Check for updates

Индуцированное бредовое расстройство в эпоху цифровых технологий: серия случаев виртуального «folie à trois»

Shared Psychotic Disorder in the Digital Age: A Case Series of Virtual “Folie à Trois”

doi: 10.17816/CP15689
Клинический случай

Debanjan Banerjee
Apollo Multispecialty Hospitals, Kolkata, India

Дебанджан Банерджи
Многопрофильные больницы Apollo, Калькутта, Индия

ABSTRACT

BACKGROUND: This case series presents a unique manifestation of shared psychotic disorder “folie à trois” transmitted entirely through digital interactions. It is among the first documented clinical accounts demonstrating that immersive online alliances — without physical proximity — can serve as fertile ground for psychotic contagion. The report contributes to evolving psychiatric frameworks by highlighting the role of “virtual cohabitation” in shaping shared delusional systems.

CASE SERIES PRESENTATION: Three young adult males from different cities in West Bengal developed a shared persecutory delusional system over three years of daily interaction within an online gaming guild. The inducer (Case A) presented with severe paranoia, digital surveillance delusions, and insomnia. Recipients (Cases B and C) displayedalignment with these beliefs, marked social withdrawal, and psychological dependency on the inducer. All patientswere diagnosed with shared psychotic disorder. Interventions included second-generation antipsychotics (risperidone, olanzapine, aripiprazole), structured cognitive-behavioral therapy, digital hygiene protocols, and psychoeducation.Separation of digital communication among the triad facilitated therapeutic gains. All three demonstrated symptomatic improvement over 2–3 months, with partial restoration of social functioning.

CONCLUSION: This case underscores that psychological proximity fostered through immersive digital platforms may suffice for the transmission of delusional beliefs. Clinicians must routinely explore virtual relationships and digital group identities as potential vectors of psycho-pathology. Early detection, digital boundary setting, and integrative therapy approaches are essential in managing such emerging presentations.

АННОТАЦИЯ

ВВЕДЕНИЕ: В работе представлены клинические случаи индуцированного бредового расстройства folie à trois, уникальность которых заключается в том, что пациенты контактировали друг с другом только в цифровом пространстве. Это одно из первых документальных подтверждений гипотезы, что тесное онлайн-общение без физических контактов может стать благоприятной средой для развития указанного расстройства. Данная работа расширяет концепции психических расстройств, подчеркивая значение виртуального сосуществования в формировании общих бредовых идей.

ОПИСАНИЕ СЕРИИ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ: У трех молодых мужчин, проживающих в разных городах индийского штата Западная Бенгалия, развился общий бред преследования после трех лет ежедневного

 CC BY-NC-ND 4.0 license © Authors, 2025

общения во время онлайн-игр. У индуктора (случай A) наблюдался тяжелый паранойяльный синдром, бред цифрового преследования и бессонница. Реципиенты (случаи B и C) начали разделять эти убеждения, у них отмечалась выраженная социальная изоляция и психологическая зависимость от индуктора. У всех пациентов диагностировано индуцированное бредовое расстройство. Терапия включала антипсихотические препараты второго поколения (рисперидон, оланзапин, арипипразол), структурированную когнитивно-поведенческую терапию, а также программу цифровой гигиены и психообразование. Прекращение онлайн-коммуникаций между пациентами способствовало достижению целей лечения. Через 2–3 месяца у всех троих пациентов было достигнуто симптоматическое улучшение с частичным восстановлением утраченных социальных связей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Представленные клинические случаи подчеркивают, что психологической близости, возникающей при тесном общении на цифровых платформах, может быть достаточно для передачи бредовых идей. Врачам следует систематически оценивать виртуальные отношения и групповую цифровую идентичность в качестве возможных путей распространения психопатологических нарушений. Раннее выявление, формирование цифровых границ и интегративные подходы к лечению имеют решающее значение в ведении этих новых проявлений.

Keywords: *shared psychotic disorder; folie à trois; digital cohabitation; online gaming; persecutory delusions; virtual psychopathology*

Ключевые слова: *индуцированное бредовое расстройство; folie à trois; цифровое сосуществование; онлайн-игры; бред преследования; виртуальная психопатология*

ВВЕДЕНИЕ

Индуцированное бредовое расстройство, которое ранее называлось folie à deux («двойное помешательство») [1], — это редкий психопатологический синдром, при котором бредовые идеи развиваются у одного человека (индуктор) и передаются другому лицу или лицам (реципиенты), связанным с индуктором посредством длительной межличностной и тесной эмоциональной привязанности [2]. Классический фенотип этого расстройства был впервые описан в XIX веке у пациентов психиатрических лечебниц [3], однако с тех пор его концепция изменилась и сейчас включает в себя такие варианты, как folie à trois («тройное помешательство») и folie à famille («помешательство у членов одной семьи»), которые характеризуются общими бредовыми идеями у трех или более человек, объединенных тесными межличностными связями [4].

С экспоненциальным ростом цифровых коммуникационных платформ виртуальное сосуществование стало современным аналогом традиционного тесного физического контакта [5]. Цифровое сосуществование, характеризующееся эмоционально интенсивным, иммерсивным взаимодействием в онлайн-играх, фанатских сообществах или объединенных общей идеологией группах в социальных сетях, может стать благодатной почвой для развития индуцированных бредовых расстройств [6]. Расширение психосоциального ландшафта в цифровую эпоху позволило людям формировать тесно связанные идентичности и союзы без необходимости в физическом соприсутствии. Насколько известно на сегодняшний день, ни в одном из ранее опубликованных случаев не было описано индуцированное бредовое расстройство, развившееся исключительно в результате цифрового взаимодействия, без физических контактов. В ходе обзора литературы проведен тщательный поиск в научных базах данных, не выявивший ни одного источника, в котором бы сообщалось об индуцированном бредовом расстройстве, манифестировавшем сугубо в цифровой/виртуальной среде.

Появляющиеся научные данные свидетельствуют о том, что социальные сети могут способствовать распространению теорий заговора, страхов, связанных со здоровьем, а также укоренению подобных идей, зачастую без критической внешней оценки [7]. Несмотря на то что эти явления достаточно широко описаны в рамках эпидемий психических расстройств и социогенного распространения идей, их роль в кристаллизации явно психотических бредовых идей у двух или трех лиц, взаимодействующих лишь посредством цифровых коммуникаций, остается недостаточно изученной [8].

Насколько известно авторам, ранее не было опубликовано ни одного случая folie à plusieurs («помешательство у нескольких человек»), проявляющегося исключительно в виртуальных отношениях. В этой работе авторы рассматривают редкую и важную с клинической точки зрения серию случаев заболевания индуцированным бредовым расстройством трех человек, проживающих в разных городах штата Западная Бенгалия (Индия). У этих пациентов развилась общая система бреда преследования во время взаимодействия в гильдии онлайн-игр и ежедневного общения в социальных сетях. В работе подчеркивается изменение характера распространения бредовых идей в цифровую эпоху, а также особо отмечается, что врачи должны помнить о рисках психиатрических расстройств, связанных с технологически опосредованными взаимоотношениями.

ОПИСАНИЕ СЕРИИ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

Информация о пациентах

Индексный пациент (пациент A) первым обратился за психиатрической помощью в амбулаторное отделение медицинского учреждения, в котором работают авторы публикации. В ходе клинического обследования члены семьи пациента сообщили о том, что он входит в тесно связанную группу онлайн-игроков (геймеров) вместе с двумя другими лицами (пациенты B и C), которых он называл своей «единственной настоящей семьей». Подозревая, что друзья их сына могли поддерживать его бредовые идеи при виртуальном общении, родители связались с семьями двух других членов группы по телефону и с помощью журналов игровых платформ. Обе семьи сообщили о схожих изменениях поведения у своих сыновей и в течение следующих 10 дней обратились в медицинское учреждение, в котором работают авторы публикации. Все трое пациентов были мужчинами в возрасте от 24 до 30 лет, из семей среднего класса, говорили на бенгали и проживали в разных городах штата Западная Бенгалия (Калькутта и Барракпур). Они знали друг друга в течение 3 лет, познакомились в общей тусовке многопользовательской онлайн-игры и ежедневно общались в зашифрованном чате и с помощью голосовых платформ. Они не встречались лично более двух лет из-за пандемии COVID-19 и финансовых проблем, однако поддерживали тесную эмоциональную связь, называя себя «духовными союзниками».

В табл. 1 представлены характеристики трех пациентов с индуцированным бредовым расстройством и краткое описание клинических событий.

Общая бредовая система

Все три пациента разделяли связную фабулу бреда, включающую целенаправленную киберслежку, психологическое профилирование на основе искусственного интеллекта (бредовая идея пациентов заключалась в том, что их онлайн-активность и взаимодействие систематически анализируются внешними организациями для прогнозирования их поведения, намерений или уязвимых мест) и преследование за «цифровой активизм». Пациенты считали, что их преследуют за разглашение «правды» о поддерживаемой правительством слежке в игровых онлайн-сетях. Эти бредовые идеи подкреплялись при ежедневном общении в голосовых чатах и во время онлайн-игр, причем пациент A воспринимался как наиболее «информированный» и главный член группы.

Возможный вывод о том, что индуктор вызвал зависимость у реципиентов 1 и 2, был сделан на основании клинических опросов, в которых пациенты B и C всегда описывали пациента A как авторитетный источник информации, эмоциональную опору и руководителя. Пациенты B и C отмечали стресс и нарушение функционирования при невозможности общаться с пациентом A, что указывает на психологическую зависимость.

Диагностическая оценка

Всем трем пациентам был установлен рабочий диагноз «индуцированное бредовое расстройство», или folie à trois. Основным дифференциальным диагнозом был бред преследования, который исключили в связи с наличием четких данных, указывающих на передачу бреда от пациента A пациентам B и C. Диагноз устанавливали на основании критериев «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» 5-го издания (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition, DSM-5) [12].

Терапевтическое вмешательство

Все три пациента получали антипсихотические препараты второго поколения, также для них были разработаны программы цифровой гигиены. В каждой семье провели психообразование, в ходе которого

Таблица 1. Краткое описание случаев

Параметр	Пациент A (индуктор)	Пациент B (реципиент 1)	Пациент C (реципиент 2)
Демографические характеристики	30-летний безработный мужчина из Калькутты, выпускник факультета компьютерных наук	27-летний мужчина из Барракпура, внештатный режиссер видеомонтажа	24-летний мужчина из Калькутты, начинающий иллюстратор
Симптомы при обращении за медицинской помощью	Растущий страх преследования, бессонница, отказ выходить из дома; пациент считал, что некий синдикат следит за его интернет-активностью и группой геймеров, в которую он входит	Пациент уничтожил домашний маршрутизатор, стал молчаливым и замкнутым, опасался «перехвата данных» в электронных приборах; испытывал эмоциональную зависимость от пациента A	Чувствовал, что его прослушивают через электрические провода, отказывался разговаривать дома, так как опасался использования сказанного против себя
Оценка психического статуса	Опрятен, насторожен, яркий бред преследования, критика к своему состоянию частично сохранена* (степень 2/5), внимание сохранно	Неопрятный, бред отношения, бред преследования, совпадающий с бредом пациента A, минимальная критика к собственному состоянию** (степень 1/5)	Речь тихая, содержание мыслей с преобладанием бреда наблюдения, минимальная критика к своему состоянию** (степень 1/5)
Результаты клинического обследования	Шкала PANSS (исходный уровень): шкала позитивных синдромов — 22 балла, шкала негативных синдромов — 18 баллов, шкала общих психопатологических синдромов — 40 баллов. Шкала BPRS — 62 балла. Оценка в динамике: PANSS — 50 баллов, BPRS — 38 баллов	Шкала PANSS (исходный уровень): шкала позитивных синдромов — 24 балла, шкала негативных синдромов — 20 баллов, шкала общих психопатологических синдромов — 42 балла. Шкала BPRS — 66 баллов. Оценка в динамике: PANSS — 44 балла, BPRS — 36 баллов	Шкала PANSS (исходный уровень): шкала позитивных синдромов — 20 баллов, шкала негативных синдромов — 16 баллов, шкала общих психопатологических синдромов — 36 баллов. Шкала BPRS — 58 баллов. Оценка в динамике: PANSS — 40 баллов, BPRS — 34 балла
Лабораторные и инструментальные данные	Лабораторные исследования крови без патологии; психоактивные вещества не употреблял	Компьютерная томография головного мозга, лабораторные исследования без патологии	Снижение уровней витамина B_{12} и витамина D
Лечение	Рисперидон 3 мг/сут, еженедельные сеансы КПТ, психообразование членов семьи	Оланзапин 10 мг/сут, поддерживающее консультирование, структурированный режим дня, «цифровое воздержание»	Арипипразол 10 мг/сут, психообразование членов семьи, ограничение доступа к цифровым технологиям
Последующее наблюдение и исходы	Значительное уменьшение бреда, возобновление удаленной работы в сфере цифровых технологий, улучшение сохранялось через 3 месяца	Полная ремиссия острых симптомов, улучшилось общение с членами семьи, сохраняется настороженность	Снижение подозрительности, улучшение социального функционирования, продолжает сеансы психотерапии

Примечание: BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) — «Шкала краткой психиатрической оценки» [9]; PANNS (Positive and Negative Syndrome Scale) — «Шкала позитивных и негативных синдромов» [10]; КПТ — когнитивно-поведенческая терапия. * Иногда пациент осознавал, что его страхи могут быть преувеличены, однако сохранял твердую убежденность в том, что его преследуют. Критику к своему состоянию оценивали клинически с помощью структурированного клинического опроса, сосредоточенного на осознании пациентом симптомов и бредовых идей [11]. ** Пациент практически не осознавал патологическую природу его бредовых идей, несмотря на явную противоречивость данных. Критику к своему состоянию оценивали клинически с помощью структурированного клинического опроса, сосредоточенного на осознании пациентом бредовых идей и поведения [11].

рассказывали о механизмах индуцированного бредового расстройства и цифровой вовлеченности. Во время острой фазы лечения ограничили прямое общение пациентов между собой, чтобы уменьшить значимость общей системы бреда.

Пациенту A проводилась когнитивно-поведенческая терапия, включавшая такие структурированные психотерапевтические методы, как когнитивная реструктуризация, направляемое открытие, упражнения по тестированию реальности, сократические диалоги и дневник мыслей, направленные на изменение искаженных идей и поощрение более реалистичных оценок [13, 14].

Последующее наблюдение и исход

В ходе последующего наблюдения (через 2–3 месяца) у всех трех пациентов наблюдалось функциональное

улучшение со снижением оценок по «Шкале позитивных и негативных синдромов» (Positive and Negative Syndrome Scale, PANNS) и «Шкале краткой психиатрической оценки» (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS). Однако у пациента А (индуктор) отмечалось более медленное возвращение критики к своему состоянию и более высокий уровень остаточной подозрительности по сравнению с пациентами В и С, что указывает на различную динамику восстановления после психотического расстройства, соответствующую динамике первичного и индуцированного психотического расстройства [1, 3]. У пациентов А и С сохранялась остаточная когнитивная ригидность и подозрительность, однако критика к своему состоянию частично улучшилась во всех трех случаях.

Прогноз

У всех трех пациентов общий прогноз заболевания был благоприятным. Несмотря на то что в краткосрочной перспективе удалось добиться значительного уменьшения симптомов, прогноз зависел от дальнейшей приверженности лечению, постоянного контроля степени воздействия цифровой среды и поддержки со стороны членов семьи. Остаточные симптомы, такие как когнитивная ригидность и периодическая подозрительность, требовали продолжения психотерапевтического лечения.

Хронология событий

В табл. 2 представлена хронологическая последовательность клинических событий у трех пациентов с индуцированным бредовым расстройством в течение 12 недель.

Таблица 2. Хронология событий в серии случаев индуцированного бредового расстройства (folie à trois)

Неделя	Ключевое событие
0 (исходный уровень)	Первое обращение пациента А (индуктор)
1	Пациенты В и С направлены на лечение
2–3	У всех трех пациентов завершены диагностические исследования
4	Начато лечение всех трех пациентов
6–8	Первоначальное улучшение у пациентов В и С
10–12	Ремиссия у пациентов В и С, частичная ремиссия у пациента А, улучшение функционирования у всех трех пациентов

На исходном уровне (неделя 0) первичный пациент (пациент А, индуктор) был направлен на консультацию к психиатру. В течение одной недели пациенты В и С (реципиенты) были направлены на обследование в связи с аналогичными нарушениями поведения. На неделях 2–3 все пациенты завершили полное диагностическое обследование. На неделе 4 все пациенты начали лечение, включающее прием антипсихотических препаратов, программу цифрового воздержания и психообразование членов семьи. На неделях 6–8 наблюдалось первоначальное клиническое улучшение у пациентов В и С, в то время как прогресс у пациента А был более медленным, но все равно заметным. На неделях 10–12 пациенты В и С достигли ремиссии, у пациента А отмечалась частичная ремиссия с функциональным улучшением. Эти данные указывают на синхронизированную траекторию развития заболевания, эффективность раннего вмешательства и роль скоординированного во времени лечения индуцированного бредового расстройства, опосредованного цифровыми платформами.

ОБСУЖДЕНИЕ

Традиционно считалось, что для развития индуцированного бредового расстройства, которое часто наблюдалось у членов семьи, близких друзей или лиц, совместно проживающих в различных учреждениях, необходимы тесные межличностные связи и длительная физическая близость пациентов [3]. Однако цифровая революция радикально изменила ландшафт межличностных отношений, что вызвало необходимость переосмысления устоявшихся психиатрических моделей через призму виртуального взаимодействия.

В данной серии случаев авторы описали трех пациентов, у которых в результате длительного виртуального сосуществования (участие в общей группе онлайн-игры и использование платформ для обмена зашифрованными сообщениями) развилась тесно взаимосвязанная система бреда преследования. Эта система бреда, основой которой были идеи слежки, преследования и идеологического мученичества, развивалась исключительно в рамках цифрового взаимодействия.

Насколько известно авторам, это одно из первых задокументированных описаний серии клинических случаев в Южной Азии, в котором рассматривается

индуцированное бредовое расстройство, развившееся в результате онлайн-взаимодействия лиц, у которых не было личных контактов в последние годы. Похожие случаи, описывающие индуцированное бредовое расстройство, возникшее при взаимодействии пациентов только в виртуальной среде, были зарегистрированы во всем мире, однако их диагностируют слишком редко, чтобы провести систематический обзор и сравнение за последние годы [15].

В этом случае ряд основных факторов соответствовал классическому индуцированному бредовому расстройству: эмоциональная зависимость, когнитивная ригидность, социальная изоляция и тематическое единство [2]. У пациента А, выступавшего в роли индуктора, наблюдалась более сильная бредовая убежденность, более интенсивное сопротивление доказательствам обратного и более высокая исходная оценка по шкале PANSS, что согласуется с предыдущими литературными данными, в которых первичный пациент описывался как доминирующая личность с более тяжелым психотическим расстройством [4]. В недавних исследованиях индуцированного бредового расстройства, проведенных Incorvaia, Helmes [2] и Schneider и соавт. [15], также подчеркивается доминирующая роль индуктора и более тяжелое у него психическое расстройство. У пациентов В и С отмечались такие черты, как внушаемость, пассивное принятие идей и психологическая уязвимость, — общие признаки реципиентов при индуцированном бредовом расстройстве [2].

Механизм передачи бреда в описанном авторами случае ставит под сомнение традиционно признаваемую необходимость физической близости. Цифровые платформы обеспечивают не только постоянный контакт, но и погружение реципиентов в фабулу бреда индуктора. Онлайн-игры, в частности, формируют постоянное совместное внимание, ожидание вознаграждения и слияние идентичностей — условия, способствующие формированию групповых бредовых идей [5, 6, 16]. Алгоритмы фильтрации данных в социальных сетях и чат-платформах усиливают дальнейшее закрепление убеждений и кристаллизацию бреда [7, 8]. По утверждению Kirmayer и Gómez-Carrillo, технологии могут не только обусловливать психическое взаимовлияние, но и активно формировать психические расстройства как таковые, изменяя режимы внимания и построения фабулы [17].

Культурный контекст также сыграл важнейшую роль. Общий язык, мировоззрение и социально-политические убеждения этих трех пациентов способствовали быстрой перекрестной валидации бредовых идей. Bhui и Bhugra подчеркивают, что в случаях, когда бредовые идеи обладают культурным резонансом (особенно это касается недоверия к правительству или маргинализации), они с большей вероятностью будут приняты без критической оценки [18]. В описанной группе пациентов реальные примеры слежки (например, обсуждение шпионской программы Pegasus, отключение интернета во время политических беспорядков) могли послужить благодатной почвой для роста параноидальных идей.

Несмотря на необычную этиологию этого расстройства, лечение проводили по стандартной схеме: антипсихотики, цифровая детоксикация, формирование границ и психообразование. Важно отметить, что разделение реципиентов и индуктора (временное ограничение цифровых контактов) помогло разрушению общей системы бреда даже без использования антипсихотиков. Этот результат подтверждается и данными литературы [1, 3]. У всех трех пациентов в течение 2–3 месяцев улучшились оценки по шкалам PANSS и BPRS, при этом не было зарегистрировано ни одного случая повторной госпитализации.

Выводы, сделанные ранее Ungvari и Leung [19], о том, что основная стратегия лечения заключается в разделении реципиентов и индуктора, нашли подтверждение в недавних исследованиях [2, 12]. Последние данные свидетельствуют о значимом уменьшении симптомов у реципиентов после их изоляции от индуктора, особенно если у них психотическое расстройство носит временный характер и протекает легче [4, 15]. Тем не менее назначение антипсихотиков остается стандартной клинической практикой, в первую очередь в тяжелых случаях, при стойких симптомах и для профилактики рецидивов, поскольку одной лишь изоляции может быть недостаточно для достижения устойчивой ремиссии [20].

Эти результаты подчеркивают, что психиатру необходимо включить сбор цифрового анамнеза в обязательный перечень обследования пациентов с параноидальными и бредовыми расстройствами. Информация об онлайн-сетях пациента, его сотоварищах в цифровой среде и виртуальных групповых идентичностях может быть столь же важной, как данные семейного

и профессионального анамнеза [21, 22]. Методы раннего выявления риска психотических расстройств в онлайн-сообществах могут включать мониторинг быстрых сдвигов в сторону паранойяльных нарушений, чрезмерного погружения в конспирологические теории, резкого отказа от различных цифровых взаимодействий и слишком сильной эмоциональной зависимости от виртуальных сообществ [23].

Виртуальное взаимодействие, несмотря на отсутствие физического контакта, может воспроизводить основные психосоциальные компоненты, необходимые для индукции бреда посредством ряда механизмов, включая интенсивность эмоций, постоянное воздействие и слияние идентичностей [24]. Такие платформы, как онлайн-игры и зашифрованные групповые чаты, формируют постоянное совместное внимание, укрепление идеологии и чрезмерную эмоциональную вовлеченность, что функционально соответствует длительной тесной связи между пациентами, традиционно наблюдаемой при folie à deux и различных вариантах этого расстройства [25].

У пациентов, описанных в настоящей работе, концепция цифрового сосуществования заключалась в практически ежедневном общении на протяжении многих лет, общих ритуалах (игры, обсуждения стратегии), разговорах с эмоциональным подтверждением и ролевых союзах. Это создавало стойкие межличностные отношения, аналогичные отношениям при совместном физическом проживании. Как считают Starcevic и Aboujaoude [25], подобные иммерсивные цифровые среды могут служить своего рода психологическим убежищем, повышая восприимчивость к бредовым идеям.

Однако одних только онлайн-коммуникаций редко бывает достаточно. Как подчеркивается в данной работе, восприимчивость к развитию этого расстройства опосредована, вероятно, дополнительными психосоциальными факторами и личностными особенностями. К ним относятся:

- социальная изоляция в реальном мире, которая наблюдалась у всех трех пациентов после окончания пандемии и в период финансовых ограничений;
- психологическая зависимость, особенно реципиентов (пациенты B и C) от индуктора;
- когнитивная ригидность и внушаемость, способствующие восприятию бредовых идей;
- предрасполагающие факторы уязвимости, в том числе ранее существовавшие признаки субклинической тревоги и отсутствие эмоциональной поддержки в реальной жизни.

Эти данные согласуются с более широкими концепциями в культуральной и социальной психиатрии, утверждающими, что структурная уязвимость, контекст и аффективный резонанс так же важны в формировании психотического расстройства, как и передача содержания [8, 9].

Сильными сторонами этого описания серии случаев являются подробные сведения о клинической картине, применение надежных стандартизированных психометрических инструментов (шкалы PANSS, BPRS), наглядная демонстрация механизмов передачи бредовых идей в цифровом пространстве и новизна описания случая индуцированного бредового расстройства, развившегося при исключительно цифровом взаимодействии пациентов.

К ограничениям относятся небольшой объем выборки, отсутствие данных долгосрочного наблюдения, невозможность объективно оценить интенсивность или степень воздействия онлайн-коммуникации, а также отсутствие детального изучения предрасполагающих личностных и семейных факторов. Кроме того, автор установил связь между психотическими симптомами у пациента A и пациентов B и C на основании клинических данных и хронологии развития психопатологических нарушений, что не исключает вероятности систематической ошибки субъективности. Для обобщения этих результатов необходимы более масштабные исследования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В этом описании серии случаев рассматривается новый вариант индуцированного бредового расстройства в контексте цифрового сосуществования. Этот случай подчеркивает, что в современную эпоху для индукции бреда при этом расстройстве достаточно лишь тесного психологического, а не физического контакта. Иммерсивные виртуальные платформы, эмоционально насыщенные онлайн-альянсы и эффект эхокамеры, формируемый интернет-алгоритмами, могут служить факторами, значительно усиливающими вероятность индукции бредовых идей. Хотя у этих пациентов наблюдался хороший ответ на стандартное лечение антипсихотическими препаратами

и применение психотерапевтических техник, данный феномен требует создания расширенной клинической модели, включающей, помимо стандартной оценки психического статуса, изучение динамики цифровых взаимодействий. Необходимы дальнейшие исследования, позволяющие лучше понять, как онлайн-сообщества влияют на структуру и содержание возникающих психиатрических нарушений.

Информированное согласие: После наступления клинического улучшения все три пациента дали письменное информированное согласие на публикацию этого клинического случая и любых включенных в него анонимных клинических данных или изображений (пациент А подписал информированное согласие 31 марта 2025 г., пациент В — 4 апреля 2025 г., пациент С — 4 апреля 2025 г.). Были предприняты меры по защите персональных данных пациентов, поэтому в настоящей статье не содержится какой-либо идентифицирующей информации.

История публикации

Рукопись поступила: 19.05.2025
Рукопись принята: 21.08.2025
Опубликована онлайн: 15.09.2025

Финансирование: Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Использование генеративного ИИ: Отсутствует.

Цитировать:

Банерджи Д. Индуцированное бредовое расстройство в эпоху цифровых технологий: серия случаев виртуального «folie à trois» // *Consortium PSYCHIATRICUM*. 2025. Т. 6, № 3. CP15689. doi: 10.17816/CP15689

Сведения об авторе

***Debanjan Banerjee,** MBBS, MD (Psychiatry),
DM (Geriatric Psychiatry), Consultant old-age psychiatrist,
Apollo Multispecialty Hospitals India;
Scopus Author ID: 57191832268, ORCID: 0000-0001-8152-9798
E-mail: dr.djan88@gmail.com

*автор, ответственный за переписку

Список литературы

1. Shimizu M, Kubota Y, Toichi M, Baba H. Folie à deux and shared psychotic disorder. Curr Psychiatry Rep. 2007 Jun;9(3):200–205. doi: 10.1007/s11920-007-0019-5
2. Incorvaia D, Helmes E. Shared psychotic disorder: A psychosocial psychosis? Curr Psychiatry Rev. 2006 Aug 1;2(3):353–360. doi: 10.2174/157340006778018148
3. José MS, Mary VS. Shared psychotic disorder: a critical review of the literature. Can J Psychiatry. 1995 Sep;40(7):389–395.
4. Joshi KG, Frierson RL, Gunter TD. Shared psychotic disorder and criminal responsibility: a review and case report of folie à trois. J Am Acad Psychiatry Law. 2006 Dec 1;34(4):511–517.
5. Kellerman A. Social-spatial interaction, proximity, and distance: from face-to-face to virtual communications. Applied Mobilities. 2022 Oct 2;7(4):394–412. doi: 10.1080/23800127.2021.1928992
6. Taylor SH, Zhao P, Bazarova NN. Social media and close relationships: a puzzle of connection and disconnection. Curr Opin Psychol. 2022 Jun 1;45:101292. doi: 10.1016/j.copsyc.2021.12.004
7. Ahmed W, Vidal-Alaball J, Downing J, et al. COVID-19 and the 5G conspiracy theory: social network analysis of Twitter data. J Med Internet Res. 2020;22(5):e19458. doi: 10.2196/19458
8. Cinelli M, Quattrociocchi W, Galeazzi A, et al. The COVID-19 social media infodemic. Sci Rep. 2020;10(1):16598. doi: 10.1038/s41598-020-73510-5
9. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep. 1962;10:799–812. doi: 10.2466/pr0.1962.10.3.799
10. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull. 1987;13(2):261–276. doi: 10.1093/schbul/13.2.261
11. David AS. Insight and psychosis. Br J Psychiatry. 1990;156(6):798–808. doi: 10.1192/bjp.156.6.798
12. Morrison AP, Barratt S. What are the components of CBT for psychosis? A Delphi study. Schizophr Bull. 2010;36(1):136–142. doi: 10.1093/schbul/sbp118
13. Lincoln TM, Peters E. A systematic review and discussion of symptom specific cognitive behavioural approaches to delusions and hallucinations. Schizophr Res. 2019;203:66–79. doi: 10.1016/j.schres.2017.12.014
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
15. Schneider BC, Schröder J, Pantel J. Delusions in the digital age: A systematic review of psychotic experiences associated with online interactions. Clin Psychol Rev. 2023;101:102260.
16. Starcevic V, Baggio S, Berle D, et al. Cyberchondria and its relationships with related constructs: A network analysis. Psychiatry Q. 2019;90(3):491–505. doi: 10.1007/s11126-019-09640-5
17. Gómez-Carrillo A, Kirmayer LJ. A cultural-ecosocial systems view for psychiatry. Front Psychiatry. 2023;14:1031390. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1031390
18. Bhui K, Bhugra D. Culture and delusions: reflections on content and context. In: Bhugra D, Bhui K, editors. Textbook of Cultural Psychiatry. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2018. p. 119–131.

19. Ungvari GS, Leung HC. Delusional disorder in Hong Kong: Clinical characteristics and treatment outcome over five years. Psychopathology. 1996;29(1):30–35.
20. Vigo L, Ilzarbe D, Baeza I, et al. Shared psychotic disorder in children and young people: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2019;28(12):1555–1566. doi: 10.1007/s00787-018-1236-7
21. Riva G, Wiederhold BK, Cipresso P. Psychology of social media: From technology to identity. In: Riva G, Wiederhold BK, Cipresso P, editors. The psychology of social networking: personal experience in online communities. [S. l.]: De Gruyter Open; 2016. p. 1–11. doi: 10.1515/9783110473780-003
22. Torous J, Bucci S, Bell IH, et al. The growing field of digital psychiatry: current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. World Psychiatry. 2021;20(3):318–335. doi: 10.1002/wps.20883
23. Birnbaum ML, Rizvi AF, Confino J, et al. Role of social media and the Internet in pathways to care for adolescents and young adults with psychotic disorders and non-psychotic mood disorders. Early Interv Psychiatry. 2017;11(4):290–295. doi: 10.1111/eip.12237
24. Aboujaoude E, Starcevic V. The Internet and psychopathy: A new frontier. In: Starcevic V, Aboujaoude E, editors. Mental Health in the Digital Age: Grave Dangers, Great Promise. Oxford University Press; 2015. p. 101–119.
25. Starcevic V, Aboujaoude E. Internet addiction: Reappraisal of an increasingly inadequate concept. CNS Spectr. 2017;22(1):7–13. doi: 10.1017/S1092852915000863