiprintos aberantinės prognozės klaidos ir bajesiskai optimizuotas, bet klaidingai nukreiptas samprotavimas kartu gali paaiškinti, kodėl kai kuriems pacientams šis klaidesys tampa toks įtikinamas ir atsparus paneigimui.

Apibendrinant galima teigti, kad Otelo sindromas Parkinsono ligos kontekste yra heterogeniška, daugialypė ir kliniškai reikšminga būklė. Jos etiologijoje sąveikauja dopaminerginės terapijos poveikis, individualus neurobiologinis pažeidžiamumas, psichikos anamnezė, impulsų kontrolės sutrikimai, galimi serotonerginiai ir frontostriatiniai mechanizmai, taip pat tarpasmeninės patirtys ir santykių kontekstas. OS neturėtų būti redukuojamas nei vien į dopamino agonistų šalutinį poveikį, nei vien į neurodegeneracijos padarinį. Tiksliau jį suprasti kaip sindromą, kuris atsiranda pažeidžiamam pacientui susikertant dopaminerginei disinhibicijai, psichoziniam reikšmės priskyrimui, kognityvinės kontrolės susilpnėjimui ir santykių tematikos emociniam krūviui [127,138,164].

3.10.10. Psichoaktyviosios medžiagos

Psichoaktyvių medžiagų vartojimas yra vienas iš svarbių, nors nevienareikšmiškai vertinamų, OS etiologinių veiksnių. Tyrimai rodo, kad tokios medžiagos kaip kokainas ar amfetaminai gali ne tik inicijuoti, bet ir sustiprinti neištikimybės klaidesius, kurie kai kuriais atvejais išlieka ir už ūminės intoksikacijos ribų [1,122]. Tai leidžia manyti, kad šios medžiagos gali veikti ne tik kaip laikini provokuojantys veiksniai, bet ir kaip mechanizmai, destabilizuojantys jau pažeidžiamą psichinę

struktūrą.

Vis dėlto, kai šis reiškinys nagrinėjamas platesniame klinikinių duomenų kontekste, išryškėja jo ribotumas. Jin Hong Park ir bendraautoriai (2024), apžvelgdami klinikinius atvejus, nustatė, kad nors dalis OS atvejų buvo priskirti medžiagų sukeltoms būklėms, dauguma jų buvo susiję ne su nelegalių narkotikų vartojimu, o su dopaminerginių agonistų taikymu Parkinsono ligos gydyme [8]. Tai leidžia daryti išvadą, kad svarbiausias veiksnys nėra pati medžiaga kaip tokia, bet jos poveikis dopaminerginei sistemai. Klasikinės psichoaktyvios medžiagos, tokios kaip kokainas ar amfetaminai, šiame kontekste sudaro tik nedidelę dalį atvejų, o jų sukelti klaidės dažniausiai pasireiškia platesnio psichozinio ar intoksikacinio sindromo rėmuose ir linkę regresuoti nutraukus vartojimą ar koregavus gydymą.

Dopaminerginės sistemos vaidmenį patvirtina ir atskiri klinikiniai stebėjimai. Pastebėta, kad Otelo sindromas gali išsivystyti pacientams, vartojantiems įvairias dopaminą veikiančias medžiagas, įskaitant pramipeksolį, „Adderall“ (raceminį amfetamino ir dekstroamfetamino mišinį) ar metamfetaminą. Šios medžiagos didina dopamino koncentraciją sinapsėse skirtingais mechanizmais, pavyzdžiui, metamfetaminas patenka į nervų galūnes per dopamino pernašos sistemas, keičia jų pH ir skatina dopamino išsiskyrimą iš pūslelių, taip sustiprindamas dopaminerginį signalą [137]. Tokie duomenys leidžia manyti, kad būtent dopaminerginės sistemos hiperaktyvumas gali būti vienas iš pagrindinių biologinių mechanizmų, susijusių su klaidės pavydo formavimusi.

Istorinėje perspektyvoje ryšys tarp psichoaktyvių medžiagų ir liguisto pavydo nėra naujas. Kraepelinas kokainizmą laikė viena iš būklių, glaudžiausiai susijusių su patologiniu pavydu [166]. Vėlesni aprašymai rodo, kad kokaino vartojimo metu klaidės idėjos gali atsirasti staiga, pasižymėti dideliu intensyvumu ir būti susijusios su agresyviu elgesiu, o kai kuriais atvejais išlikti net ir susilpnėjus kitiems intoksikacijos simptomams. Pastebėta ir tai, kad kitų medžiagų, pavyzdžiui, opioidų, vartojimas pats savaime rečiau susijęs su liguistu pavydu, tačiau šis ryšys gali sustiprėti esant kombinuotam vartojimui su alkoholiu ar kokainu. Taip pat aprašyti atvejai, kai neištikimybės klaidės išryškėja tik pradėjus vartoti amfetaminus, net jei prieš tai ilgą laiką dominavo kitos priklausomybės formos [2].

Nepaisant šių duomenų, kai kurių medžiagų indėlis į OS išlieka palyginti nedidelis. Pavyzdžiui, Graff-Radford ir bendraautorių tyrime tik apie 2 % OS atvejų buvo siejami su metamfetamino vartojimu [137]. Tai dar kartą patvirtina, kad nors psichoaktyvios medžiagos gali veikti kaip provokuojantys veiksniai, jos retai yra vienintelė ar pagrindinė sindromo priežastis.

Specifinis dėmesys pastaraisiais metais skiriamas sintetiniams amfetaminams, ypač vadinamajam kaptagonui (fenetilino ir amfetamino deriniui). Nors ši medžiaga oficialiai uždrausta, ji išlieka plačiai vartojama kai kuriuose regionuose, ypač Artimuosiuose Rytuose. Klinikinis tyrimas, atliktas

Saudo Arabijoje, parodė, kad tarp 101 hospitalizuoto paciento, kuriems diagnozuota amfetamino (kaptagono) sukelta psichozė, 26 pacientams (25,7 %) išsivystė neištikimybės kliesdesiai [167]. Įdomu tai, kad ši pacientų grupė pasižymėjo žymiai didesniu skyrybų dažniu (53,8 %, palyginti su 6,7 % kitų kliesdesių grupe), kas leidžia manyti apie ryšį tarp kliesdesinio pavydo ir socialinių pasekmių. Tuo tarpu pagal kitus rodiklius – išsilavinimą, užimtumą, vartojimo pradžios amžių ar dozes – reikšmingų skirtumų nenustatyta, nors pacientai su neištikimybės kliesdesiais buvo statistiškai vyresni [167].

Apibendrinant galima teigti, kad psichoaktyvios medžiagos, ypač veikiančios dopaminerginę sistemą, gali prisidėti prie Otelo sindromo išsivystymo, tačiau dažniausiai jos veikia kaip vienas iš daugelio rizikos veiksnių, o ne kaip savarankiška priežastis. Šių medžiagų poveikis dažniausiai realizuojasi per sudėtingą sąveiką su biologiniu pažeidžiamumu, psichikos sutrikimais ir socialiniais veiksniais, todėl jų vaidmuo turėtų būti vertinamas platesniame biopsichosocialiniame kontekste.

3.11. Otelo sindromo pavojai individui ir visuomenei

Otelo sindromas yra kliniškai reikšminga būklė ne vien dėl paties neištikimybės įsitikinimo turinio, bet pirmiausia dėl jo elgesinių pasekmių. Kai pavydas įgauna kliesdesinį pobūdį, jis nebėra vien subjektyvus afektas ar santykinis nesaugumas, bet tampa fiksuota santykius organizuojančia įsitikinimų sistema, kuri gali virsti kontrole, persekiojimu, fiziniu smurtu, suicidiškumu ir platesniu šeimos destabilizavimu. Turimi duomenys rodo, kad šis pavojus nėra teorinis: 2024 m. sisteminėje apžvalgoje fizinis smurtas nustatytas 25 iš 73 publikuotų atvejų, o stacionarinėje psichiatrijos imtyje agresyvus elgesys kliesdesinio pavydo grupėje fiksuotas 20,8 % atvejų, palyginti su 6,2 % bendroje hospitalizuotų pacientų imtyje [8,130]. Ši apžvalga taip pat leidžia patikslinti, kad smurto rizika nėra vienoda visose etiologinėse OS grupėse: pirminio psichikos sutrikimo kontekste aprašyti atvejai pasižymėjo didesniu fizinės agresijos dažniu negu organinės ar medikamentinės kilmės atvejai [8].

Pavojų lemia ne vien pats įsitikinimo turinys, bet jo nekoreguojamumas, emocinis intensyvumas ir elgesio pasekmės. Partnerio neištikimybė teoriškai gali būti reali, todėl pavydo kliesdesio turinys ne visada atrodo formaliai „neįmanomas“. Tačiau klinikinę riziką lemia tai, kad pacientas savo įsitikinimą laiko neabejotina tiesa, jo negali koreguoti priešingi argumentai, o neutralūs ar dviprasmiški įvykiai įtraukiami į grėsmės sistemą. Dėl šios priežasties vertinant OS būtina klausti ne tik, ar pavydas yra kliesdesinis, bet ir ar pacientas jau veikia pagal šį įsitikinimą: seka partnerį, kontroliuoja jo judėjimą, reikalauja prisipažinimo, grasina, turi ginklų, vartoja alkoholį, yra anksčiau smurtavęs arba kelia partneriui baimę.

3.11.1. Smurtas prieš partnerį

Ryškiausia ir kliniškai svarbiausia OS rizikos kryptis yra smurtas artimoje aplinkoje, pirmiausia prieš partnerį. Stacionariniai duomenys rodo, kad kliesdesinis pavydas siejasi su gerokai dažnesniu

agresyviu elgesiu, tačiau partnerio atžvilgiu nukreiptą pavojų ypač aiškiai atskleidžia klinikinių serijų literatūra. Vienoje dažnai cituojamoje 20 asmenų serijoje 13 tiriamųjų grasino nužudyti sutuoktinį dėl tariamos neištikimybės, 12 realiai sužalojo partnerį, o 3 panaudojo ginklą; iš grasinusiųjų 9 vėliau partnerį užpuolė [3]. Šie duomenys rodo, kad kliesesinis pavydas nėra vien įtarumas ar emocinis perteklius, bet gali materializuotis į tiesioginį smurtinį veiksma, ypač tada, kai pacientas savo įsitikinimą ima laikyti pakankamu pagrindu „nubausti“ ar „sustabdyti“ tariamą išdavystę [1,3].

Platesnė patologinio pavydo literatūra rodo, kad partnerio smurtas nėra vien pavienių kliesesinių atvejų problema. Mullen bendruomeniniame tyrime apie 15 % pavydu pasižymėjusių asmenų nurodė smurtą prieš partnerį [124]. Kingham ir Gordon, remdamiesi British Crime Survey duomenimis, papildomai primena bendrą artimo partnerio smurto mastą: fizinį partnerio smurtą buvo patyrusios 23 % moterų ir 15 % vyrų [1,168]. Šių rodiklių nereikėtų interpretuoti kaip OS paplitimo ar specifinės kliesesinio pavydo rizikos, tačiau jie padeda parodyti platesnį kontekstą, kuriame pavydas, partnerio kontrolė ir smurtas gali persidengti.

Klinikiniai atvejai parodo, kaip toks pavojus formuojasi kasdienio elgesio lygmenyje. Silva ir bendraautorių aprašytame atvejyje pacientas buvo įsitikinęs, kad žmona neištikima su keliais vyrais, įskaitant dukters vyrą; šį įsitikinimą lydėjo nuolatinis vonios plovimas dėl lytiškai plintančių ligų baimės, priešiškas elgesys, grasinimai ir fizinis stumdymas. Šis pavyzdys rodo, kad kliesesinis pavydas pavojingas ne vien kaip abstraktus įsitikinimas, bet kaip elgesio sistema, kurioje „įrodymų“ paieška, baimė, kontrolė ir agresija palaipsniui susijungia.

3.11.2. Grasinimai, persekiojimas ir kontrolė

Otelo sindromo pavojingumas dažnai vystosi ne staiga, o per kontrolės, sekimo ir grasinimų grandinę. Patologinis pavydas praktikoje pasireiškia ne vien įtarimais, bet ir priverstiniu partnerio tardymu, nuolatiniais skambučiais į darbą, netikėtais apsilankymais, daiktų tikrinimu, dienoraščių ar korespondencijos peržiūra, partnerio kūno ir drabužių „įrodymų“ paieška, paslėptų įrašymo priemonių naudojimu ar net privačių detektyvų samdymu. Tokie veiksmai svarbūs ne tik kaip simptominė išraiška, bet ir kaip priverstinės kontrolės forma, kuri kuria nuolatinės grėsmės atmosferą, mažina partnerio autonomiją ir gali būti tiesioginis fizinio smurto pirmtakas [1]. Šiame kontekste reikšmingas ir persekiojančio elgesio (angl. „stalking“) aspektas. Bendrosios persekiojančio elgesio epidemiologijos tyrime nustatyta, kad 76 % persekiotojų aukai buvo pažįstami, o 32 % atvejų aukos persekiotojo motyvą apibūdino kaip pavydą, pavyduliavimą arba nepasitikėjimą („jealousy, envy or distrust“) [169]. Nors tai nėra specialiai OS tiriantis darbas, jis parodo, kad pavydo, kontrolės ir persekiojimo sąsajos realiose smurto situacijose yra dažnos. Dar artimesnė kliesesinio pavydo literatūra rodo, kad sekimas neretai tampa letalinio smurto preliudija: vienoje serijoje iš 46 asmenų, įvykdžiusių žmogžudystę kliesesinio pavydo kontekste, 20 iki

išpuolio buvo tam tikru metu sekę sutuoktinį [123]. Todėl partnerio sekimas, įkyrus tikrinimas ir „įrodymų“ rinkimas neturėtų būti vertinami kaip antraeiliai reiškiniai; jie gali žymėti rizikos perėjimą iš įsitikinimo į veiksmą.

Grasirimai šiame procese yra ypač svarbūs, bet jų interpretacija turi būti dviguba. Viena vertus, jie yra rimtas pavojaus signalas: 20 asmenų serijoje dauguma tų, kurie grasino nužudyti partnerį, vėliau ir smurtavo [3]. Kita vertus, grasinimų nebuvimas savaime nereiškia saugumo, nes dalis užpuolimų įvyko ir be ankstesnio verbalinio perspėjimo. Dėl to klinikinėje ir teismo psichiatrijos praktikoje pavojų turėtų signalizuoti ne vien grasinimo turinys, bet visas elgesio modelis: augantis partnerio sekimas, priverstinis tardymas, kaltinimų fiksuotumas, tariamo varžovo identifikavimas ir didėjantis pasirengimas veikti pagal klaidę [1].

3.11.3. Žmogžudystė, nužudymas–savižudybė ir savižudybė

„Jinai privalo mirt, kad negalėtų
Apgaudinėt kitų.“

— W. Shakespeare, „Otelas“, p. 151.

Letalinės baigtys sudaro kraštutinę, bet literatūroje ne kartą patvirtintą Otelos sindromo pavojų ašį. Klasikinėje apžvalgoje nurodoma, kad 14 % liguistų pavydu pasižyminčių asmenų buvo laikyti atlikusiais „homicidinius bandymus“, dažniausiai nukreiptus prieš kaltinamą partnerį [1,116]. Mowat serijoje iš 110 liguistų pavydu pasižymėjusių asmenų, kurie buvo įvykdę žmogžudystę arba sunkų užpuolimą, 94 atvejais auka buvo partneris [1,170]. Tai leidžia teigti, kad pagrindinis letalinės rizikos taikinytis klaidės pavydo kontekste paprastai yra ne atsitiktinis aplinkinis, o artimiausias intymus asmuo, kurį pacientas laiko tariamos išdavystės šaltiniu [1].

Šiuolaikinėje platesnės smurtinės baigties literatūroje pavydas taip pat išlieka reikšmingas veiksnys. Nacionalinio smurtinių mirčių registro analizėje, apėmusioje 5335 intymaus partnerio nužudymo atvejus, pavydas kaip įvykį paskatinęs veiksnys nurodytas 9 % nužudymo–savižudybės atvejų ir 6 % tik nužudymo atvejų [171]. Kadangi ši studija tiria pavydą kaip įvykio aplinkybę, o ne kaip psichopatologinę OS diagnozę, jos nereikėtų perkelti į klaidės pavydo epidemiologiją. Vis dėlto ji svarbi tuo, kad parodo, jog pavydas ypač dažnai figūruoja būtent tose situacijose, kur po partnerio nužudymo seka ir paties agresoriaus savižudybė. Panašų platesnį kontekstą pateikia ir 75 metų retrospektyvus nužudymo–savižudybės tyrimas, kuriame „romantinis“ pavydas buvo įvardytas kaip pagrindinis tokio įvykio motyvas 56 % atvejų [172].

Savižudybės rizika sudaro kitą tos pačios pavojų ašies pusę. Klasikinėje britų klinikinėje literatūroje nurodyta, kad 20 % liguistų pavydu pasižyminčių asmenų buvo bandę nusižudyti [116]. Vėlesnėje

apžvalgoje pabrėžiama, kad agresyvus partnerio tardymas ir konfrontacija gali būti lydimi intensyvaus atgailavimo, po kurio kartais seka savižudiškas veiksmas [1]. Dar ryškesnį vaizdą pateikia Indijos ambulatorinis tyrimas: 31 iš 50 pacientų, t. y. 62 %, turėjo suicidinių minčių, bandymų arba gestų; tarp moterų šis rodiklis siekė 69 %, tarp vyrų – 59 % [132]. Šie duomenys rodo, kad kliesesinio ar liguisto pavydo pavojus nėra vien išorinis. Jis gali būti nukreiptas ir į patį pacientą, ypač tada, kai kliesesinis įsitikinimas susijungia su depresija, gėda, kaltės jausmu ar santykio žlugimu.

Reikšminga ir tai, kad suicidiškumas gali formuotis ne tik pacientui, bet ir partneriui. Tame pačiame tyrime kliniškai reikšmingas suicidinis elgesys nustatytas 27 iš 50 partnerių, t. y. 54 %, o ypač pažeidžiamos buvo moterų partnerės: 24 iš 34, arba 71 % [132]. Ši išvada svarbi todėl, kad nuolatiniai kaltinimai, tardymas, kontrolė ir grasinimai gali sukelti ne tik tiesioginį traumavimą, bet ir tokį psichologinį spaudimą, kuris partnerį stumia į beviltiškumą. Klasikinėje apžvalgoje minimi ir atvejai, kai patologinis pavydas buvo atpažintas tik po to, kai partneris mėgino nusižudyti reaguodamas į nuolatinis nepagrįstus kaltinimus. Taigi šiame skyriuje savižudybės rizika turi būti suprantama ne kaip individuali paciento savybė, o kaip santykinė, visą poros sistemą apimanti grėsmė [1,132].

3.11.4. Poveikis vaikams ir šeimai

Otelo sindromo žala neapsiriboja pora. Patologinio pavydo literatūroje nuosekliai pabrėžiama, kad vaikai namų ūkyje taip pat tampa pavojų lauko dalimi. Jie gali patirti emocinį ir fizinį smurtą dėl pavydžiai nusiteikusio tėvo ar motinos veiksmų, būti netyčia sužeisti užpuolimų metu, girdėti ir matyti tėvų konfliktus, būti naudojami kaip „šnipai“ prieš kitą tėvą, o kraštutiniais atvejais tapti žmogžudystės ar savižudybės liudininkais. Ši aplinkybė ypač svarbi todėl, kad ji išplečia pavojų vertinimą už pačios poros ribų: kalbama ne tik apie partnerio viktimizaciją, bet ir apie vaikų įtraukimą į kliesesinę sistemą kaip kontrolės, įrodinėjimo ar lojalumo patikrinimo priemonę [1]. Be vaikų, rizika gali apimti ir kitus artimiausios aplinkos asmenis. Klinikinėje literatūroje pažymima, kad kaltinimai ir smurtas gali būti nukreipiami į tariamą varžovą, kuris paciento akimis įgyja „meilužio“ ar „bendrininko“ statusą. Mowat tyrime 7 iš 110 žmogžudystės ar sunkaus užpuolimo aukų buvo tariami meilužiai, o kitoje serijoje daugiau kaip pusė tariamų varžovų buvo pacientui pažįstami žmonės. Nors tiesioginis smurtas prieš trečiuosius asmenis pasitaiko rečiau negu prieš partnerį, pati šios galimybės egzistencija rodo, kad kliesesinis pavydas gali išplisti į platesnį socialinį tinklą ir tapti ne vien šeimos, bet ir visuomenės saugumo klausimu [1,3,170]. Partnerių ir šeimos psichologinė žala taip pat yra didelė. Literatūroje aprašoma, kad pavydžiai kaltinamų asmenų tarpe dažnėja nerimas, depresija, socialinė izoliacija ir piktnaudžiavimas medžiagomis; retais atvejais partneris gali pats reaguoti agresyviai, ilgainiui nebeatlaikęs pasikartojančių kaltinimų ir konfrontacijų. Taigi net tada, kai fizinis užpuolimas dar neįvyko, OS

gali daryti sunkią ir ilgalaikę žalą visai šeimos struktūrai – nuo kasdienio gyvenimo apribojimo iki nuolatinės baimės, prisitaikymo prie grėsmės ir santykio žlugimo [1].

3.11.5. Lyčių skirtumai

Lyčių skirtumų klausimu reikšmingiausi duomenys pateikiami publikuotų pataloginio pavydo atvejų analizėje. Šioje 398 atvejų duomenų bazėje vyrų buvo 298, moterų – 100, tačiau šis santykis neturėtų būti interpretuojamas kaip realus paplitimas bendroje populiacijoje, nes publikuotose istorijose dažniau atsiduria sunkesni, smurtiniai ir teismo psichiatrijoje ryškesni atvejai [173]. Vis dėlto lyginant pačius publikuotus atvejus, vyrų smurtas prieš partnerį fiksuotas dažniau: iš 104 atvejų, kuriuose buvo duomenų apie fizinį smurtą, teigiama anamnezė nustatyta 83 iš 90 vyrų ir 10 iš 14 moterų, t. y. 92,2 % prieš 71,4 %, skirtumas buvo statistiškai reikšmingas, $p = 0,04$. Dar ryškesni skirtumai nustatyti kalbant apie sunkias baigtis: bandymą nužudyti partnerį autoriai fiksavo 48 iš 188 vyrų ir 1 iš 52 moterų, t. y. 25,5 % ir 1,9 %, $p < 0,001$, o faktinį partnerio nužudymą – 52 iš 277 vyrų ir 8 iš 91 moters, t. y. 18,8 % ir 8,8 %, $p = 0,03$. Šie duomenys rodo, kad publikuotoje pataloginio pavydo literatūroje vyrai dažniau siejami su sunkesniu partnerio smurtu ir letalinėmis baigtimis [173].

Kita vertus, smurto metodų klausimu išvados mažiau vienareikšmės. Toje pačioje studijoje tiek vyrai, tiek moterys daugeliu atvejų naudojo artimo kontakto priemones, pirmiausia rankas; skirtumai tarp lyčių nebuvo statistiškai reikšmingi [173]. Tai svarbi korekcija stereotipiniam įsivaizdavimui, kad kliesesinio pavydo smurtas būtinai yra iš anksto suplanuotas ar techniškai „instrumentinis“. Dažniau tai yra artimo atstumo, impulsyvus ir stipriai afekto bei santykinio artumo pažymėtas smurtas, nors esant sunkesnei eskalacijai galimi ir peilių, lazdų ar šaunamųjų ginklų panaudojimo atvejai [3,173].

3.11.6. Teismo psichiatrijos ir teisinis aspektas

Teismo psichiatrijai Otelo sindromas svarbus todėl, kad jame susikerta keli aukštos rizikos komponentai: fiksuotas įsitikinimas, artimo ryšio kontekstas, priverstinė kontrolė, grasinimai, galimas smurtas prieš partnerį ir trečiuosius asmenis, o kartais ir vėlesnis agresoriaus suicidiškumas. Šią teismo psichiatrijos reikšmę gerai iliustruoja Australijos teismų praktikos analizė, kurioje identifikuota 40 kliesesinio pavydo atvejų: 27 jaunesnių nei 50 m. ir 13 vyresnių nei 50 m. kaltininkų. Beveik visi kaltininkai buvo vyrai, o dauguma aukų buvo intymūs partneriai. Ankstesnis smurtinis ar kontroliuojantis elgesys nustatytas panašiai dažnai abiejose amžiaus grupėse – apie 70 % atvejų. Tačiau klinikinis profilis skyrėsi: jaunesniems kaltininkams dažniau nustatyta šizofrenija, šizoafektinis ar medžiagų vartojimo sutrikimas, o vyresniems – demencija ir kiti neurologiniai sutrikimai. Tai rodo, kad kliesesinis pavydas teismo psichiatrijoje gali būti susijęs su skirtingomis etiologinėmis trajektorijomis, o rizikos vertinimas turi atsižvelgti į paciento amžių, psichozės, neurologinės ligos ir ankstesnio kontroliuojančio elgesio požymius [174].

Rizika ypač didėja, kai kliedesinis pavydas derinasi su psichoze, depresija, alkoholio ar kitų medžiagų vartojimu: klinikinėje apžvalgoje pažymėta, kad alkoholio vartojimas susijęs su didesne užpuolimo rizika, o depresija ir sąžinės graužatis (angl. „remorse“) – su vėlesniu savižudišku veiksmu. Dėl to vertinant tokius pacientus negalima apsiriboti vien kliedesio konstatavimu; būtina matyti visą pavojų kompleksą, kuriame ankstesnis smurtas, grasinimai, tariamas varžovas ir vaikų padėtis tampa esminiais teismo psichiatrijos vertinimo elementais [1,3].

Teisiniame ir kultūriniame lygmenyje pavydas istoriškai neretai buvo romantizuojamas kaip „aistros nusikaltimo“ motyvas. Klasikinėje kriminalinės elgsenos analizėje pabrėžiama, kad pavydo motyvuotos žmogžudystės kai kuriose kultūrinėse tradicijose buvo linkusios būti suvokiamos švelniau, tarsi jos būtų aistringo prisirišimo, o ne smurtinės savininkiškos kontrolės išraiška. Šį socialinį mechanizmą patvirtina ir eksperimentiniai duomenys: kai smurtaujantis vyras pateikiamas kaip pavydus, stebėtojai linkę jį vertinti atlaidžiau ir lengviau susieti jo elgesį su „meile“ ar „prisirišimu“, o ne su nusikalstamu smurtu. Tokia simbolinė pavydo romantizacija teismo psichiatrijos požiūriu yra pavojinga, nes gali silpninti aukos rizikos suvokimą ir normalizuoti tai, kas iš tiesų yra priverstinės kontrolės, grasinimų ir galimos eskalacijos link žmogžudystės dalis [19,37].

Lietuvos kontekste pavydo ar Otelo sindromo motyvuotų nusikaltimų dažnio tiksliai įvertinti negalima, nes viešai prieinamoje oficialioje statistikoje smurtas artimoje aplinkoje nėra sistemiškai skirstomas pagal atskirą motyvą. Vis dėlto bendras artimos aplinkos smurto mastas rodo, kad šis rizikos laukas Lietuvoje yra reikšmingas: 2024 m. į policiją dėl smurto artimoje aplinkoje kreiptasi 54 602 kartus, užregistruotos 4759 su smurtu artimoje aplinkoje susijusios nusikalstamos veikos, o artimoje aplinkoje užregistruoti 26 nužudymai. Iš 4904 nukentėjusių asmenų 73,3 % buvo moterys, o iš 3504 įtariamų ar kaltinamų asmenų 85 % buvo vyrai. Be to, 2024 m. buvo skirti 21 029 apsaugos nuo smurto artimoje aplinkoje orderiai, dauguma jų – vyrams; pakartotinių orderių skaičiai rodo, kad smurtas artimoje aplinkoje dažnai yra ne vienkartinis, bet pasikartojantis elgesio modelis [175].

Teisiniu požiūriu pavydas Lietuvos baudžiamojoje teisėje nėra savarankiška atsakomybę lengvinanti aplinkybė. Nužudymas paprastai baudžiamas laisvės atėmimu nuo septynerių iki penkiolikos metų, o kvalifikuotas nužudymas, įskaitant artimojo giminaičio ar šeimos nario nužudymą – nuo aštuonerių iki dvidešimties metų arba iki gyvos galvos. Lengvinančią reikšmę gali turėti ne pats pavydas, bet įstatyme numatytos aplinkybės, pavyzdžiui, ribotas pakaltinamumas, didelis susijaudinimas dėl neteisėtų nukentėjusiojo veiksmų ar kiti individualūs veiksniai. Lietuvos teisėje nužudymas labai susijaudinus laikomas privilegijuota nužudymo sudėtimi, tačiau ji taikoma tik nustačius būtinųjų sąlygų visumą: neteisėtą ar itin įžeidžiantį nukentėjusiojo poelgį, kaltininko staigaus didelio susijaudinimo būseną ir priežastinį ryšį tarp nukentėjusiojo poelgio bei kaltininko

reakcijos; praktikoje taip pat vertinama, ar atsakas buvo pakankamai staigus, o ne ilgalaikio konflikto, keršto ar pasirengimo rezultatas [176]. Teisiškai reikšminga yra ne pati Otelo sindromo ar kliesesinio sutrikimo diagnozė ir ne pavydas kaip motyvas, bet tai, ar veikos metu psichikos sutrikimas panaikino arba reikšmingai apribojo asmens gebėjimą suvokti veikos pavojingumą ar valdyti savo veiksmus. Todėl OS atvejais teismo psichiatrijos ekspertizė turėtų vertinti kliesesio ryšį su konkrečia veika, kritiškumo ir įžvalgos lygį, veikimą pagal kliesesinę sistemą, ankstesnius grasinimus, persekiojimą, kontrolę ir pasirengimo smurtui požymius. Tokiu būdu OS teisiškai reikšmingas ne kaip „aistros“ ar pavydo pateisinimas, bet kaip galima psichozinė būseną, galinti kelti nepakaltinamumo, riboto pakaltinamumo, priverčiamųjų medicinos priemonių ir aukos apsaugos klausimus [177,178].

Apskritai literatūra leidžia daryti išvadą, kad OS yra ne tik vidinis kliesesinis išgyvenimas, bet ir aiškiai apibrėžiama žalos rizikos būseną. Ji apima fizinį smurtą prieš partnerį, grasinimus, persekiojimą, galimą smurtą prieš tariamą varžovą, partnerio ir paties paciento suicidiškumą, vaikų įtraukimą ir ilgalaikį šeimos gyvenimo suardymą. Dėl to šis sindromas turi būti vertinamas kaip viena iš reikšmingų psichopatologinių būklių, kuriose klinikinis vertinimas neišvengiamai susijungia su saugumo, teisinės apsaugos ir teismo psichiatrijos klausimais [1,3,8].

3.12. Prevencija ir klinikinės intervencijos

3.12.1. Rizikos vertinimas, saugumo planavimas ir ankstyvoji prevencija

Prevencijos logika ir rizikos ašis

Otelo sindromo prevencija pirmiausia turi būti suprantama ne siaurai kaip simptomų mažinimas, bet kaip ankstyvas pavojingos klinikinės būklės atpažinimas ir jos galimų pasekmių valdymas. Šis sindromas reikšmingas ne tik dėl paties kliesesinio ar patologinio pavydo turinio, bet ir dėl jo ryšio su partnerio kontrole, grasinimais, smurtu artimoje aplinkoje, savižudybės rizika ir galimu pavojumi tariamam „varžovui“ bei netgi kitiems asmenims [1]. Todėl prevencijos ašis yra ne vien diagnozė, bet konkretus paciento elgesys, grasinimų pobūdis, ankstesnio smurto istorija, kliesesio intensyvumas ir tai, ar pacientas jau bandė veikti pagal savo įsitikinimus.

Šiuo požiūriu kliesesinis pavydas tampa svarbiu smurto prevencijos ir socialinės politikos objektu. Silva ir bendraautoriai (1998) pabrėžia, kad kliesesinis pavydas gali būti viena iš reikšmingų kintamųjų, kuriuos būtina tirti kalbant apie smurto prevenciją ar socialinę politiką šeimos ir panašiuose santykiuose [3]. Kitaip tariant, OS nėra tik individualus psichopatologinis reiškinys: jis įtraukia partnerį, šeimą, vaikus, socialines tarnybas, teisėsaugą ir sveikatos priežiūros sistemą. Būtent todėl prevencija turi būti daugiasluoksnė – klinikinė, socialinė ir teisinė.

Pirminė, antrinė ir tretinė prevencija

Otelo sindromo prevenciją galima conceptualizuoti remiantis klasikiniu pirminės, antrinės ir tretinės prevencijos modeliu, kuris taikomas ir psichiatrijoje. Pirminė prevencija būtų nukreipta į

rizikos veiksnių mažinimą dar iki kliesesinio pavydo atsiradimo, pavyzdžiui, alkoholio ir psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo kontrolę, psichoedukaciją, santykių konfliktų valdymą bei dopaminerginių vaistų rizikos stebėseną pažeidžiamose grupėse. Antrinė prevencija apimtų ankstyvą simptomų atpažinimą ir diagnostiką, kai atsiranda įtarimas, partnerio tikrinimas, persekiojimas ar ankstyvos neištikimybės idėjos. Tretinė prevencija taikoma jau susiformavus OS ir yra skirta sumažinti sutrikimo pasekmes: smurto riziką, grėsmes partneriui ir pacientui, hospitalizacijas, atkryčius, socialinę dezintegraciją ir funkcinį pablogėjimą. Singh ir kt. pabrėžia, kad antrinė ir tretinė prevencija psichikos sveikatos srityje nukreiptos į asmenis, kuriems sutrikimas jau išsivystė, siekiant kuo greičiau sumažinti sutrikimo sukeltą žalą, sergamumą ir negalią. Papildomai gali būti taikomas universalios, selektyvios ir indikuotos prevencijos modelis, leidžiantis intervencijas nukreipti pagal rizikos lygį – nuo bendros psichoedukacijos iki ankstyvų patologinio pavydo požymių valdymo [179].

Svarbi problema yra tai, kad OS gali ilgai likti neatpažintas. Vyresnio amžiaus žmonėms jis gali būti klaidingai aiškinamas kaip „charakterio bruožas“, santykių konfliktas ar senatvinis įtarimas. Prie neatpažinimo prisideda ribota prieiga prie psichikos sveikatos paslaugų, stigma ir tam tikrų elgesio formų normalizavimas vyresniame amžiuje [122]. Mullen bendruomeniniame tyrime profesionalios pagalbos, pavyzdžiui, konsultavimo, kreipėsi tik 3,4 % tiriamųjų, nors aukšto pavydo grupė sudarė 19 % imties [124]. Tai rodo, kad patologinis pavydas dažnai ilgai lieka už klinikinės sistemos ribų: pacientai jo nelaiko liga, partneriai jį normalizuoja ar slepia iš baimės ir gėdos, o sveikatos priežiūros sistema dažnai įsitraukia tik tada, kai jau atsiranda smurtas, savižudybės rizika ar teisinės pasekmės. Todėl pagalbos nesikreipimas yra ne tik individuali, bet ir prevencinė problema. Panašiai ir partneriai dažnai nenori laikyti pavydo psichikos sutrikimo požymiu: net akivaizdžiai kliesesinės idėjos gali būti interpretuojamos kaip „santuokos dalis“ ar perdėtas, bet suprantamas pavydas [2]. Tai ypač pavojinga, nes rimtam smurtui dažnai prieš tai pasireiškia įspėjamieji ženklai – kontrolė, tardymai, grasinimai, sekimas, partnerio izoliavimas ar ankstesni agresijos epizodai [15,36].

Klinikinis vertinimas ir rizikos išsiaiškinimas

Pirmoji prevencijos pakopa yra kruopštus klinikinis vertinimas. Patologinio pavydo vertinimas turi būti platus: būtina surinkti psichiatrinę anamnezę, įvertinti afektinius ir psichozinius sutrikimus, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą, santykių kokybę, šeimos struktūrą, grasinimus smurtu ir jau įvykdytą smurtą. Jei įmanoma, abu partneriai turi būti apklausiami tiek atskirai, tiek kartu. Tai svarbu dėl dviejų priežasčių: pirma, pavydus asmuo dažnai nelaiko savęs problema ir kaltę perkelia partneriui; antra, partneris gali suteikti informaciją apie realų elgesį, grasinimus, kontrolę, smurtą ar vaikų saugumą [1]. Vertinant pacientą būtina taktiškai klausti apie pavydo elgesį. Tiesioginis klausimas, ar pacientas šnipinėja, tikrina partnerio drabužius ar seka partnerį, dažnai sukelia

neigimą. Todėl Mullen siūlo klausimus formuluoti taip, kad pacientui būtų lengviau kalbėti apie tokius impulsus: galima paminėti, jog pavydūs žmonės neretai jaučia stiprų norą tikrinti partnerio kišenes, drabužius, telefoną ar judėjimą, ir tada klausti, ar jam pačiam yra tekę panašiai elgtis [36]. Toks metodas leidžia surinkti tikslesnę informaciją ir kartu sumažina gynybiškumą.

Prevencijai svarbu atskirti psichozinį, obsesinį ir perversintą idėjos pobūdžio pavydą. Šis atskyrimas nėra vien teorinis: nuo jo priklauso rizikos vertinimas, prognozė ir intervencijų kryptis. Kliesdinis pavydas dažniau susijęs su menku įžvalgumu, tvirtu įsitikinimu partnerio neištikimybė ir didesne rizika veikti pagal šį įsitikinimą. Obsesinis pavydas dažniau patiriamas kaip įkyrios, varginančios mintys, kuriomis pats pacientas gali abejoti. Perversintos idėjos užima tarpinę padėtį – jos nėra visiškai kliesdinės, bet gali dominuoti asmens mąstyme ir elgesyje. Todėl klinikinis vertinimas turi apimti ne tik klausimą, „ar pacientas pavydi“, bet ir klausimą, kaip jis supranta savo pavydą, kiek juo abejoja ir ką daro šių minčių veikiamas [1].

Antroji prevencijos pakopa yra smurto ir savižudybės rizikos vertinimas. Rizika turi būti vertinama abiem kryptimis: pavojus kitiems ir pavojus pačiam pacientui. Reikia klausti apie konfrontacijas, grasinimus, fizinį smurtą, bandymus išgauti prisipažinimą, daiktų mėtymą, turto niokojimą, smaigimo ar dusinimo bandymus, ginklų turėjimą, sekimą, persekiojimą ir smurto fantazijas [15]. Ypač pavojingos tampa tos fantazijos, kurios įgauna konkretų planą: ginklų kaupimą, alibi kūrimą, pasiruošimą ar pakaitinių objektų naudojimą smurtui „repetuoti“. Ankstesnis smurtas laikytinas vienu svarbiausių būsimų smurto prediktorių, o alkoholis ar kitos psichoaktyviosios medžiagos šią riziką dar labiau padidina [36,174].

Savižudybės prevencija taip pat yra būtina Otelo sindromo prevencijos dalis. Pavydas gali būti susijęs su pažeminimo, praradimo, beviltiškumo, depresijos ar narcisistinio sužeidimo jausmais. Todėl būtina klausti apie savižudiškas mintis, savižalos istoriją, desperatišką norą „išspręsti“ situaciją, taip pat apie partnerio psichologinę būklę. Literatūroje aprašyta, kad liguisto pavydo kamuojamų asmenų partneriams gali išsivystyti nerimas, depresija ar psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas, o kai kuriais atvejais pavydas tampa pastebimas tik tada, kai partneris mėgina nusižudyti dėl nuolatinių nepagrįstų kaltinimų [20,110].

Ypatingas dėmesys turi būti skiriamas vaikams. Jei namuose yra vaikų, reikia vertinti ne tik tiesioginio smurto prieš juos riziką, bet ir psichologinę žalą, kuri kyla gyvenant nuolatinės kontrolės, grasinimų, kaltinimų ir baimės atmosferoje. Kingham ir Gordon nurodo, kad vaikų apsauga turi būti prioritetas, o esant pagrįstam įtarimui dėl galimos žalos turi būti pradedamos vaikų apsaugos procedūros [1].

Saugumo planavimas

Trečioji prevencijos pakopa yra saugumo planavimas. Jei nustatoma rimta ir neatidėliotina grėsmė partneriui, vaikams ar tariamam „varžovui“, konfidencialumas negali būti laikomas absoliučiu.

Tokiais atvejais būtina imtis veiksmų: informuoti galimą auką, įtraukti kitus specialistus, socialines tarnybas ar policiją, o esant didelei žalos rizikai – svarstyti skubią paciento hospitalizaciją [1].

Miller ir bendraautorai taip pat pabrėžia, kad slaugos ir klinikinės komandos vaidmuo neapsiriboja simptomų stebėjimu: slaugytojai ir kiti specialistai turi aktyviai dalyvauti ankstyvame atpažinime, rizikos vertinime ir saugumo užtikrinime [180].

Kai kuriais atvejais būtinas laikinas arba nuolatinis partnerių atskyrimas. Enoch ir bendraautorai pažymi, kad kai fizinis smurtas tampa praktine problema, auka turi būti informuota apie teisinius apsaugos būdus, o jei grėsmė kyla vaikams, jie turi būti nukreipti į atitinkamas apsaugos tarnybas. Smurto sunkumas ir lėtinumas gali būti toks, kad vienintelis realus sprendimas tampa laikinas arba nuolatinis išsiskyrimas [14]. Panašiai Kingham ir Gordon nurodo, kad esant atspariam liguistam pavydai gali prireikti geografinio partnerių atskyrimo, socialinių darbuotojų pagalbos, teisinės apsaugos ar net priverstinės hospitalizacijos [1]. Hospitalizacija gali sumažinti riziką ūmioje fazėje, tačiau simptomai gali greitai atsinaujinti, jei pacientas grįžta į tas pačias poros ir gyvenimo sąlygas [15].

Organinių ir medikamentinių priežasčių paieška

Ketvirtoji prevencijos kryptis yra ankstyvas organinių, neurologinių ir medikamentinių priežasčių atpažinimas. Otelo sindromas gali pasireikšti ne tik kaip pirminė psichiatrinė būklė, bet ir kaip neurologinių ligų, neurodegeneracinių procesų, endokrininių sutrikimų, psichoaktyviųjų medžiagų ar vaistų poveikio išraiška. Todėl naujai atsiradęs pavydas, ypač vyresniame amžiuje, neturėtų būti automatiškai priskiriamas „asmenybės“ ar „santuokos“ problemai. Goggins ir bendraautorai, aptardami retą hiperparatiroidizmo sukeltą OS atvejį, pabrėžia „išsamaus organinio ištyrimo“ svarbą pacientams, kuriems senatvėje naujai atsiranda psichopatologiniai simptomai [181]. Ši išvada svarbi prevencijos požiūriu, nes dalis OS atvejų gali būti potencialiai grįžtami, jei laiku nustatoma ir gydoma somatinė priežastis.

Panaši logika taikytina Parkinsono ligai ir dopaminerginei terapijai. Dopamino pakaitinė terapija ir dopamino disreguliacijos sindromas gali būti susiję su OS išsivystymu, todėl pacientų ir artimųjų edukacija tampa prevencinė priemonė. Artimieji turi žinoti, kad naujai atsiradęs pavydas, seksualinis dezorganizavimas, impulsų kontrolės sutrikimai ar įtarumas gali būti ne tik „psichologinė reakcija“, bet ir gydymo ar ligos eigos dalis. Masmoudi ir bendraautorai pabrėžia, kad ankstyva dopamino disreguliacijos sindromo diagnostika gali sumažinti socialines, medicininės ir psichiatrines pasekmes, o gydymas apima pacientų ir artimųjų edukaciją, dopaminerginės terapijos korekciją ir, jei reikia, papildomas psichiatrines intervencijas [7].

Partnerio ir šeimos edukacija

Penktoji prevencijos kryptis yra partnerio ir šeimos edukacija. Partneriai dažnai tampa ne tik kaltinimų objektu, bet ir pagrindiniais rizikos signalų liudytojais. Jie gali pastebėti, kada pavydas

pereina į kontrolę, sekimą, tardymą, grasinimus ar fizinį smurtą. Tačiau be psichoedukacijos partneris gali šiuos požymius normalizuoti arba slėpti iš gėdos, kaltės ar baimės. Todėl šeimai būtina paaiškinti, kad patologinis pavydas nėra paprastas „meilės įrodymas“ ar „charakterio sunkumas“. Tai gali būti psichikos, neurologinės ar medžiagų vartojimo sukeltos būklės simptomai, kuriam būtinas profesionalus vertinimas [36]. Psichoedukacija taip pat turėtų atsižvelgti į kultūrinį kontekstą, nes pavydo normalizavimas ir pagalbos paieška priklauso nuo visuomenėje vyraujančių santykių bei smurto interpretacijų [38].

Šeimos edukacijoje svarbu atminti, kad tiesioginis ginčijimasis su kliesdėsiu dažnai neveiksmingas. Partnerio bandymai nuolat įrodinėti savo nekaltumą gali paradoksaliai palaikyti kliesdėsinę sistemą, nes kiekvienas atsakymas tampa nauju analizės objektu. Shepherd pažymi, kad kai kurie pacientai nuolat siekia prisipažinimo, tačiau net ir gautas „prisipažinimas“ nebūtinai sumažina įtarumą, nes pats reikalavimas yra iracionalus [2]. Todėl artimiesiems svarbu ne tiek „įtikinti“ pacientą, kiek žinoti, kada kreiptis pagalbos, kaip neeskaluoti konflikto ir kada pirmiausia pasirūpinti saugumu.

Specialistų mokymas

Šeštoji prevencijos kryptis yra specialistų mokymas. Kadangi Otelo sindromas yra retas, o jo pradžia gali būti maskuojama kaip santykių konfliktas, jį turi gebėti atpažinti ne tik psichiatrai. Pirminės sveikatos priežiūros gydytojai, slaugytojai, socialiniai darbuotojai, priklausomybių specialistai, neurologai, geriatrai ir teisėsaugos atstovai gali būti pirmieji, susiduriantys su pavojingu elgesiu. Machado ir bendraautoriai pabrėžia, kad ankstyvas atpažinimas ne tik psichiatrijos paslaugose, bet ir bendruomenėje, vietos institucijose bei pirminėje sveikatos priežiūroje yra būtinas siekiant geresnės prognozės [9].

Ilgalaikė stebėsena

Galiausiai prevencija turi apimti ilgalaikį stebėjimą, nes rizika gali išlikti net po laikino pagerėjimo. Kingham ir Gordon pažymi, kad liguisto pavydo prognozė priklauso nuo fenomenologijos, gretutinių sutrikimų ir atsako į gydymą, tačiau pasikartojimo tikimybė yra reikšminga [1]. Scott aprašė pakartotinių žmogžudysčių atvejus dėl liguisto pavydo po išleidimo iš kalėjimo ar specialios ligoninės, net praėjus metams nuo tariamai geros būklės [182]. Tai rodo, kad prevencija neturėtų baigtis tik ūmios krizės suvaldymu. Reikalingas tęstinis rizikos vertinimas, aiškus krizių planas, partnerio apsaugos priemonės, priklausomybių kontrolė, somatinių ir neurologinių veiksnių stebėjimas bei pakartotinis būklės vertinimas pasikeitus santykių situacijai.

Apibendrinant, OS prevencija turi būti orientuota į ankstyvą atpažinimą, kruopštų pavydo fenomenologijos įvertinimą, smurto ir savižudybės rizikos nustatymą, vaikų ir partnerio apsaugą, organinių bei medikamentinių priežasčių paiešką, šeimos edukaciją ir ilgalaikį stebėjimą.

Svarbiausia prevencinė nuostata yra ta, kad patologinis pavydas niekada neturėtų būti vertinamas vien kaip privatus poros konfliktas. Kai pavydas tampa kliesdėsinis, obsesinis, kontroliuojantis ar

grasinantis, jis tampa klinikinė ir socialinė rizikos situacija, kurioje svarbiausias tikslas yra ne teorinis diagnozės tikslumas, bet realios žalos prevencija.

3.12.2. Farmakologinės intervencijos

Etiologiškai orientuoto gydymo principas

Farmakologinės intervencijos Otelo sindromo atveju pirmiausia turi būti suprantamos ne kaip vienas universalus gydymo algoritmas, bet kaip etiologiškai orientuota strategija. Kadangi kliesesinis pavydas gali pasireikšti kaip šizofrenijos, afektinio sutrikimo su psichoziniais požymiais, demencijos, Parkinsono ligos, insulto, naviko, priklausomybės ar vaistų sukeltos būklės simptomas, gydymas turi būti nukreiptas ne tik į patį neišstikimybės kliesesį, bet ir į pagrindinę jį palaikančią būklę. Klasikinėje literatūroje pabrėžiama, kad kai pavydo kliesesiai atsiranda kaip antrinis fenomenas, pirmiausia gydoma pagrindinė liga: šizofrenijos atveju skiriami antipsichoziniai vaistai, depresijos su psichoziniais požymiais atveju gali būti pridėdami antidepresantai ar kitos afektinei būklei tinkamos intervencijos, o organinio psichosindromo atvejais gydymo taikiniu tampa infekcija, neoplazma, neurodegeneracinis ar kraujagyslinis procesas. Net tada, kai pagrindinės ligos išgydyti neįmanoma, pavyzdžiui, Huntingtono chorėjos atveju, neuroleptikai vis tiek gali sumažinti arba panaikinti kliesesinį pavydą, nors nepakeičia pačios pagrindinės patologijos eigos [14].

Antipsichotikai ir kliesesinio sutrikimo gydymas

Kai neišstikimybės kliesesiai pasireiškia kaip „grynesnė“ monosimptominio kliesesinio sutrikimo forma arba tampa dominuojančiu platesnės psichozinės būklės požymiu, antipsichoziniai vaistai laikomi pagrindine farmakologine intervencija. Enoch ir Trethowan nurodo, kad tokiais atvejais antipsichozinių vaistų skyrimas yra būtinas, o daliai pacientų, kuriems nutraukus vaistus greitai įvyksta atkrytis, ilgalaikis palaikomasis gydymas tampa svarbia stabilizavimo priemone [14]. Šiame kontekste svarbu atsisakyti seno požiūrio, kad kliesesinis sutrikimas yra iš esmės negydomas. Nors pacientai dažnai stokoja įžvalgos ir gali atsisakyti pagalbos, naujesnės apžvalgos rodo, kad dalis jų teigiamai reaguoja į tipinius ir atipinius antipsichotikus, o geresni rezultatai siejami su gydymo laikymusi [105]. Park ir bendraautorių apžvalgoje pavydo tipo kliesesinis sutrikimas sudarė 13 iš 73 OS atvejų. Visi šie 13 pacientų buvo gydyti antipsichotikais; 9 atvejais aprašyta remisija, 2 – dalinė remisija, o 2 – gydymo neveiksmingumas. Tai leidžia manyti, kad kliesesinio sutrikimo kontekste pasireiškiantis OS dažnai gydomas antipsichotikais ir daugelyje publikuotų atvejų gali reikšmingai pagerėti, nors daliai pacientų kliesesys išlieka atsparus arba tik iš dalies sumažėja [8]. Tai ypač svarbu prevencijos požiūriu: farmakoterapija čia nėra vien simptomų slopinimas, bet ir atkryčio, smurto, savižalos, partnerio persekiojimo ar šeimos dezintegracijos prevencija. Istoriskai gydant kliesesinį pavydą svarbią vietą užėmė tipiniai antipsichotikai. Mooney 1965 m. aprašė fenotiazinų veiksmingumą aštuoniuose psichozinio liguisto pavydo atvejuose ir pastebėjo pradinį simptomų pagerėjimą [15,116]. Vėliau ypač dažnai minėtas pimozidas – dopamino D2

receptorių antagonistas, ilgą laiką laikytas klasikiniu vaistu kliesesiniam pavydai gydyti.

Literatūroje jis ne kartą rekomenduotas kaip pasirinkimo gydymas kliesesinio sutrikimo kontekste, ypač remiantis ankstyvais atvejų aprašymais ir nedidelėmis klinikinėmis serijomis [15,122]. Vis dėlto šią rekomendaciją reikia vertinti atsargiai: iki šiol nėra pakankamai lyginamųjų tyrimų, kurie aiškiai parodytų pimozido pranašumą prieš kitus, ypač antros kartos, antipsichotikus [15]. Be to, šiuolaikinėje praktikoje pimozido vartojimą riboja saugumo aspektai, ypač QTc intervalo pailgėjimo rizika, todėl jo istorinė reikšmė nebūtinai reiškia, kad jis turėtų būti pirmo pasirinkimo vaistas kiekvienoje klinikinėje situacijoje [105].

Bendresnė kliesesinio sutrikimo gydymo literatūra rodo santūriai optimistinį vaizdą. Manschreck ir Khan, apžvelgę 134 atvejus, kuriuose buvo pakankamai gydymo ir baigčių duomenų, nustatė, kad 49,3 % pacientų buvo laikomi pasveikusiaisiais, 40,3 % – reikšmingai pagerėjusiais, o 10,4 % neparodė klinikinio pagerėjimo. Taigi bendras teigiamas atsakas siekė apie 89,6 %. Vis dėlto šiuos duomenis būtina interpretuoti atsargiai, nes daugumoje publikacijų baigtys vertintos klinikinio gydytojo sprendimu, o ne standartizuotais psichometriniais instrumentais; objektyvesnės vertinimo priemonės buvo taikytos tik 9 iš 34 analizuotų publikacijų [105]. Toje pačioje analizėje apie 45 % pacientų buvo gydyti pimozidu, o 77,9 % šios grupės pacientų pasiekė pasveikimą arba pagerėjimą. Kitais antipsichotikais gydytų pacientų grupėje teigiamas atsakas siekė 93,9 %, tačiau skirtumas tik artėjo prie statistinio reikšmingumo ribos, todėl tvirtai teigti apie vienos vaistų grupės pranašumą negalima [105]. Šią nuosaikiai optimistinę perspektyvą papildė ir prospektyviniai duomenys.

González-Rodríguez ir kt. (2016) 12 savaičių kohortiniame tyrime nustatė, kad į antipsichozinį gydymą reagavo 61,5 % kliesesinio sutrikimo pacientų ir 69,2 % šizofrenija sergančių pacientų, o skirtumas tarp grupių nebuvo statistiškai reikšmingas. Tai leidžia teigti, kad kliesesinis sutrikimas nebūtinai pasižymi prastesniu atsaku į gydymą nei šizofrenija, kaip manyta anksčiau [183]. RCT įrodymų vis dar nepakanka, todėl kliesesinio sutrikimo gydyme paprastai remiamasi bendrais psichozinių sutrikimų gydymo principais – pirmiausia svarstyti antipsichotikus, ypač kai kliesesiai ryškūs, sukelia distresą ar pavojų [183,184].

Naujesnė Otelo sindromo literatūra taip pat patvirtina, kad antipsichotikai išlieka dažniausia farmakologinė intervencija. Park ir kt. sisteminėje apžvalgoje antipsichotikai buvo taikyti 57 iš 73 atvejų, t. y. 78 % visų aprašytų pacientų, o visiška remisija buvo nurodyta 51 atveju, t. y. apie 70 % imties. Dažniausias gydymo būdas buvo antipsichotiko monoterapija – ji taikyta 44 atvejais, o antipsichotiko ir antidepresanto derinys – 9 atvejais; likę atvejai priklausė mažesnėms kombinacijoms, pavyzdžiui, dviejų antipsichotikų deriniui, antipsichotiko ir nuotaikos stabilizatoriaus deriniui ar platesnei psichotropinių vaistų kombinacijai [8].

Vaisto pasirinkimas priklauso nuo etiologinio konteksto. Pirminių psichikos sutrikimų grupėje Park ir kt. dažniausiai minėjo pimozidą, o tai iš dalies atspindi senesnių publikacijų istorinį kontekstą.

Medicininį ir neurologinių priežasčių grupėje dažniau vartotas kvetiapienas, tikėtina dėl mažesnės ekstrapiramidinių simptomų rizikos, kuri ypač svarbi neurologiškai pažeidžiamiesiems ar vyresnio amžiaus pacientams. Šioje grupėje taip pat minėti risperidonas, aripiprazolas, haloperidolis ir olanzapinas. Vaistų ar psichoaktyvių medžiagų sukeltuose Otelo sindromo atvejuose gydytojai pirmiausia mažino, keitė arba nutraukė įtariamą simptomus provokuojantį preparatą; dvylikoje tokių atvejų papildomai buvo skirtas antipsichotikas, dažniausiai kvetiapienas arba klozapinas [8]. Ypač aiškus etiologinio gydymo principas matyti Parkinsono ligos kontekste. OS dažnai siejamas su dopamino agonistų vartojimu, todėl pirmasis gydymo žingsnis dažnai yra dopaminerginės terapijos peržiūra. De Michele ir kt. nurodo, kad sumažinus arba nutraukus dopamino agonistus daugeliui pacientų simptomai reikšmingai sumažėja arba išnyksta; kai kuriais atvejais pakanka nutraukti kitus dopaminerginius vaistus, pvz., selegiliną. Jei vien medikamento korekcijos nepakanka, gali būti pridedami atipiniai antipsichotikai, dažniausiai kvetiapienas arba klozapinas, nes jie geriau tinka pacientams, kuriems reikia vengti ryškesnio motorinių simptomų pabloginimo [127]. Tokiu atveju farmakologinė prevencija reiškia ne tik kliesėsio gydymą, bet ir jatrogeninių rizikos veiksnių mažinimą.

Vyresnis amžius ir demencijos kontekstas

Vyresnio amžiaus pacientams ir demencijos atvejais gydymas turi būti dar atsargesnis. Aprašytas ir mažų dozių tiaprido veiksmingumas vyresnio amžiaus pacientui, tačiau tokie duomenys negali būti laikomi tvirtu gydymo pagrindu [185]. Vyresnio amžiaus pacientų kliesėsio sutrikimo gydymas išlieka menkai standartizuotas, nes šiai grupei skirtų aukštos kokybės tyrimų beveik nėra. Todėl klinikiniai sprendimai dažniausiai remiasi ribotais stebėjimo duomenimis, pavieniais atvejų aprašymais ir bendraisiais psichogeriatrijos principais.

Vienas naujesnių šią problemą apibendrinančių darbų yra González-Rodríguez ir kt. 2022 m. apžvalga apie kliesėsio sutrikimą vyresniame amžiuje. Joje pabrėžiama, kad šios pacientų grupės gydymo įrodymai išlieka riboti: autoriai nerado nei klinikinių tyrimų, nei metaanalizių, skirtų būtent vyresnio amžiaus pacientų kliesėsio sutrikimui, o į apžvalgą įtraukti tyrimai buvo žemos arba vidutinės kokybės [186]. Viena iš jų, Nagendra ir Snowdon retrospektyviniame 12 metų tyrime, tirti vyresni nei 65 metų pacientai, sergantys kliesėsio sutrikimu; tarp jų pavydo kliesėsiai sudarė 6 atvejus, t. y. 11 % imties. Iš 44 stebėtų pacientų 27 vartojo antipsichotikus, 20 % pasiekė simptomų išnykimą, o 35 % – kliesėsio sukulto distreso sumažėjimą; dauguma pagerėjusių pacientų, t. y. 96 %, buvo gydyti antipsichotikais [187]. Šie duomenys rodo, kad antipsichotikai gali būti susiję su klinikiniu pagerėjimu senyvame amžiuje, tačiau jie neleidžia suformuluoti tvirtų gydymo gairių, nes įrodymai remiasi retrospektyviais ir nevienalyčiais stebėjimais. Šią bendresnę išvadą konkrečiau papildė Hashimoto ir kt. tyrimas apie kliesėsio pavydą demencija sergantiems pacientams. Gydymo požiūriu Hashimoto ir kt. tyrimas nepateikia formalių rekomendacijų, tačiau

parodo realią klinikinę praktiką [136]. Visi 10 Lewy kūnelių demencija sergančių pacientų buvo gydomi donepeziliu, o 6 iš jų papildomai gavo atipinių antipsichotikų – kvetiapino, olanzapino arba aripirazolo. Alzheimerio ligos grupėje visiems 7 pacientams buvo skirti neuroleptikai: 6 pacientams risperidonas, 1 pacientui sulpiridas; 3 atvejais donepezilis buvo sumažintas arba nutrauktas. Vienas kraujagyslinės demencijos atvejis pagerėjo po kelių mėnesių gydymo risperidonu. Po gydymo kliesinis pavydas per 12 mėnesių išnyko 15 iš 18 pacientų, t. y. 83 % imties. Visi Alzheimerio liga sergantys pacientai pasiekė visišką simptomų remisiją, tačiau 3 Lewy kūnelių demencija sergantiems pacientams kliesinis pavydas išliko atsparus gydymui. Atsparūs atvejai buvo susiję su kitais psichoziniais simptomais, ypač seksualinio turinio vizualinėmis haliucinacijomis arba klaidingu sutuoktinio atpažinimu. Todėl Hashimoto ir kt. duomenys leidžia teigti, kad demencijos kontekste kliesinio pavydo prognozė gali būti santykinai palanki, tačiau gydymas turi būti individualizuojamas pagal demencijos tipą, gretutinius psichozinius simptomus, somatinę būklę ir galimą antipsichotikų riziką [136].

Vis dėlto šių duomenų negalima laikyti tvirta gydymo gairių baze, nes senyvame amžiuje antipsichotikų nauda turi būti nuolat lyginama su galimais nepageidaujamais reiškiniais, polifarmacijos rizika, pažintinių funkcijų blogėjimu ir somatinėmis gretutinėmis ligomis. Dėl to gydymas turėtų prasidėti nuo mažų dozių, jas didinant lėtai ir reguliariai peržiūrint diagnozę, vaistų sąveikas, kognityvinę būklę bei galimus organinius veiksnius, pavyzdžiui, kraujagyslinius ar neurodegeneracinius smegenų pakitimus. Jei kliesius lydi depresija ar nerimas, gali būti svarstomas antidepresantų vaidmuo, o psichologinės intervencijos turėtų būti vertinamos kaip saugi pagalbinė priemonė, ypač kai kliesiai išlieka nepaisant farmakoterapijos [186].

Antidepresantai, nuotaikos stabilizatoriai ir klozapinas

Antidepresantai OS gydyme svarbūs keliais atvejais. Pirma, jie reikalingi tada, kai kliesinis pavydas pasireiškia depresinio sutrikimo arba depresijos su psichoziniais požymiais kontekste. Antra, jie gali būti naudingi, kai greta kliesio yra nerimo, depresijos, suicidinių minčių ar postpsichozinės depresijos. Trečia, jie tampa pagrindiniu pasirinkimu tada, kai pavydas yra ne kliesinis, o obsesinis, t. y. egodistoninis, pacientui pačiam keliantis kančią ir panašenis į obsesinio-kompulsinio spektro simptomatiką. Literatūroje nurodoma, kad obsesinis pavydas gali reaguoti į SSRI, ypač fluoksetiną, o toks gydymo kelias skiriasi nuo tikro kliesinio pavydo, kuriame dominuoja antipsichotikai [1]. Park ir kt. apžvalgoje antidepresantai buvo vartoti 14 atvejų; minėti lofepraminas, sertralinas, paroksetinas, bupropionas, klomipraminas, escitalopramas, fluvoksaminas, nortriptilinas ir venlafaksinas [8]. Machado ir kt. taip pat nurodo, kad antidepresanto pridėjimas prie antipsichotiko gali būti susijęs su geresniu atsaku, nors šis skirtumas nebuvo statistiškai reikšmingas [9].

Nuotaikos stabilizatoriai ir antikonvulsantai nėra pagrindinė OS gydymo kryptis, tačiau jie gali būti svarbūs tais atvejais, kai yra afektinis nestabilumas, impulsyvumas, agresyvumas, bipolinio spektro simptomai ar neurologinis pažeidžiamumas. Park ir kt. apžvalgoje nuotaikos stabilizatoriai minėti trijuose atvejuose – vartotas valproatas ir karbamazepinas [8]. Silva ir kt. analizėje taip pat matyti, kad daliai pacientų, ypač turėjusių šizofrenijos, organinės patologijos ar agresyvumo komponentą, antikonvulsantai buvo siejami su bent daliniu pagerėjimu [3]. Vis dėlto dėl mažų imčių ir atvejų aprašymų pobūdžio šių vaistų negalima laikyti specifiniu OS gydymu; jie veikiau taikomi individualiai, pagal gretutinį afektinį, impulsyvų ar neurologinį profilį.

Klozapinas minėtinas kaip rezervinis vaistas gydymui atsparių psichozių arba Parkinsono ligos psichozės kontekste. Manschreck ir Khan apžvalgoje klozapinas buvo taikytas tik pavieniauose atvejuose, tačiau pastebėtas svarbus klinikinis dėsningumas: nors centrinis kliesesys dažnai visiškai neišnykdavo, sumažėdavo lydinčys simptomai, tokie kaip nerimas, agitacija ar elgesio dezorganizacija, o kai kuriuose aprašymuose pagerėdavo funkcionavimas ir gyvenimo kokybė [105]. Tai svarbu, nes gydymo sėkmė OS atveju neturėtų būti vertinama vien pagal absoliutų kliesesio išnykimą.

Gydymo laikymasis, šalutiniai reiškiniai ir ilgalaikė prevencija

Vienas svarbiausių farmakologinės prevencijos aspektų yra gydymo laikymasis. Kliesesiniu pavydu sergantys pacientai dažnai neturi įžvalgos, todėl vaistų vartojimą gali laikyti nereikalingu, primestu ar net patvirtinančiu „sąmokslą“. Manschreck ir Khan pabrėžia, kad adherencija literatūroje aptarta nepakankamai, nors bent 5,4 % pacientų galėjo nesilaikyti paskirto gydymo režimo; autoriai pagrįstai kelia prielaidą, kad realus nesilaikymo mastas tikriausiai yra didesnis [105]. Munro taip pat akcentavo, kad blogi gydymo rezultatai kartais klaidingai interpretuojami kaip paties kliesesinio sutrikimo atsparumas, nors iš tikrųjų jie gali būti susiję su netinkamu vaistų vartojimu [12]. Šiame kontekste svarbūs ilgai veikiantys injekciniai antipsichotikai. Machado ir kt. aprašytame atvejuje geriamasis risperidonas buvo veiksmingas, tačiau pacientui nutraukus gydymą įvyko atkrytis; vėliau pereita prie ilgai veikiančių injekcinių preparatų, o galiausiai paliperidono palmitatas padėjo stabilizuoti būklę [9]. Todėl kai yra menka įžvalga, pasikartojantys atkryčiai, smurto rizika ar nuolatinis geriamųjų vaistų nutraukimas, ilgai veikiantys injekciniai antipsichotikai gali būti svarbi prevencinė priemonė.

Farmakologinis gydymas turi būti individualizuotas ir dėl galimų šalutinių reiškinių. Vyresniems ar neurologiškai pažeidžiamiems pacientams būtina vertinti ekstrapiramidinių simptomų, sedacijos, ortostatinės hipotenzijos, metabolinių sutrikimų, kognityvinio pablogėjimo ir QTc intervalo pailgėjimo riziką. Tai ypač aktualu renkantis tarp tipinių ir atipinių antipsichotikų, taip pat sprendžiant dėl pimozido ar haloperidolio vartojimo. Be to, ilgalaikė dopamino D2 receptorių blokada gali sukelti sudėtingų jatrogeninių reiškinių. Rajkumar (2014) aprašytame atvejuje

pacientė, sirgusi kliesesiniu sutrikimu, pavydo tipo, po ilgalaikio antipsichotikų vartojimo ir ziprazidono dozės padidėjimo patyrė vėlyvosios diskinezijos požymius ir naują psichozinę simptomatiką – persekiojimo kliesesius, klausos haliucinacijas ir minčių įterpimo fenomeną. Kadangi pirminis neišstikimybės kliesesys tuo metu buvo išnykęs, autoriai šią būklę siejo ne su paprastu ligos progresavimu, bet su galimu padidėjusio dopaminerginio jautrumo / supersensitivityumo psichozės mechanizmu [188]. Tai rodo, kad prevencija turi apimti ne tik pakankamą gydymą, bet ir apsaugą nuo per didelio, per ilgo ar netinkamai modifikuojamo antipsichozinio gydymo.

Organinės priežastys ir somatinės intervencijos

Dar viena galimai perspektyvi kryptis yra acetilcholinesterazės inhibitoriai, ypač rivastigminas. Aprašytuose atvejuose šis vaistas, iš pradžių skirtas delyrai gydyti, buvo susijęs ne tik su pažinimo funkcijų (dėmesio, orientacijos, mąstymo) pagerėjimu, bet ir su kliesesių intensyvumo bei dažnio sumažėjimu. Tokie duomenys rodo, kad tam tikrais atvejais (ypač Parkinsono ligos ar demencijos kontekste) rivastigminas gali būti svarstomas kaip papildoma ar net ankstyva gydymo strategija [189].

Po insulto atsakas į neuroleptikus gali būti prastesnis nei neurodegeneracinių ligų ar Parkinsono ligos atvejais [10].

Kai OS kyla dėl organinių ar somatinių priežasčių, farmakologija kartais turi būti derinama su somatinėmis ar chirurginėmis intervencijomis. Park ir kt. apžvalgoje minimi naviko rezekcijos, trečiosios ventrikulostomijos, torakalinės operacijos kartu su prednizonu ir kiti atvejai, kai gydymas buvo nukreiptas į pagrindinę patologiją, o ne vien į psichozės simptomus [8]. Panašiai hiperparatiroidizmo atveju neuropsichiatriniai simptomai gali sumažėti pašalinus paratiroidinę adenomą, nes gydomas pats metabolinis sutrikimas, galėjęs prisidėti prie psichozinės simptomatikos [181]. Tokie atvejai primena, kad farmakologinė intervencija turi būti derinama su neurologiniu, endokrinologiniu, onkologiniu bei kraujagysliniu ištyrimu, jei klinikinė eiga rodo galimą organinį pagrindą.

Papildomai, kai OS susijęs su neurodegeneracinėmis ar afektinėmis būklėmis, gali būti svarstomos ir kitos biologinės intervencijos. Pavieniuose atvejuose parodyta, kad elektrokonvulsinė terapija (EKT) gali sumažinti tiek nuotaikos simptomus, tiek kliesesių intensyvumą, ypač kai yra ryškus afektinis komponentas (pvz., depresija su psichoziniais požymiais) [138,189]. Vis dėlto jos taikymą gali riboti šalutiniai reiškiniai, tokie kaip post-EKT delyras, kognityvinis pablogėjimas ir dezorientacija, kurie ypač aktualūs vyresnio amžiaus ar neurologiškai pažeidžiamiems pacientams.

Farmakologinių principų apibendrinimas

Apibendrinant, farmakologinė OS prevencija ir gydymas remiasi keliais principais. Pirma, būtina nustatyti etiologinį kontekstą: pirminis kliesesinis sutrikimas, šizofrenija, afektinis sutrikimas,

demencija, Parkinsono liga, psichoaktyvios medžiagos, somatinė ar neurologinė liga reikalauja skirtingo gydymo akcento. Antra, antipsichotikai išlieka pagrindinis vaistų pasirinkimas kliesesinio pavydo atveju, tačiau nėra pakankamų duomenų, kad vienas preparatas, įskaitant pimozidą, būtų universaliai pranašesnis už kitus. Trečia, antidepresantai, SSRI, nuotaikos stabilizatoriai, acetilcholinesterazės inhibitoriai ar somatinės intervencijos turi būti taikomi pagal gretutinį klinikinį profilį. Ketvirta, ilgalaikė prevencija priklauso nuo gydymo laikymosi, todėl ilgai veikiantys injekciniai antipsichotikai gali būti svarstomi tada, kai pacientas neturi įžvalgos arba pakartotinai nutraukia gydymą. Penkta, gydymas turi būti saugus: būtina vengti nepagrįstos polifarmacijos, stebėti šalutinius reiškinius ir neatmesti jatrogeninių komplikacijų. Todėl efektyvi farmakologinė strategija OS atveju yra ne vien „kliesesio slopinimas“, bet individualizuotas, etiologiškai pagrįstas ir rizikos prevencijai skirtas gydymas.

3.12.3. Psichoterapija

Psichoterapijos bendrieji principai

Psichoterapija OS atvejais yra sudėtinga, ypač kai susiduriama su tvirtai įsitvirtinusiis kliesesiniais įsitikinimais. Prieš pasirenkant psichoterapijos kryptį būtina įvertinti, kokia pavydo forma dominuoja: kliesesys, obsesija, perversinta idėja ar mišrus fenomenas. Šis skirtumas kliniškai svarbus, nes nepsichozinio ir obsesinio pavydo atvejais psichoterapija gali būti pagrindinė intervencija, o kliesesinio ar psichozinio pavydo atvejais ji dažniausiai tampa integruoto gydymo dalimi kartu su farmakoterapija, pagrindinės ligos gydymu ir rizikos valdymu [1,8].

Šią ribą būtina išlaikyti ir interpretuojant psichoterapijos tyrimus. Dauguma psichoterapijos duomenų, ypač apie KET ir KAT, gauti tiriant nepsichozinį arba obsesinį liguistą pavydą, todėl jų išvadų negalima tiesiogiai perkelti pacientams, kurių pavydas yra tikras kliesesys. Psichozinių OS atvejų literatūra daug dažniau remiasi farmakoterapija, klinikiniais atvejais ir teismo psichiatrijos duomenimis [116]. Todėl kliesesiniais atvejais psichoterapijos tikslai turi būti realistiški: mažinti distresą, stiprinti gydymo laikymąsi, atpažinti atkryčio požymius, riboti alkoholio ar kitų medžiagų vartojimą, gerinti miegą, impulsų kontrolę ir mažinti pavojingą elgesį. Psichoterapija neturėtų būti pristatoma kaip vienintelė priemonė kliesesiui panaikinti.

Rekomenduojama pradėti ne nuo tiesioginio kliesesio ginčijimo, bet nuo bendrų terapinių tikslų nustatymo bei dėmesio paciento ir partnerio patiriamam distresui. Tiesioginis įrodinėjimas, kad partneris nėra neištikimas, dažnai tik sustiprina gynybiškumą, nepasitikėjimą ir terapeuto įtraukimą į „sąmokslą“ sistemą. Todėl pradinėse stadijose svarbiau dirbti su kančia, nemiga, nerimu, pykčiu, impulsų kontrole, santykių įtampa ir realiu saugumu, o ne su formaliu kliesesio paneigimu. Terapeuto gebėjimas užmegzti terapinį aljansą laikomas esminiu veiksmu, ypač dirbant su pacientais, turinčiais pasitikėjimo sunkumų. Ankstyvose stadijose gali būti tikslinga nagrinėti

saugesnes temas, pavyzdžiui, ankstyvuosius šeimos santykius, apleistumo ar pažeminimo patirtis, palaipsniui pereinant prie jautresnių pavydo turinio aspektų. Psichodinaminiam kontekste taip pat svarbu išlaikyti aiškias profesines ribas ir atidžiai stebėti psichologines gynybas, kurios atsiskleidžia perkėlimo procese [111].

Bendrieji psichoterapijos tikslai apima ne tik pavydo minčių mažinimą, bet ir funkcionalumo atkūrimą: santykių ribų aiškinimąsi, kompulsyvaus tikrinimo mažinimą, pykčio reguliaciją, depresijos ir gėdos mažinimą, savivertės stiprinimą, socialinės izoliacijos mažinimą ir saugumo planavimą. Praktikoje svarbu atskirti paciento subjektyvų įsitikinimą nuo objektyvaus pavojaus partneriui: net jei neištikimybės kliesdys nėra pagrįstas, paciento elgesys gali būti labai realiai pavojingas. Todėl psichoterapija turi būti derinama su smurto rizikos vertinimu, informuotu konfidencialumo ribų aptarimu ir, kai reikia, psichiatro, socialinių tarnybų ar teisėsaugos įtraukimu [1,111].

Kognityvinė elgesio terapija ir elgesio intervencijos

Kognityvinė elgesio terapija (KET) yra viena iš labiausiai ištirtų psichoterapinių intervencijų gydant liguistą pavydą, ypač nepsichoziniais ir obsesiniais atvejais. Pirmieji sistemingi duomenys pateikti Bishay ir kt. (1989), kurie nustatė reikšmingą pagerėjimą 10 iš 13 pacientų, t. y. apie 77 %, gydytų kognityvine terapija [190]. Vėlesnis Dolan ir Bishay (1996) tyrimas buvo metodologiškai stipresnis: jame buvo vertinti 30 nepsichozinio liguisto pavydo turinčių ambulatorinių pacientų, o 12 savaičių laukimo laikotarpiu simptomai reikšmingai nekito, kas rodė būklės stabilumą be aktyvios intervencijos. Po kognityvinės terapijos daugumai pacientų pagerėjo kognityviniai, emociniai ir elgesio pavydo rodikliai, o pokyčius patvirtino ir partnerių vertinimai [117]. Tai svarbu, nes parodo, kad patologinis pavydas nėra tik momentinis santykių konfliktas, bet gali būti gana patvari klinikinė problema, kuriai reikalingas struktūruotas gydymas.

KET veiksmingumas siejamas su gebėjimu keisti klaidingas interpretacijas, pavyzdžiui, partnerio tylėjimą, vėlavimą ar nuovargį suvokiant kaip neištikimybės įrodymą. Terapijoje taip pat dirbama su katastrofizavimu, selektyviu dėmesiu grėsmės signalams, hiperbudrumu, per dideliu pavienių įvykių apibendrinimu ir įrodymų rinkimu [20]. Praktiniu lygmeniu svarbu mažinti elgesio modelius, kurie palaiko pataloginį pavydą: nuolatinį tikrinimą, partnerio apklausinėjimą, telefono ar socialinių tinklų kontrolę, sekimą, reikalavimą prisipažinti, draudimus bendrauti su kitais asmenimis ir pasikartojantį užtikrinimo prašymą. Tokie veiksmai trumpam sumažina nerimą, bet ilgai sustiprina įsitikinimą, kad grėsmė reali ir būtina ją nuolat tikrinti.

Elgesio terapija taip pat buvo taikoma kaip intervencijos forma. Cobb ir Marks (1979) aprašė gydymą 4 pacientams, naudojant ekspoziciją, reakcijos prevenciją, minčių stabdymą ir socialinių įgūdžių lavinimą. Šis metodų derinys buvo efektyvus 3 atvejais mažinant ritualus, nors ruminavimas sumažėjo tik 1 pacientui, todėl rezultatai rodo dalinį, o ne universalų metodo

veiksmingumą [110]. Šis skirtumas kliniškai reikšmingas: tikrinimo ritualai gali sumažėti greičiau nei vidinės pavydo ruminacijos, todėl gydymui dažnai reikia ilgesnio darbo su nerimo toleravimu, savivertės schema ir emocinio nesaugumo šaknimis.

Curling ir Kellett (2018) vieno atvejo tyrime parodė, kad kognityvinė analitinė terapija (KAT), taikyta pacientui su obsesiniu liguistu pavydu, reikšmingai sumažino įkyrias mintis ir kompulsyvų partnerio tikrinimą [191]. Vėlesnėje KAT atvejų serijoje buvo aprašyti 3 obsesinio liguisto pavydo atvejai, kuriuose visi dalyviai stebėjimo laikotarpiu pasiekė „nepavydžių“ asmenų kategoriją pagal naudojamus vertinimo instrumentus, tačiau dėl mažos imties šie rezultatai turi būti laikomi preliminariais. Kellett ir Totterdell darbe, lyginant KET ir KAT, KAT atveju labiau sumažėjo pavydas, nerimas ir hiperbudrumas, pagerėjo savivertė, nors abiejų metodų efektų dydžiai buvo dideli. Vis dėlto dėl labai mažos imties ir vieno atvejo dizaino šie rezultatai negali būti apibendrinami visiems OS pacientams [192].

KET ir KAT intervencijos ypač tinka tada, kai pacientas turi bent dalinę įžvalgą, geba abejoti savo įsitikinimais arba pats išgyvena pavydo mintis kaip varginančias ir nepageidaujamas. Jei pavydas yra visiškai egosintoniškas, kliesdinis ir pacientas nemato savo įsitikinimų kaip probleminių, psichoterapija turi būti labiau orientuota į rizikos elgesio mažinimą, terapinio ryšio palaikymą, įtampos reguliavimą ir gydymo laikymąsi, o ne į greitą įsitikinimo pakeitimą [1,193].

Psichodinaminė ir psichoanalitinė perspektyva

Psichodinaminė terapija gali būti naudinga pacientams, kuriems būdingi asmenybės sutrikimų bruožai, ypač paranoidiniai ar ribiniai. Tokiais atvejais terapija orientuojama į savivertės stiprinimą, emocinių konfliktų analizę, prieraišumo modelių supratimą ir santykiuose pasikartojančių grėsmių interpretacijų atpažinimą [1,111]. Klinikinėje praktikoje patologinis pavydas dažnai susijęs su baime būti paliktam, pažemintam, pakeistam ar demaskuotam kaip „nepakankamam“. Todėl pavydas gali veikti kaip gynyba nuo gilesnių pažeidžiamumo, gėdos ir priklausomybės jausmų. Psichoanalitinėje perspektyvoje pavydas siejamas su savivertės pažeidžiamumu, priklausomybe nuo objekto, projekciniais mechanizmais ir ankstyvųjų santykių patirtimis. Fenichel (1945) pavydą siejo su narcisistine priklausomybe nuo objekto, tačiau praktinis šios krypties taikymas Otelo sindromo atvejais išlieka ribotas. Freeman (1990) aprašė tik 4 liguisto pavydo atvejus, iš kurių 2 buvo nepsichoziniai, todėl psichoanalitinės interpretacijos gali būti kliniškai naudingos suprantant santykių dinamiką, bet jų empirinė bazė OS gydyme išlieka silpna [12,14,93].

Vis dėlto šią empirinę ribą reikėtų interpretuoti atsargiai. Ji nereiškia, kad psichoanalitinė perspektyva yra nereikšminga, bet rodo, kad jos vieta OS analizėje nėra tokia pati kaip farmakoterapijos ar standartizuotų psichoterapinių intervencijų efektyvumo tyrimų. Psichoanalitinė tradicija pirmiausia padeda ne nustatyti specifinį gydymo algoritmą, bet suprasti, kokią psichinę funkciją atlieka kliesdinis pavydas: ką jis gina, kokį praradimą ar pažeminimą bando sutvarkyti,

kokias projekcijas palaiko ir kodėl partnerio autonomija pacientui tampa tokia nepakeliama. Todėl šiame darbe psichoanalizė nėra traktuojama kaip savarankiškas etiologinis ar įrodymais pagrįstas OS gydymo modelis. Ji veikiau naudojama kaip klinikinė-hermeneutinė perspektyva, papildanti diagnostiką, rizikos vertinimą ir biologinius bei socialinius aiškinimus.

Psichodinaminėje terapijoje būtinas atsargumas, kai pacientas yra aktyviai psichozinis ar turi stiprų persekiojimo pobūdžio mąstymą. Per ankstyvos interpretacijos apie projekciją, seksualinius konfliktus ar perkėlimą gali būti suvokiamos kaip kaltinimas, terapeuto priešiškus arba partnerio pusės palaikymas. Todėl kliedesinio pavydo atvejais psichodinaminis supratimas labiau padeda terapeutui orientuotis paciento emocinėje dinamikoje, o ne būtinai tampa tiesioginio interpretavimo medžiaga pacientui. Pavydas psichoterapijoje dažnai lieka paslėptas, nes yra susijęs su gėda, kalte, prastesnumo jausmu ir grėsme savivaizdžiui.

Porų terapija ir santykių dinamika

Kadangi kliedesinis pavydas iš esmės veikia tarpasmeninius santykius, porų terapija gali būti svarstoma tik atrinktais atvejais, kai nėra ūmios smurto, persekiojimo ar prievartinės kontrolės rizikos. Porų terapija neturėtų būti taikoma automatiškai vien todėl, kad problema pasireiškia poros santykiuose. Jei partneris bijo paciento, patiria grąsinimus, yra sekamas, kontroliuojamas ar verčiamas prisipažinti, pirmiausia reikalingas saugumo planas ir individualus darbas, o ne bendra terapija. Tokiais atvejais porų terapija gali net padidinti riziką, nes partnerio pasisakymai sesijoje gali būti vėliau panaudoti kaip „įrodymai“ arba tapti naujų kaltinimų pagrindu.

Atrinktais atvejais porų terapija siekia iš naujo apibrėžti santykių ribas, sumažinti destruktivius elgesio modelius ir pagerinti komunikaciją. Nustatyta, kad ši terapija gali sumažinti pavydaus elgesio intensyvumą ir dažnį, tačiau ne visada lemia visišką simptomų išnykimą [14,194,195]. Terapijoje svarbu atsižvelgti į tai, kad partnerio reakcijos, pavyzdžiui, nuolaidžiavimas, nuolatinis raminimas, vengimas, priešiškus arba melagingas prisipažinimas siekiant nutraukti konfliktą, gali netyčia palaikyti patologinio pavydo ciklą. Todėl jos taip pat tampa terapinio darbo objektu.

Kai kuriais atvejais taikomos specifinės intervencijos, tokios kaip vaidmenų žaidimas, elgesio eksperimentai ar struktūruoti komunikacijos pratimai, skirti gerinti įžvalgą ir skatinti adaptyvius konfliktų sprendimo būdus [195,196]. De Silva aprašytas vaidmenų apsikeitimo metodas rodo, kad kai kuriems pacientams gali padėti partnerio perspektyvos patyrimas, tačiau tokios intervencijos tinkamos tik tada, kai pacientas geba reflektuoti, nėra ūmiai psichozinis ir nekelia tiesioginės grėsmės [197].

Svarbus aspektas yra ir tai, kad realios neištikimybės atvejais situacija dažnai komplikuojasi. Prisipažinimas gali ne sumažinti, o sustiprinti kliedesinius įsitikinimus, sukeldamas naują kaltinimų ir kontrolės ciklą. Net melagingas prisipažinimas, kurį partneris pateikia siekdamas nutraukti spaudimą, gali tapti „galutiniu įrodymu“ paciento kliedesinėje sistemoje. Todėl terapijoje svarbu ne

tik faktai, bet ir jų interpretacija, emocinis poveikis ir elgesio pasekmės. Terapinis tikslas nėra atlikti neištikimybės tyrimą, o mažinti destruktivią pavydo dinamiką, saugoti partnerį ir padėti pacientui kurti alternatyvius reagavimo būdus.

Psichoterapijos taikiniai apima pyktį, depresiją, savivertės sumažėjimą, kognityvinius iškraipymus, hiperbudrumą grėsmės signalams, kompulsyvų tikrinimą, sekimą, apklausinėjimą ir pasitikėjimo problemas [111]. Taip pat svarbu stiprinti abiejų partnerių atsparumą, skatinti autonomiją, atskiras veiklas, socialinius ryšius ir mažinti tarpusavio priklausomybę. Partnerio autonomijos stiprinimas yra ne tik santykių kokybės, bet ir prevencijos klausimas, nes socialiai izoliuotas partneris turi mažiau galimybių kreiptis pagalbos padidėjus smurto rizikai.

Nepaisant teorinių ir klinikinių įžvalgų, psichoterapijos efektyvumo įrodymai OS atvejais išlieka riboti. Didžioji dalis psichoterapinių duomenų gaunama iš mažų imčių, vieno atvejo dizainų ar senesnių klinikinių aprašymų. KET tyrimai daugiausia apima nepsichozinį liguistą pavydą, KAT duomenys apsiriboja keliais obsesinio pavydo atvejais, o psichoanalitiniai ir psichodinaminiai darbai dažniausiai yra teoriniai arba aprašomieji [93,117,191].

Taikant integruotą biopsichosocialinį modelį, apimančią farmakoterapiją, psichoterapiją, elgesio intervencijas, porų ar šeimos darbą tik saugiais atvejais, priklausomybių gydymą ir smurto prevenciją, galima pasiekti reikšmingą klinikinį pagerėjimą. Vis dėlto OS gydymas neturėtų būti vertinamas vien pagal klijedesio intensyvumo sumažėjimą. Klinikinė sėkmė taip pat reiškia sumažėjusį sekimą, mažesnę partnerio kontrolę, geresnę impulsų kontrolę, saugesnius santykius, gydymo laikymąsi ir aiškų atkryčio prevencijos planą [8,14].

Lentelė 1. PubMed paieškoje identifikuotų ir pagal tinkamumo kriterijus atrinktų 2005–2026 m. publikacijų charakteristikos

Lentelėje pateikiamos 68 į lentelių analizę įtrauktos 2005–2026 m. PubMed publikacijos (iš 106 identifikuotų įrašų).

Nurodomi autoriai, šalis, tyrimo tipas, imtis, populiacija, nagrinėtas reiškinys ir pagrindinė reikšmė šiai apžvalgai; tai nėra visas darbe cituotų šaltinių sąrašas.

Autorius, metai, šaltinio nr.	Šalis	Tyrimo tipas	Imtis (n)	Populiacija / kontekstas	Nagrinėtas reiškinys	Pagrindinė reikšmė darbui
1. Shalaby ir kt., 2023 [167]	Saudo Arabija	Skerspjūvio tyrimas	101	Hospitalizuoti vyrai su amfetamino (Captagon) sukelta psichoze	Neištikimybės kliesediai	Vertina neištikimybės kliesedžių dažnį tarp Captagon sukeltos psichozės pacientų
2. Cipriani ir kt., 2012 [123]	Nenurodyta	Apžvalga	Nenurodyta	Demencija sergantys pacientai	Otelo sindromas (kliesedinis pavydas)	Sisteminė literatūros analizė, apimanti klinikinius atvejus
3. Foley, Chen, Paget ir Cipolotti, 2023 [165]	Nenurodyta	Teorinis / konceptualus straipsnis su 3 klinikinėmis vinjetėmis	3	Parkinsono liga sergantys pacientai	Otelo sindromas sergant Parkinsono liga	Straipsnyje siūlomas Bajesinio prediktyvaus apdorojimo modelis; pateikiamos 3 pacientų vinjetės; autoriai nurodo, kad pacientai davė sutikimą publikuoti.
4. Miller ir kt., 2010 [180]	JAV	Literatūros apžvalga + klinikinis atvejo aprašymas	Nenurodyta (1 klinikinis atvejis)	Psichiatriniai pacientai (klinikinis atvejis: 54 m. vyras)	Otelo sindromas (kliesedinis pavydas)	Apima literatūros apžvalgą, kelis klinikinius atvejus, gydymo ir slaugos strategijas
5. De Michele ir kt., 2021 [127]	Nenurodyta	Sisteminė apžvalga + atvejų serija	153 (PL kohorta); OS: 11; be OS: 11	Parkinsono liga sergantys pacientai	Otelo sindromas (kliesedinis pavydas)	Į apžvalgą įtraukti 8 tyrimai (4 atvejų serija, 4 skerspjūvio)
6. El Otmani H. ir kt., 2020 [162]	Nenurodyta	Retrospektyvinė atvejų serija	250 (iš jų OS n = 5)	Parkinsono liga sergantys pacientai	Otelo sindromas (kliesedinis pavydas)	Vertinti pacientai per 2 metus (2018–2019); DSM-V kriterijai OS
7. Hjie ir kt., 2024 [10]	Nenurodyta	Atvejo aprašymas	1	50 m. moteris po insulto	Otelo sindromas (kliesedinis pavydas)	Dvipusis gumburinis infarktas dėl Percheron arterijos okliuzijos
8. Graff-Radford ir kt., 2011 [137]	JAV (Mayo Clinic)	Retrospektyvinė atvejų serija	105	Pacientai su Otelo sindromu	Kliesedinis pavydas (Otelo sindromas)	1998–2009; elektroninių medicininių įrašų duomenys
9. Kuruppuarachi & Seneviratne, 2011 [5]	Nenurodyta (minima Sri Lanka raktažodžiuose)	Atvejų serija	5	Suaugę pacientai	Organinis kliesedinis sutrikimas su pavydo kliesediais (Otelo sindromas)	5 klinikiniai atvejai su skirtingomis organinėmis etiologijomis
10. Reutens ir kt., 2023 [174]	Australija	Retrospektyvinė teismų bylų analizė	40 atvejų: 27 jaunesni <50 m.; 13 vyresni ≥50 m.	Asmenys, kaltinti sunkiais smurtiniais nusikaltimais Australijos teismuose 1987–2017 m.	Kliesedinis pavydas / neištikimybės kliesediai	Duomenys rinkti iš „AustLII“ ir „WestLawAu“ teisinių duomenų bazių; straipsnyje vienoje vietoje minima „28 younger“, bet tolesnė analizė pateikia 27 jaunesnius ir 13 vyresnių atvejų.
11. Kataoka & Sugie, 2018 [138]	Japonija	Literatūros apžvalga / atvejų analizė	67	Parkinsono liga sergantys pacientai	Otelo sindromas / kliesedinis pavydas	Įtraukti 5 atvejų aprašymai, 4 atvejų serijos, 3 tyrimai, ankstesnė autorių serija ir 1 naujas atvejis
12. Hashimoto, Ikeda, Sakamoto, 2015 [136]	Japonija	Originalus klinikinis tyrimas; ambulatorinių demencija sergančių pacientų analizė	208	Demencija sergantys ambulatoriniai pacientai, turintys sutuoktinį; vid. amžius 77,0 ± 8,0 m.	Kliesedinis pavydas / Otelo sindromas demencijoje	Tyrimo laikotarpis: 2011 m. rugsėjis – 2012 m. rugpjūtis; įtraukti tik kliniškai reikšmingi atvejai, kuriems reikėjo intervencijos

Autorius, metai, šaltinio nr.	Šalis	Tyrimo tipas	Imtis (n)	Populiacija / kontekstas	Nagrinėtas reiškinys	Pagrindinė reikšmė darbui
13. Graff-Radford ir kt., 2010 [163]	JAV	Atvejų serija	7	Idiopatinė Parkinsono liga (be demencijos)	Otelo sindromas (kliesesinis pavydas)	Visi pacientai gydyti dopamino agonistais; OS laike susijęs su jų skyrimu
14. Curling ir kt., 2017 [191]	Jungtinė Karalystė	Adjudikuotas hermeneutinis vieno atvejo efektyvumo dizainas / SCED	1	38 m. moteris	Obsesinis liguistas pavydas	16 sesijų kognityvinė analitinė terapija; 3 sesijos bazinė fazė, 13 aktyvaus gydymo sesijų, stebėjimas po 11 savaičių
15. Singh S.K. ir kt., 2017 [132]	Indija	Skerspjūvio, aprašomasis tyrimas	50	Psichiatrijos ambulatoriniai pacientai (iš 970 skrininguotų; 658 tinkami; 174 atrinkti; 50 atitiko kriterijus)	Liguistas pavydas (obsesinis, pervertinta idėja, kliesesinis)	Tyrimas atliktas PMCH (Patna), naudoti TLK-10 DCR kriterijai
16. Perugi ir kt., 2012 (publ. 2013) [198]	Italija	Stebimasis klinikinis tyrimas (išplėstinė analizė po skerspjūvio tyrimo)	20	Parkinsono liga sergantys pacientai (15 be demencijos, 5 su demencija)	Kliesesinis pavydas (Otelo sindromas)	Visi pacientai identifikuoti ankstesniame skerspjūvio tyrime; vertinta klinika ir gydymas
17. Easton, Schipper & Shackelford, 2008 [16]	Nenurodyta	Archyvinė publikuotų atvejų istorijų analizė	398	Anglų kalba publikuotos pavydo sutrikimų atvejų istorijos, 1940–2002 m.	Kliesesinis pavydas, pataloginis pavydas, liguistas pavydas, Otelo sindromas, pavydo tipo kliesesinis sutrikimas	298 vyrai, 100 moterų; amžius 18–98 m.; M = 43,5; SD = 12,0; amžius nenurodytas 27 atvejais
18. Park ir kt., 2024 [8]	JAV	Sisteminė literatūros apžvalga su 2 iliustraciniais klinikiniais atvejais	73 literatūros atvejai + 2 nauji atvejai	Suaugę pacientai ≥18 m., kuriems aprašytas Otelo sindromas	Otelo sindromas / kliesesinis pavydas	Atranka iki 2023-08; peržiūrėta 705 santraukos, 118 pilnų tekstų; įtraukta 53 publikacijos su 73 atvejais, publikuotais 1983–2023 m.
19. Foley ir kt., 2017 [199]	Nenurodyta	Neuropsichologinis klinikinis tyrimas (atvejų serija su palyginamąja grupe)	5 (Otelo sindromas) + 5 (kontrolė) iš ~400 PL pacientų	Parkinsono liga sergantys pacientai	Otelo sindromas (kliesesinis pavydas)	Visi pacientai gydyti dopamino agonistais; atliktas neuropsichologinis testavimas
20. Adam ir kt., 2014 [200]	Nenurodyta	Atvejų serija	3	Parkinsono liga sergantys pacientai	Otelo sindromas (kliesesinis pavydas)	Visi pacientai vyrai; dopamino agonistų sukelti simptomai; taikytas STN DBS
21. Ortigue & Bianchi - Demicheli, 2011 [106]	Nenurodyta	Literatūros apžvalga	20 neurologinių pacientų; 22 sveiki asmenys neurovaizdinimo tyrime	Neurologiniai pacientai po smegenų pažeidimo ir sveiki tiriamieji	Pavydas / kliesesinis pavydas / Otelo sindromas	Įtrauktos publikacijos iki 2010 m. kovo; rasta 17 publikacijų apie 20 neurologinių pacientų ir 2 neurovaizdinimo tyrimai
22. Rao & Aparna, 2017 [201]	Indija	Atvejo aprašymas	1	24 m. moteris (natal female) su lyties disforija	Liguistas pavydas + depresija	Individualus klinikinis atvejis su psichoterapiju ir farmakologiniu gydymu (SSRI)
23. Fujishiro ir kt., 2015 [202]	Japonija	Atvejo aprašymas + neuropatologinis patvirtinimas	1	77 m. moteris	Alzheimerio liga su kliesesiniu pavydu (Otelo sindromas)	Autopsiškai patvirtintas “hippocampal-sparing AD”
24. Zheng ir kt., 2019 [203]	Kinija	fMRI dimensinis neurovaizdinimo tyrimas	85	Sveiki jauni suaugusieji, 18–27 m.	Patologinis pavydas netirtas; vertintas bruožinis pavydas	Iš pradžių įtraukti 92 dalyviai; 7 atmeti. Naudota „Multidimensional Jealousy Scale“, „Buss–Perry Aggression Questionnaire“, emocinių veidų atpažinimo užduotis ir ramybės būsenos fMRI.
25. Rajkumar (2014) [188]	Nenurodyta	Atvejo aprašymas	1	44 m. moteris	Kliesesinis sutrikimas, pavydumo tipas + supersensityvinė psichoze	Ilgalaikis antipsichotikų vartojimas; gydymas ziprazidonu, vėliau asenapinu

Autorius, metai, šaltinio nr.	Šalis	Tyrimo tipas	Imtis (n)	Populiacija / kontekstas	Nagrinėtas reiškinys	Pagrindinė reikšmė darbui
26. Luauté ir kt., 2008 [141]	Nenurodyta	Atvejo aprašymas	1	77 m. vyras po dešinėsios vidurinės smegenų arterijos infarkto	Kliedesinis pavydas	Neurovaizdiniai tyrimai: CT ir SPECT
27. Stravog iannis ir kt., 2018 [204]	Brazilija	Lyginamasis klinikinis tyrimas	65	32 pataloginio pavydo ir 33 pataloginės meilės pacientai	Patologinis pavydas; pataloginė meilė	Tirta PRO-AMITI ambulatorinėje klinikoje; psichoziniai simptomai ir kliedesinis pavydas buvo ekskliuduoti
28. Otori ir kt., 2024 [205]	Japonija	Atvejo aprašymas	1	81–82 m. moteris	VLOSLP su kliedesiniu pavydu + LBD biomarkeriai	LBD biomarker-positive; prodrominis DLB; psichologinė intervencija
29. Liu ir kt., 2018 [206]	Nenurodyta	Retrospektyvinė stebėjimo studija (atvejų serija)	32	Pacientai su TLK-9 kodu 297 (kliedesiniai sutrikimai)	Pirminis kliedesinis pavydas (Otelo sindromas)	Itraukti tik atvejai be antrinių priežasčių (ne dėl demencijos, šizofrenijos ar kitų medicininių būklių)
30. Poletti ir kt., 2012 [161]	Italija	Skerspjuvio tyrimas	805	Parkinsono liga sergantys pacientai	Kliedesinis pavydas (DJ), haliucinacijos (VH)	Vertinta dopaminerginės terapijos sąsaja su DJ ir VH
31. Cannas ir kt., 2006 [113]	Italija	Atvejo aprašymas	1	51 m. vyras, sergantis Parkinsono liga	Parafilija (froteurizmas) + kliedesinis pavydas	Dopaminerginė terapija (pergolidas); intervencija – dozės mažinimas + kvetiapias
32. Strobbe-Barbat ir kt., 2020 [144]	Peru	Atvejo aprašymas	1	26 m. vyras	Otelo sindromas (antrinis organinei patologijai)	Susijęs su dešinio frontalinio smegenų tuberkulomos pažeidimu
33. Bisol & Lara, 2008 [207]	Brazilija	Atvejų serija	3	Suaugę pacientai su pataloginiu pavydu	Patologinis pavydas	DSM-IV neatitiko paranoidinio asmenybės sutrikimo (1 ir 3 atv.); 1 atv. – be psichiatrinės diagnozės; 2 atv. – kliedesinis sutrikimas (jealous type); 3 atv. – ciklotiminis sutrikimas
34. Kellett & Totterdell, 2011 [192]	Jungtinė Karalystė	Suderinti A/B vieno atvejo eksperimentiniai dizainai (SCED) su stebėjimu po gydymo	2 pacientės + 2 partneriai	Dvi ištekęsios moterys, turinčios lėtinį liguistą pavydą; jų partneriai pildė atskirus vertinimus	Liguistas pavydas	Lygintas KET ir KAT atsakas laike. Abi pacientės gavo 3 vertinimo, 13 gydymo ir 1 stebėjimo sesiją. Farmakologinis gydymas netaikytas.
35. Solla ir kt., 2016 [208]	Italija	Klinikinio atvejo analizė	1 (aprašomas atvejis iš kito tyrimo)	Pažengusi Parkinsono liga sergantis pacientas	Dopamino disreguliacijos sindromas (DDS) + Otelo sindromas + Kapgraso sindromas	Susijęs su 24 h “levodopa/carbidopa intestinal gel” (LCIG) infuzija
36. Pérez-Mora ir kt., 2015 [209]	Ispanija	Atvejo aprašymas	1	53 m. moteris su Parkinsono liga	Otelo sindromas (kliedesinis pavydas)	Susijęs su pramipeksolio vartojimu
37. Kataoka ir kt., 2014 [210]	Japonija	Atvejų aprašymai	3	Parkinsono liga sergantys pacientai	Otelo sindromas (kliedesinis pavydas)	Visi pacientai gydyti dopaminerginiais vaistais; analizuota gydymo sąsaja su OS
38. Margetić ir kt., 2006 [211]	Nenurodyta	Atvejo aprašymas	1	43 m. vyras, alkoholio priklausomybė	Kliedesinis pavydas + polidipsija + vandens intoksikacija	Ilgalaikis alkoholio vartojimas (~15 m.); gydymas klozapinu
39. Georgiev ir kt., 2010 [212]	Slovėnija	Retrospektyvinė atvejų serija	5	Parkinsono liga sergantys pacientai	Otelo sindromas (kliedesinis pavydas)	Itraukti tik pacientai be kognityvinio nuosmukio ir be alkoholizmo anamnezės
40. Machado ir kt., 2020 [9]	Nenurodyta	Atvejo aprašymas	1	76 m. vyras	Kliedesinis pavydas (delusional jealousy)	Hospitalizuotas dėl agresijos grėsmės žmonai; taikytas antipsichozinis gydymas

Autorius, metai, šaltinio nr.	Šalis	Tyrimo tipas	Imtis (n)	Populiacija / kontekstas	Nagrinėtas reiškinys	Pagrindinė reikšmė darbui
41. Masiran R., Hussin N.S., 2018 [158]	Nenurodyta	Atvejo aprašymas	1	57 m. vyras	Liguistas pavydas + bipolinis I sutrikimas su psichoziniais požymiais	Ilgalaikė (20 m.) psichiatrinė anamnezė; ankstesnis nužudymas dėl kliesinio pavydo
42. Rocha S. ir kt., 2014 [213]	Nenurodyta	Atvejų aprašymas	2	65 m. vyras; 69 m. vyras; ūminis dešinės vidurinės smegenų arterijos insultas	Kliesinis pavydas (Otelo sindromas) po insulto	Abiem – dešinės temporoparietalinės-insulinės srities išeminiai pažeidimai; vidinės miego arterijos okliuzija
43. Falato ir kt., 2020 [214]	Italija	Atvejo aprašymas + literatūros apžvalga	1	75 m. moteris, serganti biopsija patvirtinta celiakija	Lėtinis kliesinis pavydas / Otelo sindromas + kompleksinis neurologinis pažeidimas	Celiakija diagnozuota po 11 m. neuropsichiatrinų simptomų; CD Marsh–Oberhuber 3c; TTG 36,3 AU/mL; EMA 1:10
44. Toomu kuntla S. ir kt., 2023 [145]	Nenurodyta	Atvejo aprašymas + trumpa sisteminė apžvalga	1	60 m. vyras po insulto, su epilepsija ir demencija	Geschwind'o sindromas + kliesinis pavydas (Otelo sindromas)	GS + Otelo sindromas po insulto; gydymas risperidonu
45. Cannas ir kt., 2009 [160]	Nenurodyta	Retrospektyvinė analizė	563	Parkinsono liga be demencijos	Otelo sindromas (kliesinis pavydas)	Analizuoti tik pacientai, išsivystę OS
46. Kaboré BJ ir kt., 2013 [215]	Burkina Faso	Atvejo aprašymas	1	46 m. vyras po išeminio insulto (AVC)	Kliesinis pavydas (Otelo sindromas)	Kairiojo gumburo + vidinės kapsulės pažeidimas; stebėjimas >2 metai
47. Ahmed G.U. ir kt., 2025 [216]	Nenurodyta	Atvejo aprašymas	1	69 m. vyras, sergantis Parkinsono liga	Otelo sindromas (dopamino agonisto sukeltas)	OS išsivystė po perėjimo nuo levodopos prie ropiniolio
48. Chae BJ, Kang BJ, 2006 [217]	Nenurodyta (institucijos Korėjoje)	Atvejo aprašymas	1	62 m. kurčias vyras	Kliesinis pavydas (DSM-IV kliesinis sutrikimas)	Gydymas kvetiapiu; stebėtas efektyvumas ir nepageidaujami reiškiniai
49. Antosik - Wójcicka A. ir kt., 2016 [218]	Lenkija	Atvejo aprašymas	1	35 m. vyras su Parkinsono liga (Hoehn–Yahr III/IV) po STN DBS	Organinis kliesinis sutrikimas (Otelo tipo)	Psichozė atsirado po DBS; gydymas kvetiapiu
50. Sakai K. ir kt., 2019 [219]	Japonija	Atvejo aprašymas (autopsija patvirtintas)	1	Parkinsono liga su demencija (PDD) pacientas	Kliesiai (kliesinis pavydas) + regos haliucinacijos	Limbinio tipo Lewy kūnelių patologija; ryški patologija nucleus basalis of Meynert (NBM)
51. Sönmez Güngör ir kt., 2021 [220]	Nenurodyta	Atvejo aprašymas	1	61 m. vyras, buvęs buhalteris	Kortikobazalinis sindromas; psichozinė depresija; kliesinis pavydas; Kapgraso sindromas	Pradinė klinika buvo psichiatrinė; vėliau nustatyti parkinsonizmo, apraksijos ir kognityviniai požymiai; COVID-19 apsunkino diagnostiką ir stebėjimą
52. Chae B.J., Kang B.J., 2006 [221]	Pietų Korėja	Atvejo aprašymas	1	63 m. vyras po dešinės MCA insulto	Kliesinis pavydas + hiperseksualumas po insulto	Dešinės frontoparietalinės srities ir bazinių ganglijų pažeidimas

Autorius, metai, šaltinio nr.	Šalis	Tyrimo tipas	Imtis (n)	Populiacija / kontekstas	Nagrinėtas reiškinys	Pagrindinė reikšmė darbui
53. Potters E.C. ir kt., 2017 [222]	Nyderlandai	Atvejo aprašymas	1	71 m. moteris su Parkinsono liga (11 m. trukmė)	Otelo sindromas (kliesesinis pavydas)	Gydymas: levodopa/carbidopa, amantadinas; vėliau klozapinas
54. Nomura ir kt., 2012 [223]	Japonija	Retrospektyvinis tyrimas; faktorių kliesių grupių analizė + ¹²³ I-IMP SPECT	87; SPECT pogrupis n = 25	Alzheimerio liga sergantys ambulatoriniai pacientai su kliesesiais	Alzheimerio ligos kliesėsiai, įskaitant kliesesinį pavydą	2004–2010 m.; vertinti 8 kliesių tipai pagal NPI
55. M do Cêu Ferreira ir kt., 2017 [224]	Nenurodyta	Atvejo aprašymas	1	65 m. vyras po dešinės užpakalinės smegenų arterijos išeminio insulto	Kliesesinis pavydas (Otelo sindromas) + psichozė po insulto	Simptomų pradžia ~1 mėn. po insulto; stebėjimas ≥3 metai
56. Narumo to J. ir kt., 2006 [140]	Nenurodyta	Atvejo aprašymas	1	61 m. moteris po dešinės orbitofrontalinės žievės pašalinimo (meningioma)	Otelo sindromas (kliesesinis pavydas)	Dešinės orbitofrontalinės žievės defektas MRT; be ankstesnės psichiatrinės anamnezės
57. Solla P. ir kt., 2011 [225]	Italija	Klinikinis stebėjimo tyrimas	349	Parkinsono liga sergantys ambulatoriniai pacientai	Elgesio, neuropsichiatriniai ir kognityviniai sutrikimai; tirta ir kliesesinis pavydas / Otelo sindromas	Itraukti 349/369 tinkami pacientai (94,6%); 185 vyrai, 164 moterys; vid. amžius 71,7 ± 9,6 m.; vid. ligos trukmė 9,6 ± 6,1 m.
58. Chiu-Ping Hsiao ir kt., 2013 [226]	Nenurodyta	Atvejo aprašymas	1	85 m. vyras	Otelo sindromas (kliesesinis pavydas)	Dešinės orbitofrontalinės skilties kaverninio sinuso hemoragija
59. Ferreira LP ir kt., 2021 [227]	Portugalija	Atvejo aprašymas	1	61 m. vyras, SARS-CoV-2 infekcija	Pirmo epizodo psichozė su kliesesiniu pavydu	RT-PCR teigiamas; hospitalizacija; gydymas risperidonu ir lorazepamu
60. Pal K. ir kt., 2012 [228]	Nenurodyta	Atvejo aprašymas	1	42 m. vyras, Parkinsono liga	Otelo sindromas (kliesesinis pavydas)	Susijęs su ropinioliu; dozės sumažinimas lėmė visišką remisiją
61. De Rosa A. ir kt., 2008 [229]	Italija (Pietų Italija, Kampanija)	Genetinė patikra (screening), stebėjimo tyrimas	128 (58 šeiminiai, 70 sporadiniai)	Parkinsono ligos pacientai	LRRK2 G2019S mutacija, PL su neuropsichiatriniais simptomais	1 pacientas su mutacija; detalai aprašytas klinikinis atvejis su kliesesiniu pavydu
62. Michael Soyka & Peggy Schmidt, 2011 [130]	Vokietija	Retrospektyvinė analizė	14,309	Psichiatriniai stacionaro pacientai	Kliesesinis pavydas	Duomenys 2000–2008; vertinta pagal AMDP sistemą
63. Koh, Lee ir Moon, 2021 [230]	Nenurodyta	Laiškas redaktoriui; vieno klinikinio atvejo aprašymas	1	62 m. dešiniarankė moteris; neraštinga; namų šeimininkė; atvyko į demencijos kliniką dėl nuolatinio klaidingo įsitikinimo apie vyrą	Otelo sindromas / neištikimybės kliesės; amnestinis lengvas kognityvinis sutrikimas dėl Alzheimerio ligos; sena kairės orbitofrontalinės žievės hemoragija	Kliesėsys prasidėjo 5 m. iki vizito; pirminio vizito metu ADL atliko be problemų; per kitus 1 m. ADL pablogėjo; vėliau konvertavo į Alzheimerio ligos demenciją

Autorius, metai, šaltinio nr.	Šalis	Tyrimo tipas	Imtis (n)	Populiacija / kontekstas	Nagrinėtas reiškinys	Pagrindinė reikšmė darbui
64. Yusim ir kt., 2008 [142]	JAV	Atvejo pristatymas ir literatūros apžvalga	1	71 m. Rytų Europos kilmės moteris, be ankstesnės psichiatrinės anamnezės	Normalaus slėgio hidrocefalija, pasireiškusį paranoidinę psichozę ir kliesesiniu pavydu / Otelo sindromu	Pacientė buvo 50 metų santuokoje su 76 m. vyru; MRT nustatyta NPH, tikėtina dėl akveduko stenoze; atlikta trečiojo skilvelio ventrikulostomija; psichiatrinis stacionarizavimas prasidėjo 10 dienų po procedūros; 8 mėn. po išrašymo kliesesinis pavydas išliko
65. Poletti ir kt., 2014 [231]	Italija	Skerspjuvio tyrimas + atvejų serija	1063	Parkinsono liga sergantys pacientai, lankęsi ligoninės judėjimo sutrikimų tretinio lygio klinikoje	Kliesesinis pavydas ir impulsų kontrolės sutrikimai, ypač hiperseksualumas	Naudoti "QUIP" ir "Parkinson's Psychosis Questionnaire"; teigiamos atrankos atvejais atliktas pusiau struktūruotas diagnostinis interviu; naujai diagnozuoti negydyti pacientai ir pacientai su antriniu ar atipiniu parkinsonizmu neįtraukti
66. Xu, Li, Fang, Cao ir Zhao, 2022 [232]	Kinija	Atvejo aprašymas + literatūros apžvalga	1 klinikinis atvejis; papildomai apžvelgti 28 PL pacientai su OS ir ICD	70 m. vyras, sergantis Parkinsono liga	Parkinsono liga su Otelo sindromu, impulsų kontrolės sutrikimais ir demencija	OS ir hiperseksualumas pagerėjo sumažinus pramipeksolio dozę ir paskyrus kvetiapiną.
67. Laurell, Watson, Hatfield & Dudas, 2023 [233]	Nenurodyta	Atvejo aprašymas	1	Vyras, >80 m., 16 metų sergantis idiopatine Parkinsono liga	Parkinsono ligos psichozė su kliesesiniu pavydu, multimodalinėmis haliucinacijomis ir impulsų kontrolės sutrikimo požymiais	Smurtinis epizodas prieš partnerį; gydytas specializuotame psichiatrijos stacionare; pramipeksolis sumažintas ir nutrauktas; kvetiapienas pakeistas klopazinu
68. Oliveira ir kt., 2016 [234]	Nenurodyta	Atvejo aprašymas / laiškas redaktoriui	1	66 m. vyras po lengvos trauminės smegenų traumos	Potrauminė normalaus slėgio hidrocefalija su Otelo tipo sindromu / pavydo kliesesiais	Po ventrikulinio šuntavimo pavydo simptomai greitai sumažėjo; po 6 mėn. pacientas buvo be simptomų

Lentelė 2. Atrinktų publikacijų pagrindinių rezultatų teminė sintezė

Lentelėje apibendrinamos pagrindinės 2005–2026 m. atrinktų PubMed publikacijų teminės kryptys. Kadangi šaltiniai metodologiškai heterogeniški, sintezė pateikiama kaip naratyvus klinikinių, etiologinių, rizikos ir intervencijų radinių apibendrinimas, o ne kiekybinė metaanalizė.

Tema	Pagrindiniai radiniai	Atrinkti šaltiniai
Paplitimas bendrose psichiatrinėse imtyse	Kliedesinis pavydas bendroje psichiatrinėse stacionaro pacientų imtyse nustatytas retai – 72 iš 14 309 pacientų, t. y. 0,5 %. Ambulatorinėje psichiatrijos imtyje patologinis pavydas nustatytas 50 iš 658 tinkamų pacientų, t. y. 7,59 %. Pastarasis rodiklis apibūdina atrinktą klinikinę, o ne bendrą populiacinę imtį.	Soyka ir Schmidt, 2011; Singh ir kt., 2017
Paplitimas specifinėse klinikinėse grupėse	Specifinėse klinikinėse grupėse šio reiškinio dažnis didesnis: kaptagono / amfetamino tipo medžiagų sukeltos psichozės imtyje neišitikimybės kliedesiai nustatyti 25,7 % pacientų; demencijos imtyje – 18 iš 208 pacientų, t. y. 8,7 %; Parkinsono ligos imtyse – apie 1,07–4,0 %, o dopamino agonistais gydytų Parkinsono liga sergančių pacientų grupėje Poletti ir kt. tyrime – 20 iš 401, t. y. 5,0 %.	Shalaby ir kt., 2023; Hashimoto ir kt., 2015; Cannas ir kt., 2009; Solla ir kt., 2011; Poletti ir kt., 2012
Diagnostinis heterogeniškumas	Patologinis pavydas nėra vienytiškas reiškinys: jis gali būti kliedesinis, obsesinis arba pervertintos idėjos pobūdžio. Singh ir kt. imtyje kliedesinis tipas sudarė 76 %, pervertintos idėjos – 14 %, obsesinis tipas – 10 %. Easton ir kt. duomenimis, tik apie 4 % publikuotų liguisto / pataloginio pavydo atvejų atitiko visus DSM-IV-TR kliedesinio sutrikimo, pavydo tipo, kriterijus.	Singh ir kt., 2017; Easton ir kt., 2008
Etiologinė įvairovė	Otelo sindromas gali pasireikšti įvairiuose klinikiniuose kontekstuose: pirminių psichikos sutrikimų, Parkinsono ligos, demencijos, insultų, struktūrinių smegenų pažeidimų, dopaminerginio gydymo, psichoaktyvių medžiagų vartojimo ir afektyvių-psichozinių būklių fone. Park ir kt. apžvalgoje medicininės ar neurologinės priežastys sudarė 52 %, pirminiai psichiatriniai sutrikimai – 22 %, o vaistų ar medžiagų sukeltos priežastys – 26 %.	Park ir kt., 2024; Cipriani ir kt., 2012; Kuruppuarachchi ir Seneviratne, 2011; Kataoka ir Sugie, 2018; Masiran ir kt., 2018
Demografiniai ypatumai	Daugelyje tyrimų Otelo sindromas dažniau aprašomas vyrams, ypač Parkinsono ligos ir teismo psichiatrijos kontekstuose. Kataoka ir Sugie apžvalgoje vyrai sudarė 45 iš 67 atvejų, moterys – 22 iš 67. Reutens ir kt. teismo bylų analizėje vyrai sudarė 26 iš 27 jaunesnių ir 13 iš 13 vyresnių asmenų. Vis dėlto pavieniai organiniai ir neurologiniai atvejai rodo, kad sindromas gali pasireikšti ir moterims.	Kataoka ir Sugie, 2018; Reutens ir kt., 2023; Easton ir kt., 2008; Park ir kt., 2024; Hashimoto ir kt., 2015
Parkinsono liga ir dopaminerginis gydymas	Parkinsono ligos tyrimuose kliedesinis pavydas ypač siejamas su dopamino agonistais. Poletti ir kt. tyrime dopamino agonistus vartojo visi 20 kliedesinio pavydo pacientų, palyginti su 381 iš 785 pacientų be kliedesinio pavydo; dopamino agonistai išliko reikšmingai susiję su kliedesiniu pavydu ir multivariacinėje analizėje. Kataoka ir Sugie apžvalgoje Otelo sindromas buvo susijęs su Parkinsono ligos vaistais 25 iš 26 pacientų, o dopamino agonistus prieš simptomų pradžią vartojo 22 pacientai.	Poletti ir kt., 2012; Kataoka ir Sugie, 2018; Graff-Radford ir kt., 2010; Cannas ir kt., 2009; De Michele ir kt., 2021
Dopamino agonistų tipai	Dažniausiai minimi dopamino agonistai buvo pramipeksolis, ropiniolis, pergolidas, rotigotinas ir apomorfinas. Atvejų aprašymai rodo, kad Otelo sindromas gali atsirasti tiek netrukus po dopamino agonisto paskyrimo, tiek po ilgesnio dopaminerginio gydymo laikotarpio arba padidinus dozę.	Kataoka ir Sugie, 2018; Graff-Radford ir kt., 2010; Pérez-Mora ir kt., 2015; Pal ir kt., 2012; Ahmed ir kt., 2025; Georgiev ir kt., 2010
Klinikinė išraiška	Pagrindinis kliniškas požymis – tvirtas įsitikinimas partnerio neišitikimybe. Kai kuriais atvejais šis įsitikinimas būna izoliuotas, tačiau gali būti ir platesnės psichozės arba organinio / neurodegeneracinio sindromo dalis. Kartu aprašomi persekiojimo kliedesiai, referencinės idėjos, klaidingo atpažinimo fenomenai, haliucinacijos, hiperseksualumas, kompulsinis tikrinimas ir agresyvus kontrolės elgesys.	Easton ir kt., 2008; Kataoka ir Sugie, 2018; Hashimoto ir kt., 2015; Foley ir kt., 2023; Potters ir kt., 2017; Sönmez Güngör ir kt., 2021
Haliucinacijos ir kiti psichoziniai simptomai	Haliucinacijos nėra būtinas Otelo sindromo požymis, tačiau jos dažnai aprašomos Parkinsono ligos ir neurodegeneracinių sutrikimų kontekstuose. Kataoka ir Sugie apžvalgoje kiti psichikos simptomai nustatyti 42 iš 47 pacientų, o haliucinacijos – 15 pacientų. De Michele ir kt. bei Hashimoto ir kt. duomenys ypač pabrėžia regos haliucinacijų svarbą Parkinsono ligos ir demencijos su Lewy kūneliais kontekstuose.	Kataoka ir Sugie, 2018; De Michele ir kt., 2021; Hashimoto ir kt., 2015; Park ir kt., 2024
Kognityviniai ypatumai	Otelo sindromas gali pasireikšti tiek esant kognityviniam sutrikimui, tiek be ryškios demencijos. Parkinsono ligos imtyse daliai pacientų MMSE rodikliai buvo normalūs arba tik nežymiai sumažę, tačiau kai kuriuose neuropsichologiniuose tyrimuose, ypač mažose Parkinsono ligos atvejų serijose, minimi vykdymų / frontaliųjų funkcijų ar atminties sutrikimai.	Foley ir kt., 2017; Cannas ir kt., 2009; Poletti ir kt., 2012; De Michele ir kt., 2021; Kuruppuarachchi ir Seneviratne, 2011
Neurologinė ir neurodegeneracinė etiologija	Otelo sindromas aprašytas sergant Alzheimerio liga, demencija su Lewy kūneliais, frontotemporaline demencija, Parkinsono liga, taip pat po insultų, galvos traumų, meningiomos operacijos, orbitofrontaliųjų pažeidimų ir gumburo infarkto. Hashimoto ir kt. demencijos imtyje kliedesinis pavydas nustatytas 18 iš 208 pacientų, t. y. 8,7 %; pagal pateiktus duomenis jis buvo ypač dažnas demencijos su Lewy kūneliais grupėje.	Hashimoto ir kt., 2015; Cipriani ir kt., 2012; Kuruppuarachchi ir Seneviratne, 2011; Graff-Radford ir kt., 2010; Park ir kt., 2024

Tema	Pagrindiniai radiniai	Atrinkti šaltiniai
Neuroanatominiai radiniai	Tyrimai ir atvejų serijos Otelo sindromą dažniausiai sieja su frontotemporalinėmis struktūromis, dešiniojo pusrutulio pažeidimais, orbitofrontaline žieve, gumburu, temporoparietalinėmis sritimis ir vykdomųjų funkcijų tinklais. Park ir kt. apžvalgoje tarp neurovaizdinių radinių minėti infarktai, kortikalinė atrofija, dešinės pusės pažeidimai ir frontaliųjų sričių įsitraukimas.	Park ir kt., 2024; Cipriani ir kt., 2012; Ortigue ir Bianchi-Demicheli, 2011; Luauté ir kt., 2008; Rocha ir kt., 2014; Narumoto ir kt., 2006
Insultai ir struktūriniai pažeidimai	Poinsultiniais atvejais, kliesesinis pavydas siejamas su dešiniojo pusrutulio, temporoparietaliniais, salos, gumburo ar frontaliniais pažeidimais, tačiau atvejai skiriasi pagal pažeidimo vietą ir klinikinę eigą. Rocha ir kt. aprašė du vyrus po ūminio dešinės vidurinės smegenų arterijos insulto, kuriems kliesesiai prasidėjo labai anksti. Kaboré ir kt. atvejyje kliesesiai išliko ilgiau nei dvejus metus ir buvo atsparūs haloperidoliui.	Rocha ir kt., 2014; Kaboré ir kt., 2013; Chae ir Kang, 2006; M do Cêu Ferreira ir kt., 2017; Hjie ir kt., 2024
Psichoaktyvios medžiagos ir alkoholio vartojimas	Psichoaktyvios medžiagos gali būti etiologinis arba skatinantys veiksnys. Shalaby ir kt. tyrime neištikimybės kliesesiai nustatyti 25,7 % hospitalizuotų vyrų, kuriems diagnozuota kaptagono sukelta psichozė. Alkoholio priklausomybės kontekste aprašyti kliesesinio pavydo, agresijos ir somatinių komplikacijų atvejai, tačiau ši literatūros dalis daugiau remiasi atvejų aprašymais ir apžvalgomis nei didelėmis epidemiologinėmis imtimis.	Shalaby ir kt., 2023; Margetić ir kt., 2006; Easton ir kt., 2008
Afektiniai sutrikimai ir depresiniai simptomai	Pavieniuose atvejų aprašymuose Otelo sindromas pasireiškė kartu su depresiniais simptomais, psichozine depresija ar bipoliniu I sutrikimu su psichoziniais požymiais. Masiran ir kt. atvejis rodo, kad patologinis pavydas gali būti susijęs su bipoliniu sutrikimu ir sunkiomis teismo psichiatrijos pasekmėmis. Vis dėlto šių duomenų nepakanka teigti, kad afektiniai sutrikimai yra dažna Otelo sindromo priežastis.	Masiran ir kt., 2018; Machado ir kt., 2020; Rao ir Aparna, 2017; Sönmez Güngör ir kt., 2021
Rizikos veiksniai	Tyrimuose minimi rizikos veiksniai: dopamino agonistų vartojimas, haliucinacijos, hiperseksualumas, impulsų kontrolės sutrikimai, premorbidinis pavydas, psichoaktyvių medžiagų vartojimas, depresija ir neurodegeneraciniai procesai. Šie veiksniai nevienodai pagrįsti: stipriausi duomenys yra apie dopaminerginį gydymą Parkinsono ligos kontekste. Santykių nestabilumas ir ankstyvos prisirišimo patirtys labiau pagrįstos platesnio, nekliesesinio patologinio pavydo tyrimais, todėl jų negalima tiesiogiai prilyginti kliesesinio Otelo sindromo rizikos veiksniams.	Poletti ir kt., 2012; Kataoka ir Sugie, 2018; De Michele ir kt., 2021; Easton ir kt., 2008; Singh ir kt., 2017; Stravogiannis ir kt., 2018
Impulsų kontrolė ir kompulsinis elgesys	Parkinsono ligos kontekste Otelo sindromas kai kuriems pacientams persidengia su impulsų kontrolės sutrikimais, hiperseksualumu, kompulsiniu tikrinimu, patologiniu lošimu ar kitu kompulsiniu elgesiu. Kataoka ir Sugie apžvalgoje impulsų kontrolės sutrikimai nustatyti 14 pacientų.	Kataoka ir Sugie, 2018; De Michele ir kt., 2021; Foley ir kt., 2017; Cannas ir kt., 2009
Socialinės pasekmės	Kliesesinis pavydas gali sukelti partnerio tikrinimą, kontrolę, santykių konfliktus, skyrybas, šeimos destabilizaciją, profesinio funkcionavimo blogėjimą ir socialinę dezintegraciją. Kai kuriuose atvejuose partneris buvo priverstas keisti elgesį, palikti namus arba kreiptis pagalbos dėl grasinimų.	Easton ir kt., 2008; Kataoka ir Sugie, 2018; Hashimoto ir kt., 2015; Potters ir kt., 2017; Machado ir kt., 2020; Reutens ir kt., 2023
Pavojingumas ir smurtas	Otelo sindromas yra kliniškai reikšmingas dėl agresijos, partnerio kontrolės, fizinio smurto, savižalos ir homocidinio elgesio rizikos. Park ir kt. apžvalgoje fizinis smurtas nustatytas apie 34 % atvejų. Hashimoto ir kt. demencijos imtyje fizinis smurtas prieš sutuoktinį pasireiškė 7 iš 9 vyrų ir 4 iš 9 moterų. Reutens ir kt. teismo bylų analizėje nemaža dalis atvejų buvo susiję su sunkiu smurtu ar žmogžudyste.	Park ir kt., 2024; Hashimoto ir kt., 2015; Reutens ir kt., 2023; Kuruppuarachchi ir Seneviratne, 2011; Masiran ir kt., 2018
Suicidiškumas	Dalis tyrimų ir atvejų rodo, kad Otelo sindromas gali būti susijęs ne tik su heteroagresija, bet ir su suicidinėmis mintimis ar bandymais. Singh ir kt. tyrime suicidiškumas buvo dažnas tarp liguisto pavydo pacientų, tačiau ši imtis apėmė platesnį liguisto pavydo spektrą, ne vien kliesesinį Otelo sindromą. Pavieniuose atvejų aprašymuose minėta savižalos grėsmė arba bandymas nusižudyti.	Singh ir kt., 2017; Rao ir Aparna, 2017; Pérez-Mora ir kt., 2015; Masiran ir kt., 2018; Pal ir kt., 2012
Farmakologinis gydymas	Gydymas priklauso nuo etiologijos. Parkinsono ligos atvejais dažnai mažinama arba nutraukiama dopaminerginė terapija, ypač dopamino agonistai. Psichoziniuose, organiniuose ir mišrios etiologijos atvejuose dažnai taikomi antipsichotikai: kvetiapienas, klopazinas, risperidonas, olanzapinas, paliperidonas ar kiti preparatai. Vaisto pasirinkimas priklauso nuo pagrindinės būklės, amžiaus, kognityvinės būklės, neurologinio jautrumo ir ekstrapiramidinių simptomų rizikos.	Kataoka ir Sugie, 2018; Graff-Radford ir kt., 2010; Park ir kt., 2024; Liu ir kt., 2018; Hashimoto ir kt., 2015; Margetić ir kt., 2006
Gydymo efektyvumas	Daugelyje atvejų simptomai sumažėja, tačiau atsakas į gydymą nevienodas. Park ir kt. apžvalgoje remisija pasiekta apie 70 % atvejų, o antipsichotikai taikyti 78 %. Kataoka ir Sugie apžvalgoje 43 pacientams Otelo sindromas išnyko arba sumažėjo jo sunkumas. Hashimoto ir kt. demencijos imtyje kliesesinis pavydas išnyko 15 iš 18 pacientų, tačiau dalis demencijos su Lewy kūneliais pacientų į gydymą reagavo prasčiau.	Park ir kt., 2024; Kataoka ir Sugie, 2018; Hashimoto ir kt., 2015; Liu ir kt., 2018
Psichoterapinės intervencijos	Psichoterapinio gydymo duomenys daugiausia susiję su nekliesesiniu arba obsesiniu liguistu / patologiniu pavydu. Vieno atvejo eksperimentiniai dizainai rodo, kad kognityvinė elgesio terapija ir kognityvinė analitinė terapija gali sumažinti pavydo, depresijos ir distreso rodiklius. Vis dėlto šių rezultatų negalima laikyti stipriais kliesesinio Otelo sindromo gydymo įrodymais.	Kellett ir Totterdell, 2011; Curling ir kt., 2017
Prevencinės implikacijos	Prevenција turėtų būti orientuota į ankstyvą pavydo kliesių atpažinimą, dopamino agonistų poveikio stebėjimą Parkinsono ligos pacientams, haliucinacijų ir impulsų kontrolės sutrikimų vertinimą, psichoaktyvių medžiagų vartojimo patikrą, smurto ir suicidiškumo rizikos įvertinimą bei partnerio / šeimos įtraukimą į saugumo planavimą. Šios implikacijos yra klinikinių radinių sintezė, o ne atskira formali prevencijos intervencijų įrodymų bazė.	Park ir kt., 2024; Kataoka ir Sugie, 2018; Poletti ir kt., 2012; Reutens ir kt., 2023; Hashimoto ir kt., 2015; Singh ir kt., 2017

Tema	Pagrindiniai radiniai	Atrinkti šaltiniai
Duomenų ribotumai	Didelė literatūros dalis remiasi atvejų aprašymais ir mažomis atvejų serijomis. Todėl etiologinė įvairovė, klinikinė raiška ir pavojingumo aspektai gerai iliustruojami, tačiau bendras paplitimas negali būti tiksliai nustatomas remiantis pavieniais atvejais. Patikimiausi paplitimo ir sąsajų duomenys gaunami iš didesnių retrospektyvinių, skerspjūvio tyrimų ir sisteminių apžvalgų.	Soyka ir Schmidt, 2011; Easton ir kt., 2008; Park ir kt., 2024; Poletti ir kt., 2012; Hashimoto ir kt., 2015

4. REZULTATŲ APIBENDRINIMAS

4.1. Atrinktų publikacijų pobūdis

Struktūruotos PubMed paieškos metu 2005–2026 m. laikotarpiu buvo identifikuoti 106 įrašai, iš kurių pagal iš anksto apibrėžtus tinkamumo kriterijus į lentelių analizę įtrauktos 68 publikacijos. Šioje dalyje apibendrinami atrinktų publikacijų pagrindiniai rezultatai, remiantis publikacijų charakteristikų ir teminės rezultatų sintezės lentelėmis. Platesnė šių radinių interpretacija istoriniame, psichopatologiniame, psichoanalitiniame ir evoliucinės psichologijos kontekste pateikiama Diskusijos skyriuje.

Įtrauktos publikacijos buvo metodologiškai ir kliniškai heterogeniškos. Jos apėmė pavienius klinikinius atvejus, atvejų serijas, retrospektyvinius tyrimus, skerspjūvio tyrimus, teismo bylų analizes, neuropsichologinius tyrimus, neurovaizdinimo duomenimis paremtas publikacijas bei selektyviai įtrauktas kliniškes ar literatūros apžvalgas. Dėl šio heterogeniškumo kiekybinė metaanalizė nebuvo atliekama. Rezultatai apibendrinti teminės naratyviosios sintezės būdu, išskiriant pagrindines kryptis: diagnostinį nevienalytiškumą, etiologinius veiksnius, paplitimą skirtingose klinikinėse grupėse, klinikinę raišką, neurologines ir psichiatrines sąsajas, pavojingumą, gydymą, prevencines implikacijas ir duomenų ribotumus.

Atrinktų publikacijų analizė parodė, kad Otelo sindromas šiuolaikinėje klinikinėje literatūroje dažniausiai aprašomas ne kaip savarankiška diagnozė, o kaip sindrominis arba fenomenologinis pavadinimas, nurodantis kliesesinio intensyvumo įsitikinimą partnerio neištikimybe. Šis reiškinys nustatomas skirtinguose klinikiškuose kontekstuose: pirminio kliesesinio sutrikimo, šizofrenijos ar kitų psichozinių sutrikimų, afektinių sutrikimų su psichozės požymiais, neurologinių ir neurodegeneracinių ligų, organinių smegenų pažeidimų, psichoaktyvių medžiagų vartojimo bei medikamentinio gydymo fone. Todėl analizė patvirtina, kad Otelo sindromas yra etiologiškai įvairus kliniškinis reiškinys.

4.2. Diagnostinis nevienalytiškumas

Vienas svarbiausių rezultatų yra diagnostinio heterogeniškumo išryškėjimas. Literatūroje vartojamos kelios iš dalies persidengiančios sąvokos: Otelo sindromas, kliesesinis pavydas, neištikimybės kliesesys, pavydo tipo kliesesinis sutrikimas, patologinis pavydas ir liguistas pavydas. Tačiau šios sąvokos nėra visiškai tapačios. Patologinis ar liguistas pavydas gali apimti platesnį spektrą nuo obsesinio pavydo ar perversintų idėjų iki kliesesinio įsitikinimo. Singh ir bendraautorių tyrime liguisto pavydo atvejai buvo suskirstyti į tris formas: kliesesinę, kuri sudarė 76 %, perversintų idėjų pobūdžio, kuri sudarė 14 %, ir obsesinę, kuri sudarė 10 % [132]. Easton ir bendraautorių analizė parodė, kad tik maža dalis publikuotų pataloginio ar liguisto pavydo atvejų

atitiko griežtus DSM-IV-TR kliesesinio sutrikimo, pavydo tipo, kriterijus [16]. Šie duomenys rodo, kad pavydo tipo kliesesinis sutrikimas apima tik vieną pataloginio pavydo spektro dalį.

4.3. Paplitimas ir demografiniai duomenys

Paplitimo duomenys skirtingose publikacijose labai skyrėsi, priklausomai nuo imties pobūdžio ir taikytų kriterijų. Bendrose psichiatrijos stacionaro imtyse kliesesinis pavydas nustatomas retai. Soyka ir Schmidt retrospektyvinėje 14 309 psichiatrijos stacionaro pacientų analizėje kliesesinis pavydas nustatytas 72 pacientams, t. y. 0,5 % visos imties [130]. Tačiau specifinėse klinikinėse grupėse dažnis buvo didesnis. Amfetamino (kaptagono) sukeltos psichozės imtyje neištikimybės kliesesiai nustatyti 25,7 % pacientų [167]. Demencija sergančių pacientų imtyje kliesesinis pavydas nustatytas 18 iš 208 pacientų, t. y. 8,7 % [136]. Parkinsono ligos tyrimuose kliesesinio pavydo dažnis svyravo maždaug nuo 1 iki 5 %, priklausomai nuo tyrimo metodikos, pacientų atrankos, demencijos buvimo ar nebuvimo ir dopaminerginio gydymo ypatumų [160,161,225,231]. Demografiniai duomenys rodo, kad daugelyje klinikinių ir teismo psichiatrijos publikacijų Otelo sindromas dažniau aprašytas vyrams. Kataoka ir Sugie apžvalgoje Parkinsono liga sergančių pacientų grupėje vyrai sudarė 45 iš 67 atvejų, moterys – 22 [138]. Reutens ir bendraautorių Australijos teismo bylų analizėje beveik visi kliesesinio pavydo atvejai buvo susiję su vyrais, kaltintais sunkiais smurtiniais nusikaltimais [174]. Vis dėlto pavieniai neurologiniai, demencijos, pionsultiniai ir medikamentiniai atvejai rodo, kad Otelo sindromas gali pasireikšti ir moterims. Todėl vyrų dominavimas klinikinėje literatūroje turėtų būti vertinamas atsargiai, nes jį gali lemti ne tik realus dažnio skirtumas, bet ir didesnis vyrų atvejų matomumas dėl smurto, hospitalizacijos ar teismo psichiatrijos konteksto.

4.4. Etiologinės kryptys

Etiologinė analizė parodė, kad Otelo sindromas dažniausiai aprašomas keliuose pagrindiniuose kontekstuose: pirminių psichikos sutrikimų, neurodegeneracinių ligų, Parkinsono ligos ir dopaminerginio gydymo, insultų ir kitų organinių smegenų pažeidimų, psichoaktyvių medžiagų vartojimo bei afektyvių-psichozinių būklių. Park ir bendraautorių sisteminėje apžvalgoje iš 73 publikuotų Otelo sindromo atvejų 52 % buvo susiję su medicininėmis ar neurologinėmis priežastimis, 22 % – su pirminiais psichiatriniais sutrikimais, o 26 % – su vaistų ar psichoaktyvių medžiagų sukeltomis priežastimis [8]. Tai rodo, kad šiuolaikinėje literatūroje neuropsichiatriniai, organiniai ir medikamentiniai atvejai sudaro reikšmingą Otelo sindromo aprašymų dalį.

4.5. Parkinsono liga ir dopaminerginis gydymas

Parkinsono ligos kontekstas buvo viena dažniausiai ir detaliausiai nagrinėtų etiologinių krypčių. Daugelyje publikacijų Otelo sindromas siejamas su dopamino agonistais, tokiais kaip pramipeksolis, ropiniolis, pergolidas, rotigotinas ar apomorfinas [56,138,209,228,232]. Poletti ir bendraautorių tyrime visi pacientai, kuriems nustatytas kliesesinis pavydas, vartojo dopamino

agonistus, o dopamino agonistų vartojimas išliko reikšmingai susijęs su kliesesiniu pavydu ir multivariacinėje analizėje [161]. Kataoka ir Sugie apžvalgoje Otelo sindromas buvo susijęs su Parkinsono ligos medikamentiniu gydymu 25 iš 26 vertintinų atvejų [138]. Vis dėlto kai kuriuose tyrimuose dopaminerginės terapijos dozės ar bendras dopaminerginis krūvis ne visada aiškiai skyrėsi tarp Otelo sindromą turinčių ir jo neturinčių pacientų, todėl dopaminerginis gydymas turėtų būti laikomas svarbiu rizikos ar provokuojančiu veiksnio, bet ne vienintele priežastimi. Parkinsono ligos atvejais kliesesinis pavydas kai kuriuose publikacijose buvo susijęs su kitais neuropsichiatriniais simptomais, ypač haliucinacijomis, hiperseksualumu ir impulsų kontrolės sutrikimais. Kataoka ir Sugie apžvalgoje impulsų kontrolės sutrikimai nustatyti 14 pacientų [138]. Kiti darbai aprašė Otelo sindromo sąsajas su hiperseksualumu, pataloginiu lošimu, kompulsiniu elgesiu, dopamino disreguliacijos sindromu ar regos haliucinacijomis [127,199,208,222,233]. Šie duomenys rodo, kad Parkinsono ligos kontekste Otelo sindromas gali būti platesnio dopaminergiškai moduluojamo elgesio ir psichozinių simptomų spektro dalis.

4.6. Neurologiniai ir organiniai atvejai

Neurologiniai ir organiniai atvejai parodė, kad Otelo sindromas gali pasireikšti įvairių smegenų pažeidimų ir neurodegeneracinių ligų kontekste. Jis aprašytas sergant Alzheimerio liga, demencija su Lewy kūneliais, Parkinsono liga su demencija, frontotemporaline demencija, po insultų, gumburinių infarktų, orbitofrontalinių pažeidimų, meningiomos operacijos, galvos traumos, normalaus slėgio hidrocefalijos, infekcinių ar kitų organinių centrinės nervų sistemos būklių [123,136,137,140–142,202,213,214,224,230,234]. Hashimoto ir bendraautorių tyrime demencijos kontekste kliesesinis pavydas nustatytas 18 iš 208 pacientų, o didesnis dažnis buvo stebėtas demencijos su Lewy kūneliais grupėje [136]. Tai rodo, kad demencijos tipas ir neurodegeneracinio proceso pobūdis gali turėti reikšmės šio simptomo atsiradimui.

Neuroanatominiai radiniai atrinktose publikacijose dažniausiai siejo Otelo sindromą su frontotemporalinėmis struktūromis, orbitofrontaline žieve, dešiniojo pusrutulio pažeidimais, gumburu, temporoparietalinėmis sritimis ir vykdomųjų funkcijų tinklais [106,123,137,141,213]. Poinstultiniuose atvejuose kliesesinis pavydas aprašytas po dešiniojo pusrutulio, temporoparietalinių, salos, gumburo ar frontalinės srities pažeidimų [10,213,215,221,224]. Nors šie duomenys neleidžia nustatyti vienos specifinės Otelo sindromo neuroanatominės lokalizacijos, jie rodo, kad socialinės kognicijos, emocinio reikšmingumo priskyrimo, realybės testavimo ir impulsų kontrolės tinklų pažeidimai gali būti svarbūs šio reiškinio patogenezėje.

4.7. Psichoaktyviosios medžiagos ir psichiatrinis kontekstas

Psichoaktyvių medžiagų vartojimas atrinktose publikacijose išryškėjo kaip dar viena svarbi etiologinė ir rizikos kryptis. Shalaby ir bendraautorių tyrime tarp hospitalizuotų vyrų Saudo Arabijoje, kuriems diagnozuota amfetamino / kaptagono sukelta psichozė, neištikimybės kliesesai

nustatyti 25,7 % pacientų [167]. Kiti aprašyti atvejai siejo kliesesinį pavydą su alkoholio priklausomybe, kokainu, amfetaminais, metamfetaminu ar kitomis dopaminerginę sistemą veikiančiomis medžiagomis [137,211]. Vis dėlto šioje srityje daug duomenų remiasi pavieniais atvejais ar mažomis serijomis, todėl psichoaktyvios medžiagos turėtų būti vertinamos kaip svarbūs provokuojantys ar simptomus stiprinantys veiksniai, o ne kaip universali Otelio sindromo priežastis. Psichiatrinių sutrikimų kontekste Otelio sindromas aprašytas sergant kliesesiniu sutrikimu, šizofrenija, afektiniais sutrikimais su psichozės požymiais, depresija, bipoliniu sutrikimu ir kitomis būklėmis [8,9,158,206,217]. Kai kuriais atvejais kliesesinis pavydas buvo pagrindinis ar dominuojantis simptomas, kitais atvejais jis buvo platesnės psichozinės simptomatikos dalis. Afektnių sutrikimų atvejai buvo retesni ir dažniausiai pateikiami kaip pavieniai klinikiniai aprašymai. Todėl turimi duomenys neleidžia teigti, kad afektiniai sutrikimai yra dažna Otelio sindromo priežastis, tačiau rodo, kad depresiniai ar bipoliniai simptomai gali būti reikšmingi individualių atvejų klinicinei eigai ir rizikai.

4.8. Klinikinė raiška ir elgesio pasekmės

Klinikinės raiškos požiūriu pagrindinis Otelio sindromo požymis buvo tvirtas įsitikinimas partnerio neištikimybe. Vis dėlto daugelyje publikacijų šis įsitikinimas neapsiribojo vien mąstymo turiniu. Jis buvo susijęs su partnerio tikrinimu, sekimu, klausinėjimu, įrodymų paieška, reikalavimu prisipažinti, socialinių kontaktų ribojimu, partnerio kontrole ar agresyviu elgesiu. Kai kuriais atvejais kartu aprašyti persekiojimo, santykio kliesėsiai, klaidingo atpažinimo fenomenai, regos ar klausos haliucinacijos, hiperseksualumas, kompulsinis elgesys ir impulsų kontrolės sutrikimai [8,136,138,199,222,233]. Tai rodo, kad Otelio sindromas klinikoje dažnai pasireiškia ne tik kaip izoliuotas įsitikinimas, bet kaip elgesį organizuojantis psichopatologinis procesas.

4.9. Smurtas, suicidiškumas ir teismo psichiatrija

Pavojingumo duomenys buvo viena reikšmingiausių rezultatų kryptčių. Park ir bendraautorė sistemineje apžvalgoje fizinis smurtas nustatytas apie 34 % publikuotų Otelio sindromo atvejų [8]. Hashimoto ir bendraautorė demencijos imtyje fizinis smurtas prieš sutuoktinį pasireiškė 7 iš 9 vyrų ir 4 iš 9 moterų, turėjusių kliesesinį pavydą [136]. Reutens ir bendraautorė Australijos teismo bylų analizėje kliesesinis pavydas buvo susijęs su sunkiais smurtiniais nusikaltimais, įskaitant žmogžudystes [174]. Šie duomenys rodo, kad Otelio sindromas turi didelę klinikinę ir teismo psichiatrijos reikšmę, ypač vertinant smurto artimoje aplinkoje, partnerio persekiojimo ir galimos letalinės baigties riziką.

Suicidiškumas taip pat buvo minimas kaip reikšminga rizikos krypttis. Singh ir bendraautorė tyrime suicidinės mintys, bandymai ar gestai buvo dažni tarp patologinio pavydo pacientų, nors ši imtis apėmė platesnį patologinio pavydo spektrą, o ne vien kliesesinį Otelio sindromą [132]. Pavieniuose klinikiniuose atvejuose taip pat aprašytos savižudiškos mintys, savižalos grėsmė ar bandymai

nusižudyti [158,201,209,228]. Todėl Otelo sindromo vertinime svarbu sistemingai įvertinti ne tik heteroagresijos, bet ir savižudybės riziką, ypač kai pavydą lydi depresija, beviltiškumas, gėda, santykių žlugimas ar psichoaktyvių medžiagų vartojimas.

4.10. Gydomo ir prevencijos duomenys

Gydymo duomenys rodo, kad intervencijos dažniausiai buvo parenkamos pagal etiologinį kontekstą. Parkinsono ligos atvejais dažnai buvo mažinama arba nutraukiama dopaminerginė terapija, ypač dopamino agonistai [138,163,228]. Psichoziniuose, organiniuose ar pirminio kliedesinio sutrikimo atvejuose dažniausiai taikyti antipsichotikai, įskaitant kvetiapiną, klozapiną, risperidoną, olanzapiną, paliperidoną, haloperidolį ar pimozidą [8,105,136,217,222]. Park ir bendraautorių apžvalgoje antipsichotikai buvo taikyti 78 % atvejų, o remisija pasiekta apie 70 % pacientų [8]. Kataoka ir Sugie apžvalgoje daugumai Parkinsono liga sergančių pacientų Otelo sindromas išnyko arba sumažėjo jo sunkumas koregavus dopaminerginį gydymą ir, kai reikėjo, papildomai taikant antipsichotikus [138]. Vis dėlto gydymo atsakas buvo nevienodas, o kai kuriais atvejais simptomai išliko atsparūs, ypač neurodegeneracinių, ponsultinių ar sudėtingų organinių būklių kontekste.

Psichoterapinių intervencijų duomenys buvo riboti ir daugiausia susiję su nekliedesiniu arba obsesiniu patologiniu pavydu. Kognityvinės elgesio terapijos ir kognityvinės analitinės terapijos tyrimai parodė galimą naudą mažinant pavydo mintis, tikrinimo elgesį, depresiją, nerimą ir distresą [191,192]. Tačiau šie duomenys negali būti tiesiogiai perkeltami kliedesiniam Otelo sindromui, nes tokiais atvejais dažnai būna sutrikęs tikrovės testavimas ir menka įžvalga. Todėl psichoterapija kliedesinio pavydo atvejais turėtų būti laikoma pagalbine integruoto gydymo dalimi, o ne savarankiška pagrindine intervencija.

Atrinktų publikacijų analizė taip pat leido išskirti prevencines implikacijas. Prevencija turėtų apimti ankstyvą patologinio ar kliedesinio pavydo atpažinimą, pavydo pobūdžio diferencijavimą, dopamino agonistų poveikio stebėjimą Parkinsono liga sergantiems pacientams, psichoaktyvių medžiagų vartojimo patikrą, organinių ir neurologinių priežasčių paiešką, smurto bei suicidiškumo rizikos vertinimą ir partnerio ar šeimos įtraukimą į saugumo planavimą. Klinikinėje praktikoje ypač svarbūs įspėjamieji elgesio požymiai: partnerio sekimas, tikrinimas, kontrolė, grasinimai, priverstinis tardymas, ginklų turėjimas, ankstesnis smurtas, alkoholio vartojimas ir tariamo varžovo identifikavimas.

4.11. Bendroji rezultatų išvada

Lyginant 2005–2026 m. atrinktų PubMed publikacijų rezultatus su platesne 3 skyriuje pateikta literatūros apžvalga, matyti, kad pagrindinė išvada sutampa: Otelo sindromas nėra vienalytė diagnozė, o heterogeniškas sindrominis reiškiny, pasireiškiantis skirtinguose psichiatriniuose, neurologiniuose, organiniuose, medikamentiniuose ir medžiagų vartojimo kontekstuose. Atrinktos

šiuolaikinės publikacijos patvirtina patologinio pavydo kontinuumą nuo obsesinių ir pervertintų idėjų pobūdžio formų iki kliesesinio pavydo, taip pat rodo, kad pavydo tipo kliesesinis sutrikimas apima tik dalį viso patologinio pavydo lauko [16,132]. Vis dėlto PubMed lentelių analizėje ryškiau dominuoja klinikiniai, neuropsichiatriniai ir medikamentiniai aspektai – Parkinsono liga, dopaminerginis gydymas, demencijos, insultai, struktūriniai smegenų pažeidimai ir vaistų ar psichoaktyviųjų medžiagų sukelti atvejai [8,136,138,161,167]. Todėl šiuolaikiniai rezultatai ne paneigia, bet sukonkretina platesnės literatūros apžvalgos išvadą: Otelo sindromą tikslinga vertinti etiologiškai, fenomenologiškai ir rizikos požiūriu, o ne vien pagal kliesesio turinį. Kartu šis pjūvis rodo, kad geriau pagrįstos yra dopaminerginio gydymo, organinių ir neurodegeneracinių atvejų, smurto rizikos bei etiologiškai orientuoto gydymo kryptys, o ilgalaikės prognozės, populiacinio paplitimo, psichoterapinio gydymo kliesesinio Otelo sindromo atvejais ir Lietuvos konteksto duomenys išlieka riboti.

Apibendrinant, 2005–2026 m. atrinktų PubMed publikacijų analizė parodė tris pagrindines kryptis: diagnostinį nevienalytiškumą, etiologinę įvairovę ir reikšmingas elgesio bei saugumo pasekmes. Gydymo ir prevencijos duomenys rodo, kad intervencijos turi būti individualizuotos pagal pagrindinę etiologinę būklę, paciento įžvalgą, rizikos lygį ir socialinį kontekstą.

Duomenų ribotumai, susiję su publikacijų heterogeniškumu, atvejų aprašymų dominavimu ir ribotu rezultatų apibendrinamumu, plačiau aptariami Diskusijos skyriuje.

5. DISKUSIJA

Rezultatų apibendrinime parodyta, kad Otelo sindromas nėra vienalytis klinikinis reiškiny. Todėl diskusijoje svarbiausias klausimas yra ne tai, ar šis sindromas „egzistuoja“, bet kaip jį tiksliai suprasti: kaip diagnozę, simptomą, sindromą, kliesesio turinį ar platesnio pataloginio pavydo spektro kraštutinę formą. Šiame skyriuje aptariama, kokias nozologines, diagnostines, klininkines ir teorines pasekmes turi toks nevienalytiškumas.

5.1. Otelo sindromas kaip sindrominis reiškinys

Nozologiniu požiūriu Otelo sindromas problemiškas todėl, kad jo pavadinimas sukuria vieningumo įspūdį, nors klinikinėje praktikoje jis žymi skirtingų sutrikimų sankirtą. DSM ir TLK sistemose jis nėra savarankiška diagnozė, todėl pats terminas negali pakeisti diferencinės diagnostikos. Jis veikiau nurodo dominuojantį kliesesinio ar kliesesiniam intensyvumui artimo pavydo turinį, kurio etiologiją būtina nustatyti kiekvienu konkrečiu atveju.

Tai reiškia, kad Otelo sindromo vertinimo ar aprašymo metu nepakanka konstatuoti, jog pacientas įsitikinęs partnerio neištikimybėje. Būtina klausti, kokia yra šio įsitikinimo struktūra: ar tai kliesesys, obsesinė mintis, pervertinta idėja, afektiškai sustiprinta santykių interpretacija, realios neištikimybės hiperbolizacija ar platesnės psichozės dalis. Tokia diferencinė prieiga yra būtina, nes nuo jos priklauso gydymas, rizikos vertinimas ir prognozė.

Ši išvada dera su istorine Otelo sindromo raida. Nuo Shakespeare'o literatūrinio modelio ir Todd pasiūlyto eponimo šis terminas išliko kultūriškai paveikus, tačiau nebuvo paverstas aiškiu nozologiniu vienetu. Istorinėje perspektyvoje tai suprantama: pataloginis pavydas visada buvo tarpinis reiškinys tarp moralės, teisės, literatūros, psichopatologijos, neurologijos ir socialinių santykių. Šiuolaikiniai duomenys šią tarpinę padėtį ne panaikina, o patvirtina. Otelo sindromas yra patogus klinikinis pavadinimas, tačiau jis apima heterogenišką reiškinių lauką.

5.2. Pataloginio pavydo kontinuumas ir diagnostinės ribos

Kita svarbi diskusijos kryptis yra pataloginio pavydo spektro problema. Darbe parodyta, kad pavydas gali būti normalus, obsesinis, susijęs su pervertintomis idėjomis arba kliesesinis. Šios formos nėra vienodai pavojingos ir nėra vienodai gydomos. Obsesinis pavydas paprastai pasižymi egodistoniškomis, varginančiomis ir bent iš dalies kritikuojamomis mintimis. Pervertintų idėjų atveju pacientas įsitikinimą laiko prasmingu ir svarbiu, tačiau jis dar nebūtinai pasiekia kliesesio nekoreguojamumą. Kliesesinio pavydo atveju įsitikinimas tampa fiksuotas, atsparus argumentams ir pradeda organizuoti paciento elgesį.

Šis kontinuumas kelia nozologinę problemą: kur baigiasi normali, nors ir skausminga emocija, ir kur prasideda klinikinis sutrikimas? Viena vertus, pernelyg siauras požiūris gali lemti pavojingų atvejų neatpažinimą, ypač kai pacientas dar nėra aiškiai psichozinis, bet jau kontroliuoja, seka ar

grasina partneriui. Kita vertus, pernelyg platus požiūris gali patologizuoti normalias romantinių santykių emocijas.

Ši įtampa ypač aiški svarstant obsesinio pavydo statusą. Klausimas, ar obsesinis pavydas turėtų būti laikomas atskira diagnostine kategorija, išlieka atviras. Viena vertus, tokia kategorija galėtų pagerinti klinikinį atpažinimą, padėti pacientams įvardyti savo patirtį ir skatinti tikslinių intervencijų kūrimą. Kita vertus, egzistuoja rizika patologizuoti normalius emocinius išgyvenimus. Todėl šiuo metu pagrįsta atsargi pozicija: obsesinis pavydas pripažintinas kaip kliniškai reikšmingas reiškinys, tačiau jo formalus įtvirtinimas diagnostinėse sistemose turėtų remtis tolesniais fenomenologiniais ir empiriniais tyrimais [108].

Šiame darbe laikomasi požiūrio, kad Otelo sindromo terminas turėtų būti vartojamas siauriau – pirmiausia kalbant apie kliesesinio arba kliesesiniam intensyvumui artimo pavydo atvejus. Platesnės „patologinio“ ar „liguisto“ pavydo sąvokos yra naudingos aprašant visą klinikinį spektrą, tačiau jos neturėtų būti automatiškai tapatinamos su Otelo sindromu.

5.3. Kliesesys, tiesa ir klaidingos diagnozės pavojus

Viena sudėtingiausių diagnostinių problemų yra kliesesio santykis su faktine realybe. Klasikinėje psichiatrijos tradicijoje kliesesys dažnai apibrėžiamas kaip klaidingas, nepagrįstas ir korekcijai atsparus įsitikinimas. Tačiau pavydo kliesesiai šį apibrėžimą komplikuoja, nes partnerio neištikimybė teoriškai gali būti reali. Skirtingai nuo akivaizdžiai neįmanomų kliesesių, pavyzdžiui, kai pacientas mano esąs valdomas kosminių spindulių, neištikimybės idėja pati savaime nėra neįmanoma. Todėl klinikoje pavojinga remtis vien turinio „tikėtumu“ ar „netikėtumu“. Šią problemą išryškina vadinamojo tikrovę atitinkančio („veridical“) kliesesio klausimas [100]. Tai situacija, kai įsitikinimas savo struktūra primena kliesesį – yra fiksuotas, intensyvus, sunkiai koreguojamas, sukeliantis elgesio pokyčius, tačiau retrospektyviai paaiškėja, kad jo turinys atitiko realybę. Ši sąvoka nėra įprasta diagnostinė kategorija, bet conceptualinė problema. Toks atvejis parodo, kad įsitikinimo klaidingumas negali būti vienintelis kliesesio kriterijus. Klinikinėje praktikoje būtina atskirti du lygmenis: pirma, ar įsitikinimas atitinka faktinę realybę; antra, koku būdu pacientas prie šio įsitikinimo prieina, kaip jį pagrindžia, kiek jis koreguojamas ir kaip jis veikia elgesį.

Tai turi svarbių etinių pasekmių. Jei gydytojas per greitai priskiria paciento įtarimus psichopatologijai, gali įvykti klaidingas patologizavimas. Kita vertus, jei gydytojas pernelyg pasitiki paciento įtarimais, gali būti nepastebėtas kliesesinis procesas ir su juo susijusi smurto rizika. Ypač problemiška yra artimos aplinkos informacija: partnerio ar šeimos narių pateikiami duomenys gali būti labai svarbūs, tačiau jie taip pat gali būti neišsamūs, šališki arba net klaidinantys. Todėl būtina rinkti informaciją iš kelių šaltinių, vertinti elgesio faktus, santykių kontekstą, psichikos būklę ir galimą saugumo riziką.

Šioje vietoje svarbi ir diagnostinio užsifiksavimo problema. Kai pacientui anksti priskiriama kliesinio pavydo diagnozė, vėlesni specialistai gali nekritiškai perimti šią interpretaciją. Tuomet alternatyvios galimybės – realus partnerio neištikimybės faktas, manipuliacija, smurtas santykiuose, organinė priežastis, asmenybės dinamika ar obsesinis sutrikimas – gali būti nepakankamai vertinamos. Todėl Otelo sindromo diagnostika turi būti dinamiška: diagnozė turi būti peržiūrima, kai atsiranda naujų duomenų, keičiasi paciento būklė ar išryškėja prieštaraivimai tarp klinikinės interpretacijos ir išorinės informacijos [100].

Ši diskusija nereiškia, kad kliesinio sąvoka tampa nereikalinga. Priešingai, ji rodo, kad kliesinį reikia suprasti ne vien kaip klaidingą turinį, bet kaip specifinį santykį su realybe: nekoreguojamą tikrumą, alternatyvių paaiškinimų atmetimą, neutralios informacijos įtraukimą į vieną interpretacinę sistemą ir elgesio organizavimą pagal šią sistemą.

5.4. Etiologinis heterogeniškumas ir klinikinio vertinimo pasekmės

Etiologinis nevienalytiškumas diskusijoje svarbus ne kaip dar vienas priežasčių sąrašas, bet kaip klinikinio mąstymo principas: Otelo sindromo nustatymas turėtų būti diagnostikos pradžia, o ne pabaiga. Neištikimybės kliesys pats savaime dar neatsako, ar kalbama apie pirminį psichozinį sutrikimą, neurodegeneracinį procesą, vaistų poveikį, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą, afektinį sutrikimą ar santykių bei asmenybės dinamikos nulemtą būklę.

Šis heterogeniškumas turi tiesioginę klinikinę reikšmę. Naujai atsiradęs kliesinis pavydas, ypač vyresniame amžiuje, neturėtų būti automatiškai laikomas „charakterio“ ar „santuokos“ problema. Tokiu atveju būtina svarstyti organinę, neurodegeneracinę, kraujagyslinę ar medikamentinę etiologiją. Pavyzdžiui, Parkinsono ligos kontekste Otelo sindromas gali būti susijęs su dopamino agonistais, o gydymo korekcija gali sumažinti ar panaikinti simptomus. Demencijos atvejais pavydo kliesiai gali būti vienas iš elgesio ir psichologinių demencijos simptomų. Po insulto ar struktūrinių smegenų pažeidimų jie gali būti susiję su socialinio pažinimo, impulsų kontrolės ir realybės interpretavimo tinklų disfunkcija.

Klinikinė išvada aiški: Otelo sindromas reikalauja ne tik psichiatrinio, bet dažnai ir neurologinio, somatinio, farmakologinio bei socialinio vertinimo. Gydymas turi būti nukreiptas ne vien į kliesinio turinį, bet ir į pagrindinį etiologinį mechanizmą. Tokia transdiagnostinė prieiga yra viena svarbiausių šio darbo išvadų.

5.5. Teorinių perspektyvų reikšmė

Šiame darbe daug dėmesio skirta ne tik šiuolaikiniams klinikiams tyrimams, bet ir istorinei, psichoanalitinei, evoliucinei, sociokultūrinei bei kitoms pavydo sampratoms. Tokia struktūra gali kelti klausimą: ar šios teorinės dalys nėra per plačios klinikiui darbu? Šio darbo pozicija yra tokia: šios perspektyvos nėra savarankiškas empirinės analizės pagrindas, tačiau jos padeda

suprasti, kodėl Otelo sindromas yra toks problemiškas diagnostikos, klinikos ir prevencijos požiūriu.

Istorinė perspektyva parodo, kad pavydas ilgą laiką buvo aiškinamas moralės, garbės, religijos, literatūros ir teisės kalbomis. Tai svarbu, nes dalis šių interpretacijų iki šiol veikia klinikinę ir socialinę praktiką. Pavydas gali būti romantizuojamas, laikomas meilės įrodymu, pateisinamas kaip „aistra“ arba redukuojamas į poros konfliktą. Tokios interpretacijos pavojingos, nes gali uždelsti pagalbos paiešką ir nuvertinti smurto riziką.

Sociokultūrinė perspektyva šią problemą dar labiau patikslina. Kai kuriuose tyrimuose pabrėžiama, kad pavydas nėra vien individuali emocija ar biologinis mechanizmas: jo forma, intensyvumas ir socialinis vertinimas priklauso nuo kultūrinių normų, santykių modelių ir to, kaip konkrečioje visuomenėje suprantama ištikimybė, garbė, partnerio autonomija ir kontrolė. Kultūrose, kuriose stipriai akcentuojamas seksualinis išskirtinumas, šeimos garbė ar partnerio „priklausymas“, pavydas gali įgyti didesnę socialinę suprantamumą ir būti lengviau racionalizuojamas. Priešingai, kultūrose, kuriose santykių autonomija, individualios ribos ir smurto prevencija labiau pabrėžiamos, tas pats elgesys gali būti greičiau atpažįstamas kaip kontrolė, persekiojimas ar psichopatologinis simptomas. Todėl kultūrinis aspektas svarbus ne tam, kad paaiškintų Otelo sindromą vien socialinėmis normomis, bet tam, kad parodytų, kaip kliesdinio pavydo turinys įgyja konkrečią formą ir kaip visuomenė į jį reaguoja. Kai pavydas laikomas „meilės įrodymu“, „vyriškumu“, „garbės“ ar „aistringo prisirišimo“ ženklu, pacientas, partneris ir aplinkiniai gali ilgiau neatpažinti patologijos. Partnerio tikrinimas, klausinėjimas, sekimas, socialinių kontaktų ribojimas ar reikalavimas prisipažinti gali būti interpretuojami kaip perdėtas, bet dar „suprantamas“ pavydas, nors klinikinio požiūriu tai jau gali būti rizikos ženklai. Dėl to kultūrinė perspektyva tiesiogiai siejasi su prevencija: psichoedukacijoje svarbu ne tik aiškinti kliesdinio pavydo simptomus, bet ir dekonstruoti socialines nuostatas, kurios normalizuoja partnerio kontrolę ir menkina smurto riziką.

Psichoanalitinė perspektyva padeda suprasti, kodėl neištikimybės tema tampa tokia emociškai centrinė. Projekcija, identifikacija, narcisistinė žaizda, ambivalencija, partnerio kaip savasties dalies patyrimas ir nepakeliama kito autonomija leidžia interpretuoti, kodėl pacientas ne tik įtaria, bet ir privalo tikrinti, sekti, reikalauti prisipažinimo, identifikuoti varžovą ir atkurti prarastą kontrolę. Žinoma, šios sąvokos neturėtų būti laikomos empiriškai įrodytais etiologiniais mechanizmais. Tačiau jos padeda aprašyti vidinę pataloginio pavydo logiką: pacientas kovoja ne tik su tariama neištikimybe, bet ir su savo vietos kito žmogaus geisme praradimo grėsme.

Evoliucinės psichologijos perspektyva leidžia suprasti, kodėl pavydas apskritai gali būti susijęs su santykio apsauga, konkurencija ir praradimo grėsmės aptikimu. Tačiau Otelo sindromo atveju ši galimai adaptacinė sistema tampa pataloginė. Grėsmės aptikimas praranda proporciją, neutralūs ženklai tampa įrodymais, o santykio apsauga virsta kontrole, persekiojimu ir smurtu. Todėl

evoliucinė perspektyva naudinga ne tam, kad pateisintų pavydą, bet tam, kad parodytų, kaip normali emocinė sistema gali būti aktyvuota ir iškreipta.

Taigi šios teorinės kryptys papildo klinikinius duomenis. Istorija paaikšina termino ir socialinės reikšmės raidą, sociokultūrinė analizė parodo, kaip pavydas gali būti normalizuojamas arba patologizuojamas konkrečioje visuomenėje, psichoanalizė padeda suprasti subjektyvią pavydo logiką, o evoliucinė psichologija leidžia atskirti normalų pavydo signalą nuo patologinės jo transformacijos. Šių perspektyvų reikšmė šiame darbe nėra ta, kad jos pakeistų klinikinę diagnostiką ar empirinę analizę, bet ta, kad jos padeda suprasti, kodėl Otelo sindromas negali būti redukuojamas į vieną kliesiesio turinį. Tai reiškiny, kuriame susikerta psichopatologija, santykio dinamika, kultūrinės normos, smurto rizika ir pagalbos paieškos kliūtys.

5.6. Pavojingumas ir prevencinė reikšmė

Otelo sindromo klinikinė reikšmė labiausiai išryškėja ne teorinėje diagnostikoje, o pavojingumo vertinime. Literatūra nuosekliai rodo, kad kliesiesinis pavydas gali būti susijęs su partnerio kontrole, persekiojimu, grasinimais, fiziniu smurtu, žmogžudyste, nužudymu–savižudybe ir paties paciento suicidiškumu. Todėl Otelo sindromas negali būti laikomas tik individualia paciento kančia ar privačiu santykių konfliktu.

Otelo sindromo pavojingumas kyla ne tik iš paties įsitikinimo apie partnerio neištikimybę, bet iš to, kad šis įsitikinimas gali tapti veikimo programa. Klinikinėje praktikoje svarbu vertinti ne vien kliesiesio turinį, bet ir jo elgesines pasekmes: ar pacientas tikrina, seka, grasina, riboja partnerio autonomiją, identifikuoja tariamą varžovą arba ruošiasi veikti pagal savo įsitikinimą. Būtent perėjimas nuo minties prie kontrolės ir nuo kontrolės prie smurto yra pagrindinis prevencijos taikiny.

Prevencija turi būti transdiagnostinė: ji apima ankstyvą patologinio pavydo atpažinimą, smurto ir suicidiškumo rizikos vertinimą, organinių bei medikamentinių priežasčių paiešką, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo įvertinimą, partnerio ir vaikų saugumo planavimą, šeimos psichoedukaciją ir ilgalaikį stebėjimą.

5.7. Gydomo ribos ir praktinės problemos

Gydymo klausimas diskusijoje svarbus ne dėl vieno universalaus metodo paieškos, bet dėl būtinybės gydymą derinti prie etiologinio konteksto. Tas pats neištikimybės kliesiesio turinys gali reikalauti skirtingų intervencijų: antipsichozinio gydymo, dopaminerginės terapijos korekcijos, priklausomybių gydymo, demencijos ar kitos organinės būklės valdymo, psichoterapinio darbo arba pirmiausia saugumo plano. Todėl Otelo sindromo gydymas turi būti individualizuotas ir rizikos valdymu pagrįstas.

Psichoterapijos duomenys daugiausia susiję su nekliesiesiniu arba obsesiniu pavydu. Kognityvinė elgesio terapija, kognityvinė analitinė terapija, ekspozicija su atsako prevencija ir darbas su

tikrinimo elgesiu gali būti naudingi, kai pacientas turi bent dalinę įžvalgą. Tačiau tikro kliesinio pavydo atveju psichoterapija negali pakeisti farmakoterapijos, rizikos vertinimo ir saugumo plano. Tokiu atveju jos tikslai turėtų būti realistiški: mažinti distresą, gerinti gydymo laikymąsi, mažinti agresyvų elgesį, atpažinti atkryčio požymius ir padėti šeimai saugiai reaguoti.

Tai ypač svarbu todėl, kad tiesioginis kliesinio ginčijimas dažnai neveiksmingas. Pacientui nepakanka parodyti, kad nėra neištikimybės įrodymų, nes pati įrodymų paieška jau yra kliesinės sistemos dalis. Nauja informacija gali būti ne koreguojanti, o įtraukiama į tą pačią interpretacinę grandinę. Dėl to gydymas turi prasidėti nuo santykio, saugumo, distreso ir elgesio valdymo, o ne vien nuo bandymo „įrodyti“, kad pacientas klysta.

5.8. Darbo ribotumai

Šis darbas turi kelis metodologinius ribotumus. Pirma, jis buvo rengiamas kaip naratyvioji, o ne sisteminė literatūros apžvalga. Nors atlikta struktūruota PubMed paieška ir sudaryta publikacijų charakteristikų bei rezultatų lentelės, nebuvo taikytas formalus sisteminės apžvalgos protokolas, PRISMA schema ar įtrauktų tyrimų šališkumo rizikos vertinimas. Todėl darbo išvados yra teminės ir interpretacinės, o ne metaanalitinės.

Antra, Otelo sindromo literatūra pati yra labai heterogeniška. Didelę jos dalį sudaro pavieniai klinikiniai atvejai ir mažos atvejų serijos. Tokie šaltiniai labai naudingi etiologinei ir klinikinei įvairovei parodyti, tačiau jie neleidžia tiksliai nustatyti paplitimo, rizikos veiksnių svorio ar gydymo efektyvumo.

Trečia, atvejų literatūra gali būti paveikta publikavimo šališkumo. Dažniau publikuojami reti, sunkūs, neįprasti, smurtiniai ar neurologiškai įdomūs atvejai. Todėl literatūroje gali būti perreprezentuotos organinės, medikamentinės ar teismo psichiatrijos požiūriu ryšios Otelo sindromo formos, o įprastesni klinikiniai atvejai gali likti neaprašyti.

Ketvirta, skirtinguose tyrimuose vartojami nevienodi terminai: Otelo sindromas, kliesinis pavydas, patologinis pavydas, neištikimybės kliesesys, pavydo tipo kliesinis sutrikimas. Dėl to skirtingų tyrimų rezultatus sunku tiesiogiai lyginti. Vienuose darbuose analizuojamas tik kliesinis pavydas, kituose – platesnis patologinio pavydo spektras, apimantis obsesines ir perversintų idėjų formas.

Penkta, Lietuvos kontekste duomenų apie Otelo sindromą yra labai mažai. Todėl darbo išvados daugiausia remiasi tarptautine literatūra. Ateityje būtų svarbu tirti, kaip patologinis pavydas atpažįstamas Lietuvos psichiatrijos, priklausomybių, neurologijos, teismo psichiatrijos ir smurto artimoje aplinkoje prevencijos sistemose.

5.9. Shakespeare'o Otelas: ar pačiam Otelui galima diagnozuoti Otelo sindromą?

Darbo pabaigoje neišvengiamai kyla beveik ironiškas, bet teoriškai svarbus klausimas: jei Otelo sindromas pavadintas Shakespeare'o Otelo vardu, ar pats Otelas iš tikrųjų „sirgo“ Otelo sindromu?

Tačiau pats šis klausimas jau nėra vien klinikinis: jis verčia klausti ne tik to, ar Otelas atitinka diagnozę, bet ir kodėl psichiatrijai apskritai prireikė būtent Otelo vardo šiam reiškiniui apibūdinti. Atsakyti į šį klausimą tiesiogiai būtų pavojinga, nes Otelas nėra klinikinis pacientas, o literatūrinis personažas. Jam negalima atlikti psichiatrinio interviu, surinkti anamnezės, įvertinti premorbidinės asmenybės, neurologinės būklės, psichoaktyvių medžiagų vartojimo ar ligos trukmės. Vis dėlto literatūrinė figūra gali būti nagrinėjama kaip psychopatologinis modelis. Tokiu atveju klausimas tampa ne „kokia buvo tikroji Otelo diagnozė?“, o „kokius patologinio pavydo mechanizmus Shakespeare'as pavaizdavo?“

Iš pirmo žvilgsnio Otelas atrodo kaip paradigmatis klijedėsinio pavydo atvejis. Jis palaipsniui įsitikina Dezdemonos neištikimybe, neutralūs ar dviprasmiški ženklai jam tampa įrodymais, jis reikalauja patvirtinimo, praranda gebėjimą pasitikėti ir galiausiai nužudo partnerę, o vėliau pats nusižudo. Ši eiga atitinka klinikinėje literatūroje aprašytą pavojingą patologinio pavydo dinamiką: nuo abejonės prie interpretacijos, nuo interpretacijos prie tariamų įrodymų kaupimo, nuo įrodymų kaupimo prie smurto.

Tačiau diagnozė nėra tokia paprasta. Otelo pavydas neatsiranda spontaniškai. Jį metodiškai kuria Jago, kuris pateikia užuominas, manipuliuoja faktais, sukonstruoja nosinaitės „įrodymą“ ir kryptingai formuoja Otelo įsitikinimą. Dėl to dalis autorių pagrįstai abejoja, ar Otelas yra tikras klijedėsinio pavydo pacientas, ar veikiau apgautas žmogus, kurio klaidinga išvada remiasi sąmoningai suklustotais duomenimis [12,13]. Klinikinėje praktikoje tai būtų svarbus skirtumas: klaidingas įsitikinimas, pagrįstas klaidinančia informacija, dar nebūtinai yra klijedėsysis.

Vis dėlto Otelo atveju svarbu ne tik tai, kad Jago pateikia klaidingą informaciją, bet ir tai, kaip Otelas ją apdoroja. Iš pradžių jis abejoja, bet vėliau jo mąstymas įgauna vis labiau hermetišką logiką. Nosinaitė, Kasijaus elgesys, Jago žodžiai ir Dezdemonos reakcijos įtraukiami į vieną interpretacinę sistemą. Nuo tam tikro momento Otelas nebe tik pasitiki Jago – jis pats pradeda matyti pasaulį per neištikimybės schemą. Būtent čia prasideda klinikiu požiūriu įdomiausia vieta: išorinis melas tampa „vidine tiesa“.

Nicolas Brémaud teigia, kad Otelo būklė geriausiai atitinka Sérieux ir Capgras aprašytą interpretacinį klijedėsį. Tokiu atveju žmogus ne sukuria visiškai naują realybę iš nieko, bet remiasi realiais faktais, kuriuos iškreipia ir sujungia į klaidingą, tačiau jam pačiam nuoseklią sistemą. Otelo atveju kiekvienas ženklas – nosinaitė, Kasijaus elgesys, Jago žodžiai – įgyja asmeninę, neištikimybės patvirtinančią reikšmę [90]. Ši interpretacija leidžia Otelą suprasti ne kaip „gryną“ klijedėsinio sutrikimo atvejį, bet kaip ribinę figūrą tarp manipuliacijos, interpretacinio klijedėsio ir aistros nusikaltimo.

Psychoanalitinės interpretacijos šį procesą dar labiau pagilina. André Green kalba apie „pavydo beprotybę“, kurioje sunaikinamas meilės objektas ir kartu pats „Aš“. Stanley Cavellio

interpretacijoje svarbiausias yra ne tik pavydas, bet ir skepticizmas kito žmogaus atžvilgiu: Otelas negali pakelti Dezdemonos kitoniškumo – to, kad ji turi nuo jo nepriklausomą vidų, norus, mintis ir laisvę. Šia prasme Cavellio interpretacija leidžia Otelo pavydą suprasti kaip nepasitikėjimą pačia kito žmogaus atskirtybe: Otelui nepakanka Dezdemonos veiksmų ar žodžių, nes jis nebegali pripažinti jos kaip savarankiškos būtybės, kurios vidinis gyvenimas nėra tiesiogiai prieinamas jo žinojimui. Cavellio akcentas čia svarbus ne kaip klinikinė diagnozė, bet kaip filosofinis pavydo ir skepticizmo ryšio aprašymas [21,29].

Dar radikaliau šią problemą galima formuluoti lakaniškoje perspektyvoje. Otelą traumuoja ne vien galima Dezdemonos neištikimybė, bet tai, kad Dezdemonos geismas jam iš principo nėra visiškai prieinamas. Kitaip tariant, jo kančia kyla ne tik iš klausimo „ar ji buvo neištikima?“, bet iš dar sunkesnio klausimo – „ko ji geidžia, kai jos geismas nepriklauso man?“ Šiuo požiūriu pavydas tampa ne vien konkurencija dėl mylimo objekto, bet bandymu užimti, perskaityti arba kontroliuoti vietą Kito geisme. Otelas siekia ne tik Dezdemonos kūno ištikimybės, bet ir neįmanomo jos geismo skaidrumo: jis nori žinoti ne tik ką ji darė, bet ir ką ji galvojo, ko troško, ką fantazavo ir kam priklausė jos vidinė tiesa.

Todėl lakaniškai Otelo pavydas gali būti suprastas kaip nepakeliamo Kito geismo neapibrėžtumo transformacija į tariamą žinojimą. Jago jam pasiūlo ne tik melagingą informaciją, bet ir signifikantų grandinę, leidžiančią neapibrėžtumą paversti „įrodymais“: nosinaitė, Kasijaus elgesys, Dezdemonos reakcijos ir atsitiktinės užuominos ima veikti kaip ženklai, kuriuos Otelas skaito tarsi paslėptos tiesos pėdsakus. Nosinaitė čia tampa ne paprastu daiktiniu įrodymu, o signifikantu, aplink kurį organizuojasi kliesdinė interpretacija. Ji pati savaime nieko neįrodo, bet Otelo fantazme pradeda reikšti daugiau negu Dezdemonos žodžiai.

Šioje vietoje svarbi ir Lacano „jalouissance“ sąvoka: pavydas yra ne tik kančia, bet ir prievartinis įsitraukimas į pačią įtarimo sceną. Otelas kenčia, bet kartu vis grįžta prie ženklų, klausimų ir tariamų įrodymų, kurie ne nuramina, o dar labiau sustiprina kliesdinį tikrumą. Tokiu būdu pavydas tampa fantazmu, žadančiu panaikinti nežinojimą, bet iš tikrųjų vis labiau uždarančiu subjektą savo paties interpretacijoje.

Ši mintis leidžia suprasti, kodėl Otelo pavydas tampa nepasotinamu tikrumo reikalavimu. Pavydus subjektas ieško įrodymo, tačiau joks įrodymas nėra galutinis. Jam nepakanka elgesio, žodžių ar meilės ženklų, nes visuomet lieka galimybė, kad kitas slepia savo „tikrąją“ tiesą. Todėl pavydas virsta ne tiesos paieška, o begaliniu tikrinimu. Henri Ey šią būseną apibūdino kaip desperatišką tikrumo troškimą: pavydus subjektas nori aiškumo, tačiau kuo labiau jo siekia, tuo labiau tolsta nuo realybės [23,90].

Kita vertus, literatūriniai pavyzdžiai rodo, kad pavydas nėra vien patologinių ar „nebrandžių“ asmenybių bruožas. Psichinė sveikata nereiškia apsaugos nuo pavydo. Greičiau ji reiškia gebėjimą

šią emociją atpažinti, išgyventi ir integruoti taip, kad ji nevirstų destruktivia interpretacijų sistema [15]. M. Maggini ir bendraautoriai pabrėžia, kad net harmoningiems žmonėms pavydas gali kilti iš gilios baimės prarasti asmenį, kuris palaiko jų tapatybę ir iššaknijimą realybėje [21]. Todėl klausimas nėra vien „kas pavydi“, bet kaip pavydas psichiškai apdorojamas.

Šiame kontekste įdomi Don Žuano figūra. Kierkegaardo ir Tellenbacho interpretacijoje Don Žuanas nepavydi, nes nepajėgia mylėti: jis siekia užkariauti, bet ne išlaikyti; jam svetima varžovo figūra, nes jis iš anksto jaučiasi nugalėtoju [21]. Tačiau Enocho pateikiama tradicija leidžia šią mintį apversti. Don Žuano tipo ankstesnis seksualinis elgesys kaip tik gali sustiprinti vėlesnius neištikimybės įtarimus: kuo daugiau pats subjektas yra apgaudinėjęs, tuo labiau jis linkęs manyti, kad taip elgsis ir partnerė. Šią projekcinę logiką iliustruoja Tolstojaus „Kreicerio sonata“, kur ankstesnis palaidumas virsta įtarumo šaltiniu [14].

Taigi literatūrinės ir psichopatologinės tradicijos nesutaria, ar pavydas kyla iš negalėjimo mylėti, ar priešingai – iš per didelės priklausomybės nuo meilės objekto. Tiksliau būtų sakyti, kad pavydas gali kilti abiem keliais. Vienu atveju jis siejasi su savininkišku, narcisistiškai pažeidžiamu santykiu su kitu; kitu atveju – su projekcija, kai subjektas partneriui priskiria savo paties neištikimybės galimybę. Trečiu atveju pavydas gali būti net nepatiriamas, kaip Marguerite Duras romane „Lolos V. Stein apžavėjimas“: ten skausmas ir pavydas tarsi užblokuojami, o vietoj jų atsiranda afektinis sustingimas ir subjektyvus žlugimas [33,34].

Jeigu Otelo atvejį mėgintume perskaityti šiuolaikinės psichiatrijos ir psichopatologijos kalba, svarbu nebūtų vien mechaniškai pritaikyti jam diagnozę. Veikiau reikėtų parodyti, kokie skirtingi aiškinimo lygmenys leidžia suprasti jo pavydo dinamiką: vieni jį artimesni klinikinei diagnostikai, kiti – fenomenologinei, kognityvinei ar psichoanalitinei interpretacijai.

Pirmoji galimybė būtų kliesesinis sutrikimas, pavydo tipas. Šiai diagnozei palanku tai, kad Otelas įgyja fiksuotą įsitikinimą Dezdemonos neištikimybe, renka „įrodymus“, tampa nekoreguojamas ir veikia pagal įsitikinimą. Tačiau prieš šią diagnozę kalba ūmi pradžia, aiškus išorinis manipuliacinis veiksnys ir tai, kad jo įsitikinimas remiasi Jago suklastotu informaciniu lauku, o ne vien spontanišku psichoziniu procesu.

Antroji galimybė būtų ūmi stresinė ar reaktyvi psichozinė būseną su pavydo kliesesiu. Ši interpretacija leistų paaiškinti staigų perėjimą nuo abejonės prie smurtinio tikrumo, ypač jei laikytume Jago manipuliaciją stipriu psichologiniu stresoriumi. Vis dėlto Shakespeare'o tekste nėra pakankamai duomenų apie platesnį psichozinį sindromą: nėra aiškių haliucinacijų, mąstymo dezorganizacijos ar ilgalaikės psichozės eigos.

Trečioji galimybė būtų pervertinta pavydo idėja, kuri dėl išorinės manipuliacijos ir afektinio sujaudinimo perauga į kliesesinį tikrumą. Ši formuluotė galbūt tiksliausiai atitinka tragedijos dinamiką. Otelas iš pradžių nėra chroniškai pavydus ar aiškiai psichozinis. Tačiau įskiepyta idėja

palaipsniui tampa dominuojanti, neproporcinga ir galiausiai nekoreguojama. Tokiu būdu jo pavydas juda per visą patologinio pavydo kontinuumą: nuo abejonės prie pervertintos idėjos, nuo jos – prie kliesinio įsitikinimo, o galiausiai – prie smurtinio veikimo.

Ketvirtoji galimybė būtų ne formalus psichikos sutrikimas, o tragiškai išnaudotas kognityvinis ir afektinis pažeidžiamumas. Jago veikia beveik kaip patologinis „dėmesio šališkumo“ katalizatorius: jis nukreipia Otelo dėmesį į dviprasmiškus ženklus, suteikia jiems perteklinę reikšmę ir neleidžia alternatyvioms interpretacijoms išlikti. Šiuolaikinių kognityvinių modelių kalba Otelas patenka į uždara prognozavimo ir patvirtinimo ratą: įtarimas sukuria reikšmę, reikšmė sustiprina įtarimą, o kiekvienas naujas ženklas tampa dar vienu „įrodymu“.

Penktoji, lakaniškoji, galimybė būtų Otelą suprasti ne kaip vieną diagnostinį atvejį, o kaip subjektą, kurio fantazmas nebeatlaiko Kito geismo neapibrėžtumo. Jago šiuo atveju veikia ne tik kaip apgavikas, bet ir kaip figūra, užimanti tariamai žinančio subjekto vietą („*sujet supposé savoir*“): jis Otelui pateikia signifikantus, leidžiančius neapibrėžtumą paversti skaitoma tiesa. Tačiau šis skaitymas yra pražūtingas: vietoje nežinojimo, kurį būtų galima išverti kaip pačios meilės sąlygą, atsiranda fantazminis tikrumas, artimas kliesinei logikai. Nuo šio momento Otelas nebegali būti santykiyje su Kito geismo neapibrėžtumu; jis turi jį uždaryti veiksmu.

Todėl atsakymas į klausimą, ar Otelas „sirgo Otelo sindromu“, turėtų būti dvigubas. Griežtai diagnostiniu požiūriu – nebūtinai. Jis nėra idealus kliesinio sutrikimo, pavydo tipo, pavyzdys, nes jo įsitikinimą stipriai formuoja išorinė manipuliacija. Tačiau fenomenologiniu ir psichopatologiniu požiūriu – taip, Otelas puikiai parodo Otelo sindromo logiką.

Tad galutinė, šiek tiek žaisminga, nors akademiškai atsargi „diagnozė“ galėtų būti tokia:

Shakespeare'o Otelas – ne klasikinis kliesinio sutrikimo pacientas, o literatūrinis patologinio pavydo prototipas, kuriame išorinis melas susitinka su vidiniu pažeidžiamumu ir virsta kliesinio tikrumo struktūra. Jei šiuolaikinis psichiatras turėtų jį aprašyti be perteklinio diagnostinio pasitikėjimo, tiksliausia būtų kalbėti apie ūmiai išsivysčiusį patologinį pavydą su kliesinio intensyvumo neištikimybės įsitikinimu, sunkia smurto ir savižudybės rizika, išprovokuotą manipuliacinio tarpasmeninio konteksto.

Būtent todėl Otelas išlieka toks svarbus šiam darbui. Jis nėra tik vardas, suteiktas sindromui. Nors jo būseną neleidžia vienareikšmiškai nustatyti šiuolaikinės klinikinės diagnozės, būtent šis neapibrėžtumas daro jį teoriškai vaisingą. Jis yra literatūrinis modelis, kuriame iš anksto parodyta klinikinė dinamika, iki šiol aktuali psichiatrijoje: meilės objektas tampa įtarimo objektu, ženklai tampa įrodymais, abejonė tampa tikrumu, o tikrumo troškimas sunaikina ir kitą, ir patį subjektą. Taigi Shakespeare'o Otelas nėra paprastas atsakymas į klausimą, kas yra Otelo sindromas. Jis veikiau primena, kodėl šis sindromas toks kliniškai pavojingas: tragedija prasideda ne nuo smurto, o nuo interpretacijos.

6. IŠVADOS

1. Otelo sindromas yra heterogeniškas sindrominis reiškiny, o ne savarankiška vienalytė nozologinė kategorija. Literatūros analizė rodo, kad šis terminas dažniausiai vartojamas apibūdinti klinicinei situacijai, kai partnerio neištikimybės tema tampa dominuojančiu, sunkiai koreguojamu ir elgesį organizuojančiu pavydo kliedesiu. Vis dėlto pataloginis pavydas sudaro platesnį kontinuumą – nuo obsesinio pavydo ir pervertintų idėjų iki kliedesinio įsitikinimo. Todėl Otelo sindromas neturėtų būti tapatinamas su visu liguisto pavydo spektru; tiksliausia jį suprasti kaip kliedesinio pavydo formą, kuri gali pasireikšti skirtinguose psichiatriniuose, neurologiniuose, medikamentiniuose ir psichosocialiniuose kontekstuose.
2. Otelo sindromo etiologija yra daugialypė ir reikalauja diferencinės diagnostikos. Kliedesinis pavydas gali pasireikšti kaip pavydo tipo kliedesinio sutrikimo išraiška, tačiau dažnai jis atsiranda platesniame psichozinių, afektinių, asmenybės, priklausomybių, neurodegeneracinių, kraujagyslinių, epilepsinių, infekcinių ar medikamentų sukeltų būklių kontekste. Ypač svarbūs yra alkoholio ir kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimas, Parkinsono ligos dopaminerginis gydymas, demencija, insultai, galvos smegenų pažeidimai ir kitos organinės priežastys. Dėl to klinikinėje praktikoje Otelo sindromo diagnozavimas neturėtų apsiriboti vien kliedesio turinio nustatymu; būtina įvertinti pagrindinę etiologinę būklę, paciento neurologinę ir kognityvinę būklę, vartojamus vaistus, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą ir santykių kontekstą.
3. Otelo sindromas yra susijęs su reikšminga žala individui, partneriui, šeimai ir visuomenei. Individualiu lygmeniu jis gali sukelti intensyvių distresą, nerimą, depresinę simptomatiką, savižudiškas mintis, sutrikusį funkcionavimą, įžvalgos stoką ir kompulsyvių tikrinimą. Tarpasmeniniu ir socialiniu lygmeniu šis reiškiny ypač svarbus dėl partnerio kontrolės, persekiojimo, grasinimų, smurto artimoje aplinkoje, tariamo varžovo puolimo, vaikų įtraukimo į konfliktą ir kraštutiniais atvejais – nužudymo–savižudybės rizikos. Todėl Otelo sindromas turi būti vertinamas ne tik kaip psychopatologinis simptomas, bet ir kaip potencialiai pavojinga klinikinė bei socialinė situacija.
4. Prevencija turi būti transdiagnostinė, individualizuota ir orientuota į rizikos mažinimą. Veiksmingiausia prevencinė kryptis apima ankstyvą pataloginio pavydo atpažinimą, kliedesinės, obsesinės ir pervertintų idėjų formos diferenciaciją, smurto ir savižudybės rizikos vertinimą, partnerio bei vaikų saugumo užtikrinimą, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimo mažinimą, organinių ir medikamentinių priežasčių paiešką bei pagrindinės etiologinės būklės gydymą. Kliedesinio pavydo atvejais svarbi farmakoterapija, ypač

antipsichozinis gydymas, o nepsichozinėse ar mišrioje formose gali būti naudingos psichoedukacija, kognityvinė elgesio terapija, priklausomybių gydymas ir individualiai parinktos psichoterapinės intervencijos.

5. Lietuvos kontekste Otelo sindromas išlieka nepakankamai ištirtas klinikinis reiškiny. Trūksta vietinių duomenų apie patologinio ir kliesinio pavydo paplitimą, klinikines formas, komorbidiskumą, smurto riziką, gydymo praktiką ir prevencijos galimybes. Todėl ateityje tikslingi tyrimai, kurie nagrinėtų Otelo sindromą Lietuvos psichiatrijos, neurologijos, priklausomybių gydymo, teismo psichiatrijos ir smurto artimoje aplinkoje prevencijos kontekstuose.

7. PRAKTINĖS REKOMENDACIJOS

1. Vertinant pacientą, kuriam būdingas patologinis ar kliesesinis pavydas, pirmiausia rekomenduojama įvertinti saugumo riziką. Būtina aktyviai klausti apie partnerio sekimą, kontrolę, grasinimus, fizinį smurtą, bandymus išgauti prisipažinimą, tariamo varžovo identifikavimą, ginklų turėjimą, alkoholio ar kitų psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą, ankstesnį smurtą ir savižudiškas mintis. Esant realiam pavojui, turi būti sudaromas saugumo planas, užtikrinamas partnerio informavimas ir apsauga, prireikus įtraukiamos socialinės tarnybos, teisėsauga ar kitos institucijos pagal klinikinę situaciją.
2. Diagnostikoje rekomenduojama aiškiai atskirti kliesesinį, obsesinį ir perversintų idėjų pobūdžio pavydą. Kliesesinio pavydo atveju pacientas paprastai yra tvirtai įsitikinęs partnerio neištikimybėje, jo įsitikinimas yra menkai koreguojamas priešingais įrodymais, o abejonė juo yra labai ribota arba jos nėra. Obsesinio pavydo atveju mintys dažniau yra įkyrios, varginančios ir paties paciento atpažįstamos kaip perteklinės ar sunkiai valdomos, o kritiškumas jų atžvilgiu paprastai bent iš dalies išlieka. Perversintų idėjų atveju įtarimai dėl partnerio neištikimybės nėra tokie fiksuoti ir nekoreguojami kaip kliesesio atveju, tačiau pacientui įgyja neproporcingai didelę reikšmę, yra palaikomi kaip pagrįsti ir pradeda organizuoti jo elgesį. Ši diferenciacija svarbi pasirenkant gydymą, vertinant riziką ir prognozuojant eigą.
3. Kiekvienu kliniškai reikšmingo patologinio ar kliesesinio pavydo atveju rekomenduojama įvertinti galimą pagrindinę etiologinę būklę. Reikėtų įvertinti šizofrenijos spektro, kliesesinio, afektinio, obsesinio-kompulsinio, asmenybės ir priklausomybių sutrikimų galimybę. Vyresniems pacientams arba naujai atsiradus simptomams būtina įvertinti demenciją, insultą, epilepsiją, galvos smegenų pažeidimus, neurodegeneracines ligas, endokrininius ar kitus somatinius veiksnius. Parkinsono liga sergantiems pacientams būtina peržiūrėti dopaminerginį gydymą ir impulsų kontrolės sutrikimų požymius.
4. Gydymas turėtų būti individualizuotas pagal pavydo formą ir etiologiją. Kliesesinio pavydo atvejais svarstytinas antipsichozinis gydymas, kartu gydant pagrindinį psichikos, neurologinį ar somatinį sutrikimą. Obsesinio pavydo atvejais gali būti naudinga kognityvinė elgesio terapija, apimanti darbą su įkyriomis mintimis, tikrinimo elgesio mažinimą ir, kai tinkama, ekspoziciją su atsako prevencija; esant ryškiam obsesiniam-kompulsiniam, nerimo ar depresiniam komponentui, dideliu distresu arba nepakankamam atsakui į psichoterapiją, gali būti svarstoma serotonerginė farmakoterapija. Jei pavydas susijęs su alkoholio ar kitų medžiagų vartojimu, būtina priklausomybės gydymo strategija. Jei sindromą provokuoja vaistai, ypač dopaminerginiai preparatai, rekomenduojama peržiūrėti gydymo schemą kartu su neurologu ar kitu specialistu.

5. Porų terapija turėtų būti taikoma tik po saugumo įvertinimo ir paprastai neturėtų būti pirmo pasirinkimo intervencija esant Otelo sindromui. Ji nerekomenduotina, jei išlieka ryškūs kliesesiniai įsitikinimai, grasinimai, fizinis smurtas, persekiojimas, prievartinė kontrolė ar partnerio baimė. Tokiais atvejais pirmiausia būtinos individualios klinikinės intervencijos, pagrindinės būklės gydymas, rizikos mažinimas ir partnerio apsauga. Porų ar šeimos intervencijos gali būti svarstomos tik tada, kai kliesesinis pavydas yra pakankamai stabilizuotas, nėra ūmios grėsmės ir abi pusės gali saugiai dalyvauti terapiniame procese.
6. Partneriams ir artimiesiems rekomenduojama suteikti psichoedukaciją. Jiems svarbu paaiškinti, kad kliesesinis pavydas nėra paprastas „charakterio bruožas“ ar „meilės įrodymas“, bet gali būti psichikos, neurologinės, medikamentinės ar priklausomybių būklės simptomas. Artimieji turėtų žinoti ankstyvus rizikos ženklus: didėjantį tikrinimą, sekimą, grasinimus, bandymą izoliuoti partnerį, reikalavimą prisipažinti, smurto fantazijas, alkoholio vartojimo atsinaujinimą ar sustiprėjimą ir savižudiškas užuominas.
7. Sveikatos priežiūros sistemoje rekomenduojama stiprinti tarpdisciplininį bendradarbiavimą. Otelo sindromo atvejai gali patekti į psichiatrų, neurologų, šeimos gydytojų, priklausomybių specialistų, geriatrijos, skubios pagalbos, socialinių tarnybų ir teisėsaugos specialistų akiratį. Dėl to svarbu, kad specialistai atpažintų patologinio pavydo riziką, mokėtų diferencijuoti jo formas ir žinotų, kada būtina skubi saugumo intervencija.
8. Lietuvoje rekomenduojama nuosekliau rinkti klinikinius duomenis apie patologinį ir kliesesinį pavydą. Praktikoje būtų naudinga registruoti pavydo formą, pagrindinę diagnozę, komorbidiškumą, psichoaktyviųjų medžiagų vartojimą, neurologinius veiksnius, smurto ir savižudybės riziką, taikytą gydymą ir baigtis. Tokie duomenys padėtų tiksliau įvertinti Otelo sindromo reikšmę Lietuvos klinikinėje praktikoje ir kurti aiškesnes prevencijos bei pagalbos strategijas.

PADĖKA

Nuoširdžiai dėkoju savo baigiamojo darbo vadovui prof. Alvydui Navickui už pagalbą, skirtą laiką ir naudingus patarimus darbo rengimo metu.

8. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. Kingham M, Gordon H. Aspects of morbid jealousy. *Adv Psychiatr Treat*. 2004 May;10(3):207–15. doi:10.1192/apt.10.3.207
2. Shepherd M. Morbid Jealousy: Some Clinical and Social Aspects of a Psychiatric Symptom. *J Ment Sci*. 1961 Jul;107(449):687–753. doi:10.1192/bjp.107.449.687
3. Silva JA, Ferrari MM, Leong GB, Penny G. The dangerousness of persons with delusional jealousy. *J Am Acad Psychiatry Law*. 1998;26(4):607–23
4. Qureshi N, Al-Dossari D, Al-Bedah A, Salem S, Al-Habeeb A. Delusional Jealousy: A Brief Literature Review and a Case Report of ‘Unfaithful Husband’ with Sociocultural Repercussions. *Int Neuropsychiatr Dis J*. 2016 Jan 10;6(2):1–18. doi:10.9734/INDJ/2016/22583
5. Kuruppuarachchi KALA, Seneviratne AN. Organic causation of morbid jealousy. *Asian J Psychiatry*. 2011 Dec 1;4(4):258–60. doi:10.1016/j.ajp.2011.09.003
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
7. Masmoudi R, Derbel E, Cherif F, Hentati S, Feki I, Sellami R, et al. Othello syndrome and dopamine dysregulation syndrome. *Prog Neurol Psychiatry*. 2024 Jan;28(1):26–8. doi:10.1002/pnp.825
8. Park JH, Sarwar S, Hassett LC, Staab JP, Fipps DC. Clinical Characterization, Course, and Treatment of Othello Syndrome: A Case Series and Systematic Review of the Literature. *J Acad Consult-Liaison Psychiatry*. 2024 Jan 1;65(1):89–105. doi:10.1016/j.jaclp.2023.09.006
9. Machado CR, Fragoeiro C, Passos M. Delusional Jealousy: How Can Treatment be Improved? A Case Report. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2022;51(4):326–9. doi:10.1016/j.rcpeng.2020.12.004 PubMed PMID: 36496225.
10. Hjiej G, Abdellaoui M, Khattab H, Haddouali K, Bellakhdar S, El Moutawakil B, et al. Jealousy’s stroke: Othello syndrome following a percheron artery infarct. *Neurocase*. 2024 Sep 2;30(5):204–7. doi:10.1080/13554794.2024.2436159 PubMed PMID: 39632716.
11. Abid W, Bouhamed M, Hentati S, Masmoudi R, Feki I, Sallemi R, et al. Othello syndrome: A case report and literature review. *L’Encéphale*. 2024 Feb 1;50(1):115–7. doi:10.1016/j.encep.2023.08.014
12. Munro A. *Delusional Disorder: Paranoia and Related Illnesses*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.

13. Maged H. Delusional disorder: introduction, types, management and intervention [Internet]. SSRN; 2025 [cited 2026 Apr 20]. Available from: <https://www.ssrn.com/abstract=5705942>. doi:10.2139/ssrn.5705942
14. Enoch MD, Ball HN. Uncommon psychiatric syndromes. 4th ed. London ; New York: Arnold; 2001. 260 p.
15. Ronin B. Actualités du concept de jalousie morbide [thèse d'exercice en médecine]. Grenoble: Université Joseph Fourier; 2012 [cited 2026 Apr 15]. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00744478>
16. Easton JA, Shackelford TK, Schipper LD. Delusional disorder-jealous type: how inclusive are the DSM-IV diagnostic criteria? J Clin Psychol. 2008 Mar;64(3):264–75. doi:10.1002/jclp.20442 PubMed PMID: 18257054.
17. Dembinskas A, Alekna R, Aputytė V, Bunevičius R, Danilevičiūtė V, Daškevičius K, et al. Psichiatrija: vadovėlis. Vilnius: Vaistų žinios; 2003. 736 p.
18. Stanevičiūtė G. Jaunų suaugusiųjų romantinio pavydo sąsaja su pasitenkinimu poros santykiais [Internet]. 2025 Jun 4 [cited 2026 Apr 27]. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12512/253597>
19. Mullen PE. Jealousy: the pathology of passion. Br J Psychiatry J Ment Sci. 1991 May;158:593–601. doi:10.1192/bjp.158.5.593 PubMed PMID: 1801774.
20. Tarrier N, Beckett R, Harwood S, Bishay N. Morbid Jealousy: a Review and Cognitive-Behavioural Formulation. Br J Psychiatry. 1990 Sep;157(3):319–26. doi:10.1192/bjp.157.3.319
21. Maggini C, Lundgren E, Leuci E. Jealous love and morbid jealousy. Acta Bio-Medica Atenei Parm. 2006 Dec;77(3):137–46. PubMed PMID: 17312983.
22. Jaspers K. Eifersuchtswahn. Z Für Gesamte Neurol Psychiatr. 1910 Dec 1;1(1):567–637. doi:10.1007/BF02895947
23. Ey H. Études psychiatriques. Nouvelle éd. Perpignan: CREHEY; 2006.
24. Lagache D. La jalousie amoureuse: psychologie descriptive et psychanalyse. Paris: PUF; 1986. (Quadrige; no. 3).
25. Papaurėlytė-Klovienė S. Pavydo, pavyduliavimo, pavydulio ir pavydulystės santykis lietuvių kalbos pasaulėvaizdyje. In: Valoda dažadų kultūru kontekstā: zinātnisko rakstu krājums [Internet]. Daugavpils: Daugavpils Universitāte; 2005 [cited 2026 Apr 9]. Available from: <https://www.lituanistika.lt/content/1405>
26. Klein M. Envy and Gratitude and Other Works 1946–1963. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1975.
27. Pfeiffer SM, Wong PTP. Multidimensional jealousy. J Soc Pers Relat. 1989;6(2):181–96. doi:10.1177/026540758900600203

28. Freud S. Some neurotic mechanisms in jealousy, paranoia, and homosexuality. In: *Gender and envy*. Routledge; 2014. p. 213–20.
29. Cavell S, editor. Othello and the Stake of the Other. In: *Disowning Knowledge: In Seven Plays of Shakespeare* [Internet]. 2nd edn. Cambridge: Cambridge University Press; 2003 [cited 2026 Apr 28]. p. 125–42. Available from: <https://www.cambridge.org/core/books/disowning-knowledge/othello-and-the-stake-of-the-other/858F768D9D6E413B3C1CB90FE6A03C97>
doi:10.1017/CBO9781139165129.005
30. Lund FH. *Emotions: their psychological, physiological and educative implications*. Oxford, England: Ronald Press; 1939. xii, 305 p. (Emotions: their psychological, physiological and educative implications).
31. Stenner P. Discoursing jealousy. In: *Discourse Analytic Research: Repertoires and Readings of Texts in Action*. 1993. p. 94–132.
32. Doniger W. Structuralist Universals versus Psychoanalytic Universals. *Hist Relig*. 1989 Feb;28(3):267–81. doi:10.1086/463161
33. Evzonas N. Psychopathologie de la jalousie. Sexualité, idéalité et jouissance Autre. *Filigrane*. 2017;26(2):63–81.
34. Tor-Zilberstein D. *Jealousy, femininity and desire: a lacanian reading*. Springer; 2023.
35. Bhugra D. Cross-cultural aspects of jealousy. *Int Rev Psychiatry*. 1993;5(2–3):271–80. doi:10.3109/09540269309028317
36. White GL, Mullen PE. *Jealousy: Theory, research, and clinical strategies*. New York: The Guilford Press; 1989.
37. Rengiyyiler S, Tunçel A. Cuckoldry: Sexual jealousy in males. In: *Encyclopedia of domestic violence*. Springer; 2025. p. 1–9.
38. Eisenbruch M. Romantic Jealousy, Intimate Partner Violence, and Envy: An Ethnographic Study of Acid Attacks in Cambodia. *J Interpers Violence*. 2026 Mar 1;41(5–6):975–1014. doi:10.1177/08862605251318270
39. Marazziti D, Di Nasso E, Masala I, Baroni S, Abelli M, Mengali F, et al. Normal and obsessional jealousy: a study of a population of young adults. *Eur Psychiatry*. 2003 May 1;18(3):106–11. doi:10.1016/S0924-9338(03)00024-5
40. Shakespeare W. *The tragedy of Othello, the moor of Venice*. Hackett Publishing; 2010.
41. Šekspyras, Viljamas. *Otelas*. Vilnius: Vaga; 1961.
42. Hart SL. Jealousy protest: Ontogeny in accord with the 9-month period of human gestation. *Evol Psychol*. 2016;14(2):1–9. doi:10.1177/1474704916646775
43. Trivers RL. Parent-offspring conflict. *Am Zool*. 1974;14(1):249–64.

44. Murphy TP, McCurdy K, Jehl B, Rowan M, Larrimore K. Jealousy behaviors in early childhood: Associations with attachment and temperament. *Int J Behav Dev*. 2020 May;44(3):266–72. doi:10.1177/0165025419877974
45. Daly M, Wilson M, Weghorst SJ. Male sexual jealousy. *Ethol Sociobiol*. 1982;3(1):11–27.
46. Buss, D. M. (2000). *The Dangerous Passion Why Jealousy is as Necessary as Love and Sex*. New York The Free Press. - References - Scientific Research Publishing [Internet]. [cited 2026 Apr 5]. Available from: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=205309>
47. Leahy RL, Tirsch DD. Cognitive behavioral therapy for jealousy. *Int J Cogn Ther*. 2008;1(1):18–32. doi:10.1680/ijct.2008.1.1.18
48. Easton JA, Schipper LD, Shackelford TK. Morbid jealousy from an evolutionary psychological perspective. *Evol Hum Behav*. 2007 Nov 1;28(6):399–402. doi:10.1016/j.evolhumbehav.2007.05.005
49. Harris CR. Sexual and romantic jealousy in heterosexual and homosexual adults. *Psychol Sci*. 2002 Jan;13(1):7–12. doi:10.1111/1467-9280.00402 PubMed PMID: 11892782.
50. Yildirim B, Kurdoglu-Ersoy P, Rengiiyiler S. Sexual Jealousy Versus Emotional Jealousy. In: *Encyclopedia of Sexual Psychology and Behavior* [Internet]. Springer, Cham; 2023 [cited 2026 Apr 30]. p. 1–15. Available from: https://link.springer.com/rwe/10.1007/978-3-031-08956-5_2217-1 doi:10.1007/978-3-031-08956-5_2217-1
51. Rilling JK, Winslow JT, Kilts CD. The neural correlates of mate competition in dominant male rhesus macaques. *Biol Psychiatry*. 2004 Sep 1;56(5):364–75. doi:10.1016/j.biopsych.2004.06.027 PubMed PMID: 15336519.
52. Takahashi H, Matsuura M, Yahata N, Koeda M, Suhara T, Okubo Y. Men and women show distinct brain activations during imagery of sexual and emotional infidelity. *NeuroImage*. 2006 Sep;32(3):1299–307. doi:10.1016/j.neuroimage.2006.05.049 PubMed PMID: 16829139.
53. Intili R, Tarrier N. ATTENTIONAL BIAS IN MORBID JEALOUSY. *Behav Cogn Psychother*. 1998 Nov;26(4):323–38. doi:10.1017/S1352465898264046
54. Marazziti D, Poletti M, Dell’Osso L, Baroni S, Bonuccelli U. Prefrontal cortex, dopamine, and jealousy endophenotype. *CNS Spectr*. 2013 Feb;18(1):6–14. doi:10.1017/S1092852912000740
55. Fineberg SK, Corlett PR. The doxastic shear pin: delusions as errors of learning and memory. *Cognit Neuropsychiatry*. 2016 Jan 2;21(1):73–89. doi:10.1080/13546805.2015.1136206

56. Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2003 Jan;160(1):13–23. doi:10.1176/appi.ajp.160.1.13 PubMed PMID: 12505794.
57. Coltheart M, Menzies P, Sutton J. Abductive inference and delusional belief. *Cognit Neuropsychiatry*. 2010 Jan;15(1):261–87. doi:10.1080/13546800903439120 PubMed PMID: 20017038.
58. Spinoza B. *Etika, įrodyta geometrijos metodu ir suskirstyta į penkias dalis*. Rybelienė R, editor. Vilnius: Pradai; 2001.
59. Burton R. *The anatomy of melancholy*. JW Moore; 1857.
60. Descartes R. *Passions of the soul*. Hackett Publishing; 1989.
61. Descartes R, Haldane ES. *Meditations on first philosophy: 1641*. NuVision Publications; 2007.
62. Hume D. *A treatise of human nature*. Oxford University Press; 2000.
63. Kant I. *Critique of practical reason*. Huge Print Press; 1909.
64. Proust M. *Albertine disparue. Le livre de poche*; 2012.
65. Esquirol É. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Vol. 1. chez JB Baillière; 1838.
66. Crocq MA. French perspectives on psychiatric classification. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 Mar;17(1):51–7. doi:10.31887/DCNS.2015.17.1/macrocq PubMed PMID: 25987863; PubMed Central PMCID: PMC4421900.
67. Mishara AL, Fusar-Poli P. The phenomenology and neurobiology of delusion formation during psychosis onset: Jaspers, Truman symptoms, and aberrant salience. *Schizophr Bull*. 2013 Mar;39(2):278–86. doi:10.1093/schbul/sbs155 PubMed PMID: 23354468; PubMed Central PMCID: PMC3576172.
68. Brémaud N. Contribution à l'histoire du délire d'interprétation. *Inf Psychiatr*. 2018 Dec 4;94(9):766–76. doi:10.1684/ipe.2018.1874
69. Lacan J. *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité* [Thèse de doctorat en médecine]. [Paris]: Université de Paris; 1932.
70. Lacan J. *The seminar of jacques lacan, book IX: Identification, 1961–1962*. 1961.
71. Schmideberg M. Some aspects of jealousy and of feeling hurt. *Psychoanal Rev* 1913-1957. 1953;40:1.
72. Fenichel O. *The Collected Papers of Otto Fenichel*. 1st ed. Erscheinungsort nicht ermittelbar: W. W. Norton & Company, Incorporated; 1987. 1 p.
73. Todd J, Dewhurst K. The Othello syndrome: a study in the psychopathology of sexual jealousy. *J Nerv Ment Dis*. 1955;122(4):367–74.

74. Seidenberg R. Jealousy: the wish. *Psychoanal Rev* 1913-1957. 1952;39:345.
75. Lacan J. The seminar of jacques lacan, book XX: Encore, 1972–1973. Miller JA, editor. New York: W. W. Norton & Company; 1998.
76. Todd J, Mackie JRM, Dewhurst K. Real or Imaginary Hypophallism: A Cause of Inferiority Feelings and Morbid Sexual Jealousy. *Br J Psychiatry*. 1971 Sep;119(550):315–8. doi:10.1192/bjp.119.550.315
77. Lerner AJ, Mbizvo GK. John Todd (1914–1987). *J Neurol*. 2025 Jan;272(1):76. doi:10.1007/s00415-024-12846-8
78. Freud S, others. Mourning and melancholia. *Stand Ed Complete Psychol Works Sigmund Freud*. 1917;14(1914–1916):237–58.
79. Wright C. Lacanian perspectives on jealousy. Taylor & Francis; 2025.
80. Freud S. Three essays on the theory of sexuality: The 1905 edition. Verso Books; 2017.
81. Freud S. Analysis of a phobia in a five-year-old boy. In: Strachey J, editor. The standard edition of the complete psychological works of sigmund freud. London: Hogarth Press; 1909. p. 1–149.
82. Freud S, Strachey J. Group psychology and the analysis of the ego:[illustrated & psychology glossary & index added inside]. E-Kitap Projesi & Cheapest Books; 2024.
83. Freud S. Psycho-analytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia (dementia paranoides). In: Strachey J, editor. The standard edition of the complete psychological works of sigmund freud. London: Hogarth Press; 1911. p. 1–82.
84. Winnicott DW. Jealousy. In: The Collected Works of D. W. Winnicott [Internet]. Oxford University Press; 2016 [cited 2026 Apr 24]. p. 47–62. Available from: <https://academic.oup.com/book/1192/chapter/140025672> doi:10.1093/med:psych/9780190271381.003.0005
85. Riviere J. Jealousy as a mechanism of defence. *Int J Psychoanal*. 1932;13:414.
86. Lagache D. Homosexuality and Jealousy. *Int J Psychoanal*. 1950;31:24–31.
87. Lagache D. The work of daniel lagache: Selected papers 1938-1964. Routledge; 2018.
88. Kernberg OF. An ego psychology object relations theory of the structure and treatment of pathologic narcissism. An overview. *Psychiatr Clin North Am*. 1989 Sep;12(3):723–9. PubMed PMID: 2678027.
89. Kernberg OF. Love relations: normality and pathology. New Haven: Yale University Press; 1995. 1 p.

90. Brémaud N. Othello, un délire de jalousie ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2016 Nov 1;174(9):723–9. doi:10.1016/j.amp.2015.04.019
91. Lacan J. The seminar of jacques lacan, book III: The psychoses, 1955–1956. Miller JA, editor. New York: W. W. Norton & Company; 1993.
92. Leader D. Jealousy. In: *Lacanian Perspectives on Jealousy.* Routledge; 2025.
93. Freeman T. Psychoanalytical Aspects of Morbid Jealousy in Women. *Br J Psychiatry.* 1990 Jan;156(1):68–72. doi:10.1192/bjp.156.1.68
94. Freud S. Some psychological consequences of the anatomical distinction between the sexes. *Int J Psychoanal.* 1927;8:133.
95. Horney K. Neurotiška mūsų laikų asmenybė. *Vilnius Apostrofa.* 2004;2010(1):2010.
96. Ragland E. Lacan and the subject of law: Sexuation and discourse in the mapping of subject positions that give the ur-form of law. *Wash Lee Rev.* 1997;54:1091.
97. Stevens A. Love and sex beyond identifications. *Later Lacan Introd.* 2007;1:211–21.
98. Coen SJ. Pathological jealousy. *Int J Psychoanal.* 1987;68(1):99–108.
99. Laplanche J. *Psychoanalysis as anti-hermeneutics.* 1996.
100. Parsapoor A, Sayyah M. When Delusion Becomes Reality: A Six-Year Diagnostic Odyssey and Ethical Crisis in a Case of Veridical Spousal Infidelity Belief. *Case Rep Psychiatry.* 2026;2026:3752206. doi:10.1155/crps/3752206 PubMed PMID: 42058273; PubMed Central PMCID: PMC13121555.
101. Garrett M. Psychoanalytic Notes on Psychosis, Disturbances in Perception, Delusional Narratives, and the Bayesian Predictive Processing Model of the Brain. *Psychoanal Inq.* 2026 Apr 3;46(4):379–96. doi:10.1080/07351690.2025.2501504
102. Oyeboode F. Sims' symptoms in the mind: Textbook of descriptive psychopathology e-book: Sims' symptoms in the mind: Textbook of descriptive psychopathology e-book. Elsevier Health Sciences; 2022.
103. Jaspers K. *Allgemeine psychopathologie.* 7th edn. Berlin: Springer; 1959.
104. Bortolotti L. The epistemic innocence of motivated delusions. *Conscious Cogn.* 2015 May 1;33:490–9. doi:10.1016/j.concog.2014.10.005
105. Manschreck TC, Khan NL. Recent advances in the treatment of delusional disorder. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* 2006 Feb;51(2):114–9. doi:10.1177/070674370605100207 PubMed PMID: 16989110.
106. Ortigue S, Bianchi-Demicheli F. Intention, false beliefs, and delusional jealousy: insights into the right hemisphere from neurological patients and

- neuroimaging studies. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res*. 2011 Jan;17(1):RA1-11. doi:10.12659/msm.881314 PubMed PMID: 21169919; PubMed Central PMCID: PMC3524690.
107. Ahlen J, Bjureberg J, Lenhard F, Wahlund T, Linde J, Mataix-Cols D. Obsessional jealousy in a community sample: Association with relationship factors, impairment and perceived treatment needs. *Br J Clin Psychol*. 2023;62(1):298–311. doi:10.1111/bjc.12409
 108. Mataix-Cols D, Åhlén J. Does Obsessional Jealousy Belong in Psychiatry? *JAMA Psychiatry*. 2026 Apr 1;83(4):329–30. doi:10.1001/jamapsychiatry.2025.4735
 109. ICD-10 : international statistical classification of diseases and related health problems : tenth revision [Internet]. [cited 2026 Mar 28]. Available from: <https://iris.who.int/items/ab0c8de2-762b-463e-b6ca-51af1753dbf3>
 110. Cobb J. Morbid jealousy. *Br J Hosp Med*. 1979 May;21(5):511–8. PubMed PMID: 573647.
 111. Seeman MV. Pathological Jealousy: An Interactive Condition. *Psychiatry*. 2016 Oct;79(4):379–88. doi:10.1080/00332747.2016.1175838
 112. Lévy-Valensi J, Lacan J. Jalousie morbide. In: Miller JA, Alberti C, editors. *Ornicar? Lacan redivivus*. Navarin; 2021. p. 1541–6.
 113. Cannas A, Solla P, Floris G, Tacconi P, Loi D, Marcia E, et al. Hypersexual behaviour, frotteurism and delusional jealousy in a young parkinsonian patient during dopaminergic therapy with pergolide: A rare case of iatrogenic paraphilia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2006 Dec 30;30(8):1539–41. doi:10.1016/j.pnpbp.2006.05.012 PubMed PMID: 16904253.
 114. Michael A, Mirza S, Mirza KA, Babu VS, Vithayathil E. Morbid jealousy in alcoholism. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1995 Nov;167(5):668–72. doi:10.1192/bjp.167.5.668 PubMed PMID: 8564326.
 115. Hoaken PCS. Jealousy as a Symptom of Psychiatric Disorder* - P. C. S. Hoaken, 1976. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 1976 Mar 1 [cited 2026 Mar 30]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.3109/00048677609159485>
 116. Mooney HB. Pathologic Jealousy and Psychochemotherapy. *Br J Psychiatry*. 1965 Nov;111(480):1023–42. doi:10.1192/bjp.111.480.1023
 117. Dolan M, Bishay NR. The effectiveness of cognitive therapy in morbid jealousy: A case report. *J Cogn Psychother*. 1996;10(1):35–40.
 118. McKenna PJ. Disorders with Overvalued Ideas. *Br J Psychiatry*. 1984 Dec;145(6):579–85. doi:10.1192/bjp.145.6.579
 119. Veale D. Over-valued ideas: a conceptual analysis. *Behav Res Ther*. 2002 Apr 1;40(4):383–400. doi:10.1016/S0005-7967(01)00016-X

120. Bowlby J. Attachment and loss: Volume I. Attachment. New York: Basic Books; 1969.
121. Dutton DG, Saunders K, Starzomski A, Bartholomew K. Intimacy-anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships. *J Appl Soc Psychol.* 1994;24(15):1367–86. doi:10.1111/j.1559-1816.1994.tb01554.x
122. Paul FA, Zargar WA, Dar DR, Saikia P, Ganie AUR, Ali A, et al. Shadows of Deceit: Exploring Othello Syndrome in the Elderly. *J Psychiatry Spectr.* 2025 Jun;4(2):176. doi:10.4103/jopsys.jopsys_5_24
123. 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:10.1111/j.1440-1819.2012.02386.x PubMed PMID: 23066764.
124. Mullen PE, Martin J. Jealousy: a community study. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 1994 Jan;164(1):35–43. doi:10.1192/bjp.164.1.35 PubMed PMID: 8137108.
125. Camicioli R. Othello syndrome-at the interface of neurology and psychiatry. *Nat Rev Neurol.* 2011 Aug 9;7(9):477–8. doi:10.1038/nrneurol.2011.123 PubMed PMID: 21826096.
126. Ismail Z, Nguyen MQ, Fischer CE, Schweizer TA, Mulsant BH, Mamo D. Neurobiology of delusions in Alzheimer’s disease. *Curr Psychiatry Rep.* 2011;13(3):211–8.
127. De Michele G, Palmieri GR, Pane C, Dello Iacovo CDP, Perillo S, Saccà F, et al. Othello syndrome in Parkinson’s disease: a systematic review and report of a case series. *Neurol Sci.* 2021 Jul 1;42(7):2721–9. doi:10.1007/s10072-021-05249-4
128. Kala AK, Kala R. PSYCHOTIC JEALOUSLY: A PHENOMENOLOGICAL STUDY. *Indian J Psychiatry.* 1981;23(3):237–41. PubMed PMID: 22058546; PubMed Central PMCID: PMC3012950.
129. Johnson J. Organic Psychosyndromes due to Boxing. *Br J Psychiatry.* 1969 Jan;115(518):45–53. doi:10.1192/bjp.115.518.45
130. Soyka M, Schmidt P. Prevalence of Delusional Jealousy in Psychiatric Disorders. *J Forensic Sci.* 2011;56(2):450–2. doi:10.1111/j.1556-4029.2010.01664.x
131. Laux G, Reimer F. [Pathogenesis of morbid jealousy in alcoholics (author’s transl)]. *Nervenarzt.* 1979 May;50(5):299–301. PubMed PMID: 460509.
132. Singh SK, Bhandari SS, Singh PK. Phenomenology and predisposing factors of morbid jealousy in a psychiatric outdoor: a cross-sectional, descriptive study. *Open J Psychiatry Allied Sci.* 2017;8(2):129–35. doi:10.5958/2394-2061.2017.00008.8 PubMed PMID: 31304242; PubMed Central PMCID: PMC6625799.
133. Kapugama C, Suraweera C, Kotalawala W, Wijesiri V, Dalpatadu M, Hanwella R. Prevalence of morbid jealousy among inpatients in a psychiatry unit in Sri Lanka. *Sri Lanka J Psychiatry.* 2013;4(2).

134. Crowe RR, Clarkson C, Tsai M, Wilson R. Delusional disorder: jealous and nonjealous types. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci.* 1988;237(3):179–83. doi:10.1007/BF00451287 PubMed PMID: 3383924.
135. Rudalevičienė P, Stompe T, Narbekovas A, Meilius K, Raškauskienė N, Bunevičius R. Sergančiųjų šizofrenija kliesių faktorinė analizė. *Biol Psichiatri Ir Psichofarmakol Biol Psychiatry Psychopharmacol Kaunas Sveik Ir Med Rekl Cent* 2009 T 11 Nr 2 [Internet]. 2009 [cited 2026 Apr 23]. Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12512/9828>
136. Hashimoto M, Sakamoto S, Ikeda M. Clinical features of delusional jealousy in elderly patients with dementia. *J Clin Psychiatry.* 2015 Jun;76(6):691–5. doi:10.4088/JCP.14m09018 PubMed PMID: 25939090.
137. Graff-Radford J, Whitwell JL, Geda YE, Josephs KA. CLINICAL AND IMAGING FEATURES OF OTHELLO’S SYNDROME. *Eur J Neurol Off J Eur Fed Neurol Soc.* 2012 Jan;19(1):38–46. doi:10.1111/j.1468-1331.2011.03412.x PubMed PMID: 21518145; PubMed Central PMCID: PMC3144984.
138. Kataoka H, Sugie K. Delusional Jealousy (Othello Syndrome) in 67 Patients with Parkinson’s Disease. *Front Neurol.* 2018 Mar 7;9. doi:10.3389/fneur.2018.00129
139. Yeh PK, Lee YF, Mao WC, Tzeng NS. Othello syndrome in a patient with two left hemispheric tumors. *J Med Sci.* 2016;36(4):165. doi:10.4103/1011-4564.188903
140. Narumoto J, Nakamura K, Kitabayashi Y, Fukui K. Othello syndrome secondary to right orbitofrontal lobe excision. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2006;18(4):560–1. doi:10.1176/jnp.2006.18.4.560a PubMed PMID: 17135390.
141. Luauté JP, Saladini O, Luauté J. Neuroimaging correlates of chronic delusional jealousy after right cerebral infarction. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2008;20(2):245–7. doi:10.1176/jnp.2008.20.2.245 PubMed PMID: 18451205.
142. Yusim, A, Anbarasan D, Bernstein C, Boksay I, Dulchin M, Lindenmayer JP, et al. Normal Pressure Hydrocephalus Presenting as Othello Syndrome: Case Presentation and Review of the Literature. *Am J Psychiatry.* 2008 Sep;165(9):1119–25. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07111820
143. Demichele G, Taddei G, Iaboni E, Gagliano M, De Vito A, Pompucci A, et al. Beyond Hakim’s triad: a systematic review of atypical clinical manifestations in idiopathic normal pressure hydrocephalus. *Acta Neurol Belg.* 2026 Apr 6. doi:10.1007/s13760-026-03057-1
144. Strobbe-Barbat M, Macedo-Orrego LE, Cruzado L. Othello syndrome secondary to cerebral tuberculoma: A case report. *Rev Colomb Psiquiatr Engl Ed.* 2020 Apr 1;49(2):115–9. doi:10.1016/j.rcpeng.2018.09.001
145. Toomukuntla S, Tikka SK, Arora AJ, Malathesh BC. Rapidly responding Geschwind syndrome comorbid with Othello syndrome in a case of post-stroke dementia and post-stroke epilepsy: A case report and a brief systematic review of

- classical and atypical cases. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2023 May 1;77(5):301–3. doi:10.1111/pcn.13539
146. Blackman¹ G, ², Ziukelis² E, ³, Ruths² F, Ederle⁴ J, et al. Emergence of Othello Syndrome (Morbid Jealousy) in the Context of Executive Dysfunction and Stroke. *Res Rev Pharm Pharm Sci*. 2023 Dec 29;12(4):41–7.
147. Shen S, Sun H, Dong Z, Yi T, Sander JW, Zhou D, et al. Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for psychosis in people with epilepsy: A multicenter retrospective cohort study. *Epilepsia*. 2025 Aug;66(8):2904–15. doi:10.1111/epi.18409 PubMed PMID: 40266083; PubMed Central PMCID: PMC12371611.
148. Rubio-Nazabal E, others. Othello syndrome secondary to zonisamide. *Med Clínica*. 2014 Feb 4;142(3):133–4. doi:10.1016/j.medcli.2013.03.006
149. Gruhle HW. Partial disability, partial unaccountability (jealousy). *Nervenarzt*. 1940;13(12):544–9.
150. Tsai SJ, Hwang JP, Yang CH, Liu KM. Delusional jealousy in dementia. *J Clin Psychiatry*. 1997 Nov;58(11):492–4. doi:10.4088/jcp.v58n1105 PubMed PMID: 9413415.
151. Krafft-Ebing R, Chaddock CG. *Psychopathia sexualis: With especial reference to contrary sexual instinct: A medico-legal study*. FA Davis; 1893.
152. Kraepelin E, Johnstone T. *Lectures on clinical psychiatry*. Authorized translation from the German rev. and ed. by Thomas Johnstone. London: Baillière, Tindall and Cox; 1904.
153. Bleuler E. *Dementia praecox, oder Gruppe der Schizophrenien*. Vol. 4. Deuticke; 1911.
154. Aging with alcohol-related brain damage: Critical brain circuits associated with cognitive dysfunction. In: *International Review of Neurobiology* [Internet]. Academic Press; 2019 [cited 2026 Apr 27]. p. 101–68. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/chapter/bookseries/pii/S0074774219300741> doi:10.1016/bs.irn.2019.09.002
155. Shrestha K, Rees DW, Rix KJB, Hore BD, Faragher EB. Sexual jealousy in alcoholics. *Acta Psychiatr Scand*. 1985 Sep 1;72(3):283–90. doi:10.1111/j.1600-0447.1985.tb02608.x
156. Soyka M, Sass H, Völcker A. [Alcoholic delusion of jealousy--psychopathologic characteristics of 2 types of disease course]. *Psychiatr Prax*. 1989 Sep;16(5):189–93. PubMed PMID: 2798590.
157. Soyka M, Naber G, Völcker A. Prevalence of delusional jealousy in different psychiatric disorders. An analysis of 93 cases. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1991 Apr;158:549–53. doi:10.1192/bjp.158.4.549 PubMed PMID: 2054570.

158. Masiran R, Hussin NS. Morbid jealousy reactivated by mood episodes. *BMJ Case Rep.* 2018 Jan 17;2018:bcr2017223430. doi:10.1136/bcr-2017-223430 PubMed PMID: 29348292; PubMed Central PMCID: PMC5778221.
159. Marsh L, Williams JR, Rocco M, Grill S, Munro C, Dawson TM. Psychiatric comorbidities in patients with Parkinson disease and psychosis. *Neurology.* 2004 Jul 27;63(2):293–300. doi:10.1212/01.WNL.0000129843.15756.A3
160. Cannas A, Solla P, Floris G, Tacconi P, Marrosu F, Marrosu MG. Othello syndrome in Parkinson disease patients without dementia. *The Neurologist.* 2009 Jan;15(1):34–6. doi:10.1097/NRL.0b013e3181883dd4 PubMed PMID: 19131855.
161. Poletti M, Perugi G, Logi C, Romano A, Del Dotto P, Ceravolo R, et al. Dopamine agonists and delusional jealousy in Parkinson's disease: A cross-sectional prevalence study. *Mov Disord.* 2012 Nov;27(13):1679–82. doi:10.1002/mds.25129
162. El Otmani H, sabiry S, Bellakhdar S, El Moutawakil B, Abdoh Rafai M. Othello syndrome in Parkinson's disease: A diagnostic emergency of an underestimated condition. *Rev Neurol (Paris).* 2021 Jun 1;177(6):690–3. doi:10.1016/j.neurol.2020.08.006
163. Graff-Radford J, Ahlskog JE, Bower JH, Josephs KA. Dopamine agonists and Othello's syndrome. *Parkinsonism Relat Disord.* 2010 Dec 1;16(10):680–2. doi:10.1016/j.parkreldis.2010.08.007
164. Fusaroli M, Polizzi S, Menestrina L, Giunchi V, Pellegrini L, Raschi E, et al. Unveiling the Burden of Drug-Induced Impulsivity: A Network Analysis of the FDA Adverse Event Reporting System. *Drug Saf.* 2024 Dec;47(12):1275–92. doi:10.1007/s40264-024-01471-z PubMed PMID: 39147961; PubMed Central PMCID: PMC11554833.
165. Foley JA, Chen C, Paget A, Cipolotti L. A Bayesian predictive processing account of Othello syndrome in Parkinson's disease. *Cognit Neuropsychiatry.* 2023 Jul 4;28(4):269–84. doi:10.1080/13546805.2023.2229080 PubMed PMID: 37366042.
166. Kraepelin E, Quen JM. *Psychiatry: a textbook for students and physicians.* Canton, MA: Science History Publications/U.S.A; 1990. 2 p. (Resources in medical history).
167. Shalaby AS, Badr Nassar OM, Bahanan AO, Alshehri MH, Nasr Abou Elzahab NF. Captagone & Morbid Jealousy. *Psychopharmacol Bull.* 2023 Feb 28;53(1):39–45. PubMed PMID: 36873918; PubMed Central PMCID: PMC9981336.
168. Mirrlees-Black C. *Domestic Violence: Findings from a New British Crime Survey Self-Completion Questionnaire.* Home Office Research Study 191. London: Home Office; 1999.
169. Dressing H, Kuehner C, Gass P. Lifetime prevalence and impact of stalking in a European population: Epidemiological data from a middle-sized German city. *Br J Psychiatry.* 2005 Aug;187(2):168–72. doi:10.1192/bjp.187.2.168

170. Mowat RR. Morbid Jealousy and Murder: A Psychiatric Study of Morbidly Jealous Murderers at Broadmoor. London: Tavistock; 1966. 131 p.
171. Johnson L. Jealousy as a correlate of intimate partner homicide-suicide versus homicide-only cases: National Violent Death Reporting System, 2016-2020. *Suicide Life Threat Behav.* 2024 Aug;54(4):663–72. doi:10.1111/sltb.13076 PubMed PMID: 38554063.
172. De Koning E, Piette MHA. A retrospective study of murder-suicide at the Forensic Institute of Ghent University, Belgium: 1935-2010. *Med Sci Law.* 2014 Apr;54(2):88–98. doi:10.1177/0025802413518018 PubMed PMID: 24429340.
173. Easton JA, Shackelford TK. Morbid Jealousy and Sex Differences in Partner-Directed Violence. *Hum Nat.* 2009 Sep 1;20(3):342–50. doi:10.1007/s12110-009-9069-1
174. Reutens S, Butler T, Hwang YIJ, Withall A. A comparison of older and younger offenders with delusional jealousy. *Psychiatry Psychol Law Interdiscip J Aust N Z Assoc Psychiatry Psychol Law.* 2023;30(5):618–31. doi:10.1080/13218719.2022.2073285 PubMed PMID: 37744644; PubMed Central PMCID: PMC10512789.
175. Lietuvos Respublikos Seimo kontrolierių įstaiga. 2024 m. žmogaus teisių padėties Lietuvoje stebėsenos ataskaita [Internet]. Vilnius: Lietuvos Respublikos Seimo kontrolierių įstaiga; 2025 [cited 2026 May 10]. Available from: <https://www.lrski.lt/wp-content/uploads/2025/06/2024-metu-zmogaus-teisiu-padeties-Lietuvoje-stebesenos-ataskaita-1.pdf>
176. Lietuvos Respublikos Seimas. Lietuvos Respublikos baudžiamasis kodeksas: 129 straipsnis. Nužudymas [Internet]. 2026 [cited 2026 May 10]. Available from: <https://www.infolex.lt/ta/66150%3Astr129>
177. Lietuvos Respublikos Seimas. Lietuvos Respublikos baudžiamasis kodeksas: 18 straipsnis. Ribotas pakaltinamumas [Internet]. 2026 [cited 2026 May 10]. Available from: <https://www.infolex.lt/ta/66150%3Astr18>
178. Lietuvos Respublikos Seimas. Lietuvos Respublikos baudžiamasis kodeksas: 17 straipsnis. Nepakaltinamumas [Internet]. 2026 [cited 2026 May 10]. Available from: <https://www.infolex.lt/ta/66150%3Astr17>
179. Singh V, Kumar A, Gupta S. Mental Health Prevention and Promotion—A Narrative Review. *Front Psychiatry.* 2022 Jul 26;13:898009. doi:10.3389/fpsy.2022.898009 PubMed PMID: 35958637; PubMed Central PMCID: PMC9360426.
180. Miller MA, Kummerow AM, Mgutshini T. Othello Syndrome. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2010 Aug;48(8):20–7. doi:10.3928/02793695-20100701-05
181. Goggins R, Emerson C, Nowers M. Othello syndrome in association with primary hyperparathyroidism. *Priory medical journals.[internet]* 2004. 2018.

182. Scott PD. Assessing dangerousness in criminals. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 1977 Aug;131:127–42. doi:10.1192/bjp.131.2.127 PubMed PMID: 912214.
183. González-Rodríguez A, Catalán R, Penadés R, Ruiz V, Torra M, Bernardo M. Antipsychotic response in delusional disorder and schizophrenia: a prospective cohort study. *Actas Esp Psiquiatr.* 2016 Jul;44(4):125–35. PubMed PMID: 27388104.
184. Skelton M, Khokhar WA, Thacker SP. Treatments for delusional disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 May 22;2015(5):CD009785. doi:10.1002/14651858.CD009785.pub2 PubMed PMID: 25997589; PubMed Central PMCID: PMC10166258.
185. Mukai T. Tiapride for pathological jealousy (Othello syndrome) in elderly patients. *Psychogeriatr Off J Jpn Psychogeriatr Soc.* 2003;3(3):132–4.
186. González-Rodríguez A, Seeman MV, Izquierdo E, Natividad M, Guàrdia A, Román E, et al. Delusional Disorder in Old Age: A Hypothesis-Driven Review of Recent Work Focusing on Epidemiology, Clinical Aspects, and Outcomes. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Jun 28;19(13):7911. doi:10.3390/ijerph19137911 PubMed PMID: 35805570; PubMed Central PMCID: PMC9265728.
187. Nagendra J, Snowdon J. An Australian study of delusional disorder in late life. *Int Psychogeriatr.* 2020 Apr;32(4):453–62. doi:10.1017/S1041610219000966 PubMed PMID: 31354123.
188. Rajkumar RP. Supersensitivity psychosis and its response to asenapine in a patient with delusional disorder. *Case Rep Psychiatry.* 2014;2014:215732. doi:10.1155/2014/215732 PubMed PMID: 25478273; PubMed Central PMCID: PMC4247943.
189. Scicutella A. Rivastigmine treatment of Othello syndrome and post-ECT delirium in a patient with Parkinson's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2015;27(1):e90. doi:10.1176/appi.neuropsych.14010015 PubMed PMID: 25716514.
190. Bishay NR, Petersen N, Tarrier N. An uncontrolled study of cognitive therapy for morbid jealousy. *Br J Psychiatry.* 1989;154:386–9. doi:10.1192/bjp.154.3.386
191. Curling L, Kellett S, Totterdell P, Parry G, Hardy G, Berry K. Treatment of obsessive morbid jealousy with cognitive analytic therapy: An adjudicated hermeneutic single-case efficacy design evaluation. *Psychol Psychother.* 2018 Mar;91(1):95–116. doi:10.1111/papt.12151 PubMed PMID: 28990738.
192. Kellett S, Totterdell P. Taming the green-eyed monster: Temporal responsivity to cognitive behavioural and cognitive analytic therapy for morbid jealousy. *Psychol Psychother Theory Res Pract.* 2013 Mar;86(1):52–69. doi:10.1111/j.2044-8341.2011.02045.x
193. Ecker W. Non-delusional pathological jealousy as an obsessive-compulsive spectrum disorder: Cognitive-behavioural conceptualization and some treatment

- suggestions. *J Obsessive-Compuls Relat Disord*. 2012 Jul 1;1(3):203–10. doi:10.1016/j.jocrd.2012.04.003
194. De Silva P. Jealousy in couple relationships: nature, assessment and therapy. *Behav Res Ther*. 1997 Nov;35(11):973–85. doi:10.1016/s0005-7967(97)00051-x PubMed PMID: 9431727.
195. de Silva P, Marks M. Jealousy as a clinical problem: Practical issues of assessment and treatment. *J Ment Health*. 1994;3(2):195–204. doi:10.3109/09638239409003799
196. de Silva P. Short-term interventions for morbid jealousy. *Clin Psychol Psychother*. 1994;1(3):174–8. doi:10.1002/cpp.5640010305
197. Silva PD. An Unusual Case of Morbid Jealousy Treated with Role Reversal. *Sex Marital Ther*. 1987 Jul;2(2):179–82. doi:10.1080/02674658708407862
198. Perugi G, Poletti M, Logi C, Berti C, Romano A, Del Dotto P, et al. Diagnosis, assessment and management of delusional jealousy in Parkinson's disease with and without dementia. *Neurol Sci Off J Ital Neurol Soc Ital Soc Clin Neurophysiol*. 2013 Sep;34(9):1537–41. doi:10.1007/s10072-012-1276-6 PubMed PMID: 23274831.
199. Foley JA, Warner TT, Cipolotti L. The neuropsychological profile of Othello syndrome in Parkinson's disease. *Cortex J Devoted Study Nerv Syst Behav*. 2017 Nov;96:158–60. doi:10.1016/j.cortex.2017.08.009 PubMed PMID: 28917380.
200. Adam RJ, McLeod R, Ha AD, Colebatch JG, Menzies G, de Moore G, et al. Resolution of Othello Syndrome After Subthalamic Nucleus Deep Brain Stimulation in 3 Patients with Parkinson's Disease. *Mov Disord Clin Pract*. 2014 Dec;1(4):357–60. doi:10.1002/mdc3.12084 PubMed PMID: 30363864; PubMed Central PMCID: PMC6183193.
201. Rao GP, Aparna B. A Case Report of Gender Dysphoria with Morbid Jealousy in a Natal Female. *Indian J Psychol Med*. 2017;39(6):800–2. doi:10.4103/0253-7176.219643 PubMed PMID: 29284816; PubMed Central PMCID: PMC5733433.
202. Fujishiro H, Iritani S, Hattori M, Sekiguchi H, Matsunaga S, Habuchi C, et al. Autopsy-confirmed hippocampal-sparing Alzheimer's disease with delusional jealousy as initial manifestation. *Psychogeriatrics*. 2015;15(3):198–203. doi:10.1111/psyg.12105
203. Zheng X, Luo L, Li J, Xu L, Zhou F, Gao Z, et al. A dimensional approach to jealousy reveals enhanced fronto-striatal, insula and limbic responses to angry faces. *Brain Struct Funct*. 2019 Dec;224(9):3201–12. doi:10.1007/s00429-019-01958-x PubMed PMID: 31560099.
204. Stravogiannis AL da C, Kim HS, Sophia EC, Sanches C, Zilberman ML, Tavares H. Pathological jealousy and pathological love: Apples to apples or apples to oranges? *Psychiatry Res*. 2018 Jan;259:562–70. doi:10.1016/j.psychres.2017.11.029 PubMed PMID: 29179138.

205. Omori H, Satake Y, Sato S, Ishimaru D, Hata M, Ikeda M. Delusional jealousy and psychological factors in very late-onset schizophrenia-like psychosis with positive result of Lewy body disease biomarker: a case report. *Psychogeriatr Off J Jpn Psychogeriatr Soc.* 2025 Jan;25(1):e13220. doi:10.1111/psyg.13220 PubMed PMID: 39557510.
206. Liu CC, Wang YC, Hwang TJ. Pharmacotherapy for primary delusional jealousy, a retrospective observational study of 32 cases with Othello syndrome. *Int Clin Psychopharmacol.* 2018 Mar;33(2):92–7. doi:10.1097/YIC.0000000000000207 PubMed PMID: 29389697.
207. Bisol LW, Lara DR. Low-Dose Risperidone for Pathological Jealousy: Report of 3 Cases. *J Clin Psychopharmacol.* 2008 Oct;28(5):595–6. doi:10.1097/JCP.0b013e3181858300
208. Solla P, Cannas A, Meloni M, Marrosu F. Dopamine dysregulation syndrome and psychosis in 24-h intestinal levodopa infusion for Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2016 Oct 1;31:144–5. doi:10.1016/j.parkreldis.2016.06.022
209. Pírez Mora G, Guilabert Vidal M, Quintanilla López MÁ. Síndrome de Othello (delirio celotípico) inducido por agonistas dopaminérgicos. *Actas Esp Psiquiatr.* 2015;43(1):32–4.
210. Kataoka H, Kiriya T, Eura N, Sawa N, Ueno S. Othello syndrome and chronic dopaminergic treatment in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2014 Mar 1;20(3):337–9. doi:10.1016/j.parkreldis.2013.09.001
211. Margetić B, Aukst-Margetić B, Zarković-Palijan T. Successful treatment of polydipsia, water intoxication, and delusional jealousy in an alcohol dependent patient with clozapine. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2006 Sep 30;30(7):1347–9. doi:10.1016/j.pnpbp.2006.03.005 PubMed PMID: 16600455.
212. Georgiev D, Danieli A, Ocepek L, Novak D, Zupancic-Kriznar N, Trost M, et al. Othello syndrome in patients with Parkinson's disease. *Psychiatr Danub.* 2010 Mar;22(1):94–8. PubMed PMID: 20305599.
213. Rocha S, Pinho J, Ferreira C, Machado Á. Othello Syndrome After Cerebrovascular Infarction. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2014 Jul;26(3):E1–2. doi:10.1176/appi.neuropsych.12120408
214. Falato E, Capone F, Ranieri F, Florio L, Corbetta M, Taffon C, et al. Celiac Disease Diagnosed in an Older Adult Patient with a Complex Neuropsychiatric Involvement: A Case Report and Review of the Literature. *Brain Sci.* 2020 Jul 3;10(7):426. doi:10.3390/brainsci10070426 PubMed PMID: 32635319; PubMed Central PMCID: PMC7408423.

215. Kaboré BJ, Napon C. [Othello syndrome: a case observed in Ouagadougou]. *Pan Afr Med J.* 2013;16:6. doi:10.11604/pamj.2013.16.6.2556 PubMed PMID: 24570777; PubMed Central PMCID: PMC3926762.
216. Ahmed GU, Ahmed HU, Raza AA, Samadi A. Othello Syndrome Induced by Dopamine Agonists in Parkinson's Disease: A Case Report. *Case Rep Psychiatry.* 2025;2025:8517387. doi:10.1155/crps/8517387 PubMed PMID: 40949713; PubMed Central PMCID: PMC12431818.
217. Jin Chae B, Byung Jo Kang. Quetiapine for delusional jealousy in a deaf elderly patient. *Int Psychogeriatr.* 2006 Mar;18(1):187–8. doi:10.1017/S1041610206283479
218. Antosik-Wójcińska AZ, Świącicki Ł, Bieńkowski P, Mandat T, Sołtan E. Othello syndrome after STN DBS – psychiatric side-effects of DBS and methods of dealing with them. *Psychiatr Pol.* 2016 Apr 30;50(2):323–7. doi:10.12740/PP/34042
219. Sakai K, Ikeda T, Ishida C, Komai K, Yamada M. Delusions and visual hallucinations in a patient with Parkinson's disease with dementia showing pronounced Lewy body pathology in the nucleus basalis of Meynert. *Neuropathol Off J Jpn Soc Neuropathol.* 2019 Aug;39(4):319–23. doi:10.1111/neup.12581 PubMed PMID: 31243794.
220. Sönmez Güngör E, Durmaz O, Halilbeyoğlu B, Domaç SF. An atypical case of corticobasal syndrome with psychotic depression and delusional jealousy. *Neurocase.* 2021 Oct;27(5):425–9. doi:10.1080/13554794.2021.1984539 PubMed PMID: 34587867.
221. Chae BJ, Kang BJ. Quetiapine for hypersexuality and delusional jealousy after stroke. *J Clin Psychopharmacol.* 2006 Jun;26(3):331–2. doi:10.1097/01.jcp.0000222518.01885.db PubMed PMID: 16702901.
222. Potters EC, van Asseldonk JTH, Tilanus JJD. [The Othello syndrome in Parkinson's disease: an example of a lesser-known delusion]. *Tijdschr Voor Psychiatr.* 2017;59(5):302–5. PubMed PMID: 28593624.
223. Nomura K, Kazui H, Wada T, Sugiyama H, Yamamoto D, Yoshiyama K, et al. Classification of delusions in Alzheimer's disease and their neural correlates. *Psychogeriatr Off J Jpn Psychogeriatr Soc.* 2012 Sep;12(3):200–10. doi:10.1111/j.1479-8301.2012.00427.x PubMed PMID: 22994619.
224. Ferreira MDC, Machado C, Santos B, Machado Á. Post-stroke psychosis: how long should we treat? *Trends Psychiatry Psychother.* 2017 Jun 12;39(2):144–6. doi:10.1590/2237-6089-2015-0090
225. Solla P, Cannas A, Floris GL, Orofino G, Costantino E, Boi A, et al. Behavioral, neuropsychiatric and cognitive disorders in Parkinson's disease patients with and without motor complications. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2011 Jun;35(4):1009–13. doi:10.1016/j.pnpbp.2011.02.002

226. Hsiao CP, Tzeng NS, Juan CJ, Ma SI. Othello Syndrome in a Patient With Right Orbitofrontal Lobe Cavernous Sinus Hemorrhage. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2013 Jul;25(3):E14–5. doi:10.1176/appi.neuropsych.11120370
227. Santos NF, Alho AP, Costa ID, Ferreira LP, Sêco EH. First-Episode Psychosis With Delusional Jealousy During SARS-CoV-2 Infection: COVID-19 Secondary Psychosis or a Trigger for a Primary Psychotic Disorder? *Prim Care Companion CNS Disord*. 2021 Sep 30;23(5). doi:10.4088/PCC.21cr03070
228. Pal K, Smith A, Hayes J, Chakraborty A. Othello syndrome secondary to ropinirole: a case study. *Case Rep Psychiatry*. 2012;2012:353021. doi:10.1155/2012/353021 PubMed PMID: 22953148; PubMed Central PMCID: PMC3420466.
229. De Rosa A, Criscuolo C, Mancini P, De Martino M, Giordano IA, Pappatà S, et al. Genetic screening for LRRK2 gene G2019S mutation in Parkinson's disease patients from Southern Italy. *Parkinsonism Relat Disord*. 2009 Mar;15(3):242–4. doi:10.1016/j.parkreldis.2008.05.011
230. Koh S, Lee SM, Moon SY. Orbitofrontal Hemorrhage and Mild Cognitive Impairment Associated with Othello Syndrome. *J Clin Neurol*. 2021 Jan 1;17(1):142–4. doi:10.3988/jcn.2021.17.1.142
231. Poletti M, Lucetti C, Baldacci F, Del Dotto P, Bonuccelli U. Concomitant development of hypersexuality and delusional jealousy in patients with Parkinson's disease: a case series. *Parkinsonism Relat Disord*. 2014 Nov;20(11):1290–2. doi:10.1016/j.parkreldis.2014.09.019 PubMed PMID: 25277963.
232. Xu T, Li ZS, Fang W, Cao LX, Zhao GH. Concomitant Othello syndrome and impulse control disorders in a patient with Parkinson's disease: A case report. *World J Clin Cases*. 2022 Jan 21;10(3):1024–31. doi:10.12998/wjcc.v10.i3.1024 PubMed PMID: 35127916; PubMed Central PMCID: PMC8790445.
233. Laurell AAS, Watson E, Hatfield CF, Dudas RB. Violence and delusional jealousy in Parkinson's disease. *BMJ Case Rep*. 2023 Oct 6;16(10):e256682. doi:10.1136/bcr-2023-256682 PubMed PMID: 37802589; PubMed Central PMCID: PMC10565312.
234. Pinto FCG, Stump G, Valiengo L, Oliveira MFD. Resolution of Othello-like syndrome following ventricular shunting in a post traumatic normal pressure hydrocephalus subject. *Arch Clin Psychiatry São Paulo*. 2016;43:132–3. doi:https://doi.org/10.1590/0101-608300000000098