

Довгань Д.С., Еншова А.В., Семёнова Е.М., Малинина Е.В.,
Пилявская О.И.

Синдром Котара (литературный обзор)

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», г. Челябинск

Dovgan D. S., Enshova A. V., Semyonova E. M., Malinina E. V., Pilyavskaya O. I.

Cotard syndrome (literature review)

Резюме

В работе представлен обзор литературы по синдрому Котара (СК). Этот синдром был описан более столетия назад, однако информация по таковой патологии составляют отдельные случаи без описания клинического состояния и описания бреда, не дающие полной картины синдрома, необходимой для правильной постановки диагноза и адекватного лечения в дальнейшем. Проведён анализ литературы и представлены эпидемиология, этиология и патогенез, клиническая картина и возможный прогноз течения СК. В литературном обзоре приводятся клинические примеры, а именно, описания бреда больных, непосредственно найденные в зарубежных, отечественных источниках, а также описания историй болезни от врачей, наблюдающих пациентов в настоящее время

Ключевые слова: бред Котара, нигилистический бред

Для цитирования: Довгань Д.С., Еншова А.В., Семёнова Е.М., Малинина Е.В., Пилявская О.И., Синдром Котара (литературный обзор), Уральский медицинский журнал, №11 (194) 2020, с. 7 -14, DOI 10.25694/URMJ.2020.11.11

Summary

A literature review on Cotard syndrome is presented in this article. This syndrome was described more than a century ago, however, information on such a pathology is made up of individual cases without description of the clinical condition and the delirium, which do not give a complete picture of the syndrome needed for the correct diagnosis and adequate treatment in the future. We have analyzed the literature and presented the epidemiology, etiology and pathogenesis, clinical picture and possible prognosis of the course of the CS. In the literature review, clinical examples, namely, the descriptions of the patients' delusions, found directly in the foreign as well as domestic sources, as well as the descriptions of the case histories from the doctors who are currently observing patients

Key words: Cotard delusion, nihilistic delusion

For citation: Dovgan D. S., Enshova A. V., Semyonova E. M., Malinina E. V., Pilyavskaya O. I., Cotard syndrome (literature review), Ural Medical Journal, No. 11 (194) 2020, p. 7 - 14, DOI 10.25694/URMJ.2020.11.11

Введение

Синдром Котара [СК] - психопатологический синдром, сочетание тревожной депрессии, деперсонализации, дереализации и бреда Котара. Бред Котара является нигилистически-ипохондрическим депрессивным бредом с фантастическим содержанием и идеями грандиозности и отрицания, которые проявляются одновременно или отдельно [33]. Это патологическое убеждение пациента в том, что всё в мире распадается, гибнет, погружается в пучину хаоса, уже окончательно и бесповоротно погребено; либо в том, что у него самого разрушаются, гниют или уже разрушены все внутренние органы. Помимо термина «синдром Котара» в отечественной психиатрии также используются следующие варианты: "бред отрица-

ния", "бред Котара", "нигилистический бред", "меланхолический бред воображения", "мегаломеланхолический бред" [5].

Синдром Котара в настоящее время не классифицируется как отдельное расстройство в DSM-IV-TR и МКБ-10. В DSM-IV-TR нигилистический бред классифицируются как конгруэнтные бреду настроения в депрессивном эпизоде с психотическими особенностями. Классификация синдрома Котара как отдельной патологии является чрезвычайно трудной задачей в современной системе диагностической классификации. СК не может быть однозначно отнесён ни к одной категории существующей системы классификации [25]. Разными авторами он рассматривается как крайний вариант тревожной депрессии,

как отдельное заболевание, как синдром, встречающийся при энцефалитах, травмах и опухолях головного мозга, послеродовой депрессии. Современные данные, касающиеся СК, основаны главным образом на исследованиях отдельных случаев, и поэтому невозможно получить ясность в отношении различных аспектов синдрома, таких как распространённость, патогенез, лечение. Вместе с тем правильная диагностика синдрома очень важна как в нозологическом аспекте, так и для прогнозирования течения психического заболевания [1].

Цель работы: изучить литературные источники по синдрому Котара, по его диагностике, клиническим проявлениям, лечению и прогнозу, с освещением отдельных клинических случаев.

Материал и методы

Поскольку данных по этой теме мало, были рассмотрены статьи для соответствующих перекрестных ссылок. Также использовались материалы из сети Интернет (включались только статьи, изданные в рецензируемых журналах). Используя этот метод, были получены все доступные экспертные оценки по этой теме.

Результаты и обсуждение

Историческая справка. Данный термин предложил E. Regies в 1893 году. Синдром назван в честь французского невролога Жюля Котара (J. Cotard), впервые описавшего такое состояние у 43-летней пациентки в 1880-1882 годах в своем отчете «О бреде отрицания». Госпожа X. утверждает, что у нее нет мозга, нет нервов ни в чём: ни в желудке, ни в кишечнике; есть только кожа и кости разлагающегося тела... Она не имеет ни души, ни Бога, ни дьявола. Она не что иное, как разлагающееся тело, и ей не нужно есть, чтобы жить; она не может умереть естественной смертью - она существует вечно; если она не сожжена, огонь будет для нее единственным решением, ведь она проклята. Через некоторое время пациентка умерла от голода. Такого рода галлюцинаторный бред протекал в сочетании с депрессией и суицидальными наклонностями. По мнению Котара, центральное место в данном психическом феномене занимал принцип отрицания, как своей жизни, так и всеобщего существования [21].

Стоит отметить, что отдельные клинические проявления данного явления были известны ранее. По данным G.E. Berrios и R. Liqueur, в 1788 году C. Bonnet сообщил о своей пациентке, утверждавшей, что она мертва, а в 1838 году J.E. Esquirol также описал пять подобных случаев из своей практики [11].

J. Cotard сформулировал новый тип депрессии, характеризующийся тревожной меланхолией, идеями проклятия или отторжения, нечувствительностью к боли, иллюзиями небытия относительно собственного тела и иллюзиями бессмертия [25]. Он описал своё представление о развитии данного симптомокомплекса следующим образом: «в начале появляется «Моральная ипохондрия» (по J.P. Falret), пациенты жалуются, например, на снижение интеллектуальных способностей, «угасающие чувства, уходящую энергию», также присутствуют отдель-

ные идеи отрицания: убежденность в невозможности выздоровления и улучшения самочувствия. «Моральная ипохондрия - это эскиз, в котором достаточно увеличить толщину черт и усилить тени, чтобы завершить картину поздних форм меланхолии». В дальнейшем присоединяются идеи вины и проклятия, пациенты испытывают ужас: «внешняя реальность, трансформированная и смутно воспринимаемая, отрицается», развивается беспокойная меланхолия [2].

Классификация. В 1933 году Loudetand и Martinez сделали первую попытку классифицировать разные типы СК. Они выделили неструктурированный отрицательный делирий, связанный с алкоголизацией, деменцией и параличом, а так же «реальный» бред Котара, обнаруженный ими только в случаях тревожной меланхолии и хронической ипохондрии [31].

В 1963 году В.К. Каубиш исследовал синдром Котара при шизофрении и выделил три его варианта: меланхолический, ипохондрически-нигилистический и более сложной структуры, «смешанный», включающий в себя компоненты первого и второго. Основными психопатологическими радикалами вариантов синдрома Котара являлись идеи отрицания, отрицания, громадности и бессмертия. Наряду с классификацией, он сделал вывод, что возникающий при шизофрении синдром Котара связан с типом её течения; наблюдается в широких возрастных диапазонах (от 14 до 70 лет); встречается преимущественно у женщин [2].

В 1968 году V.Saavedra предложил разделить СК на три типа: депрессивный, смешанный и шизофренический. Также он провел различие между «подлинным» синдромом Котара, возникающим во время депрессивного состояния и тем, что он описал как псевдо-нигилистически или псевдо-Котара синдром, который классифицируется как «ко-анестетическая шизофрения». Изменение сознания существования как потеря чувства собственного «Я» называется изменением сознания общего «я» в синдроме Котара. По мнению Сааведры, это может происходить и при шизофрении, будучи обезображенным галлюцинаторными явлениями и бредом о ней. Сааведра предложил название «синдром псевдо-Котара» для этого представления, рассматриваемого как вариант формы сепестопатической шизофрении [29].

В 1995 году в своём ретроспективном анализе 100 случаев СК в литературе Берриос и Люк (G.E. Berrios и R. Luque) подразделили синдром Котара на три типа. Первый тип включал форму психотической депрессии, характеризующейся повышенной тревожностью, меланхолией, манией вины и слуховыми галлюцинациями. Второй тип, описанный как синдром Котара I типа, связан с ипохондрическими и нигилистическими заблуждениями и отсутствием депрессивного эпизода. Третий тип синдрома (Котар II типа) сопровождается тревогой, депрессией, слуховыми галлюцинациями, манией бессмертия, нигилистическими иллюзиями и суицидальным поведением. В своем анализе G.E. Berrios и R. Luque нашли средний возраст пациентов с СК - 56 лет [11].

В 1999 году Ямада определил три стадии синдрома

Котара: стадия зарождения, стадия расцвета и хронический этап. Стадия зарождения характеризуется важными признаками: ипохондрия, сенестопатия и депрессивное настроение. Диагноз синдрома Котара не может быть поставлен в этом случае. Последняя стадия (хроническая) дифференцируется на две формы: первая - при стойких эмоциональных нарушениях (депрессивный тип) и вторая, где депрессивные симптомы менее заметны (параноидальный тип). В стадии цветения различимы характерные признаки СК (нигилистический бред, бред бессмертия вместе с тревогой и негативизмом).

По особенностям развития выделяют острый (преимущественно при приступообразных психозах) и хронический (при непрерывном течении) синдром Котара [32].

Эпидемиология. Точная частота встречаемости и распространенность СК в настоящее время неизвестна. Только одно исследование (1995 г.) сообщило о распространенности СК в выбранном регионе у психогериатрического населения Гонконга, по результатам которого у 2 из 349 пациентов был диагностирован синдром Котара, что составляло 0,57% встречаемости среди данной популяции. Обе идентифицированные пациентки были женщинами с большой депрессией. Были представлены истории болезни этих пациентов и обсуждено сходство клинических признаков с описанными в западной литературе [6].

В 1995 году анализ 100 случаев синдрома Котара показал, что 89% из них переживали депрессию, 65% – тревогу, 63% – чувство вины; наиболее распространенный нигилистический бред касался тела (86%) и существования (69%), бессмертия (55%); у 58% наблюдались ипохондрические заблуждения [11].

Вероятность развития бреда Котара увеличивается с возрастом (чем старше, тем вероятнее). У женщин СК встречается чаще, чем у мужчин, однако научных объяснений такой закономерности пока не выявлено. Возможно, это связано с тем, что СК характерен в большинстве случаев для депрессивных возрастных пациентов, а это все же чаще женщины. А возможно, женщины чаще нигилистически настроены на свое тело. Следует отметить, что СК встречается в разных этнических группах и также иногда описывается у детей и подростков [21].

Этиология и патогенез. Причины возникновения синдрома Котара до конца неясны. В 1986 году проанализировав 8 КТ-снимков головного мозга пациентов с СК, A.V. Joseph и D.H. O'Leary выяснили, что у них отмечается увеличение межполушарной щели, которая может указывать на медиальную атрофию лобной доли. Исследование МРТ-снимков пациентов с признаками СК выявило наличие билатеральной церебральной атрофии и расширение силвиевой борозды, межполушарной щели и боковых желудочков [27].

В 2012-2013 годах нейропсихолог Ванесса Чарлэнд-Вервиль с коллегами, получившие ПЭТ-снимок мозга больного СК, связали его возникновение с особенностями работы (а именно с гипоперфузией) дефолт системы мозга – сети пассивного режима работы мозга (default mode network - DMN), при участии которой осуществ-

ляются когнитивные процессы, протекающие в период покоя, когда мозг не занят переработкой поступающей извне информации, и человек, в том числе, получает представление о себе как о субъекте действия. В своей статье авторы рассказывают о первом применении ФДГ-ПЭТ с использованием фтордезоксиглюкозы (радиоактивный индикатор) в случае с пациентом, у которого был зарегистрирован синдром Котара.

В целом, данные исследования указывают на важную роль повреждений лобных, париетальных и височных долей в развитие клинических проявлений СК. Однако стоит отметить, что наличие специфических изменений в структуре головного мозга с помощью МРТ/КТ выявляется не у всех больных и не во всех исследованиях имеются сопоставления с контрольной группой. В некоторых исследованиях установлено отсутствие каких-либо грубых морфологических и структурных нарушений головного мозга при наличии клинического проявления СК [17].

В отечественной психиатрии синдром Котара традиционно рассматривается в рамках депрессивных психозов пожилого возраста. В этих случаях было показано, что пациент страдает от изменения интенсивности эмоций, которые он испытывает, что может вызвать потерю жизненной энергии и преобладание негатива, что приводит к возможному появлению синдрома Котара [1].

Клинический пример появления СК в рамках депрессивного психоза пожилого возраста (дополнительно болезнь Паркинсона, как ещё одно условие развития Синдрома Котара). 78-летний пациент представил 7-месячную историю депрессивного настроения, ангедонии, анорексии с потерей 20 фунтов в течение нескольких недель, потерей интереса к уходу за собой и гигиене, идеями отвращения к себе и бредовыми идеями разрушения и катастрофы. В отделении неотложной помощи он отказался от госпитализации, сославшись на то, что «уже мертв». В психоневрологическом отделении он неоднократно заявлял: «Я смертельный пациент и я закончил. Нет никакого смысла лечить меня. Я смертельно болен». Позже он заявил: «Я больше не являюсь самим собой, я упал, как автомат, как если бы мир не существовал. Я полностью исключен. Пища, которую я ем, прилипает к моему кишечнику, вот почему я больше не ем, вот почему я даже не пью воду или не принимаю лекарства, и я не испражняюсь, потому что у меня геморрой». Ещё он утверждал, что потерял правую почку, а его левая почка больше не работает. В анамнезе жизни: гипертоническая болезнь (принимал эналаприл 10 мг/сут и нифедипин 30 мг/сут); подагра (принимал аллопуринол); доброкачественная гиперплазия предстательной железы, по поводу которой перенес операцию - трансуретральную резекцию. Его физикальный осмотр выявил паркинсонизм. При осмотре походки он отметил замедление всех своих движений с очень маленькими шагами, потерю связанных движений рук и умеренную потерю постуральных рефлексов с отклонением туловища влево. При осмотре черепных нервов определяется гипомимия, с медленной и низкой громкостью речи. При неврологическом осмо-

тре была выявлена генерализованная брадикинезия и легкая ригидность конечностей, но тремора не было. По моторной части единой шкалы оценки болезни Паркинсона (UPDRS) он набрал 35 баллов, что указывает на легкую и среднюю степень тяжести. МРТ показала увеличение субарахноидального пространства в обеих переднебоковых областях и умеренное расширение желудочковой системы. У пациента диагностировали крупный депрессивный эпизод с психотическими симптомами и подозрением на ригидно-акинетический синдром (вероятно, идиопатическую болезнь Паркинсона). Он получал мirtазапин 60 мг/сут, и ЭСТ, после трех сеансов которой у него наблюдалось заметное улучшение походки, скорости и амплитуды движений. Выявлено снижение моторной части UPDRS до 23 баллов (снижение на 34%, что считается хорошей реакцией). После восьмого сеанса ЭСТ наблюдалось явное улучшение настроения, снижение тревожности и разрешение его Котардоподобных убеждений. Пациент был выписан после 31 дня госпитализации, и последующее наблюдение через 1 месяц показало отсутствие депрессии [27].

Наиболее часто синдром Котара встречается при следующих психических расстройствах:

- шизофрения;
- большая депрессия (психотическая депрессия);
- сенильная депрессия;
- старческий психоз.

Необычным является тот факт, что иногда заболевание может возникнуть спонтанно. То есть человек может быть психически здоровым, однако, непосредственно перед приступом, в характере может появиться раздражительность и повыситься уровень тревожности [2].

Клинический пример спонтанного проявления болезни можно наблюдать у 26-летнего мужчины, у которого болезнь появилась после острой психологической травмы. Детство 26-летнего Нила, единственного ребенка в семье, было вполне нормальным. Когда ему исполнилось двадцать лет, его родители погибли в авиакатастрофе, разбившись на небольшом самолете. Нил был глубоко религиозным, а эта трагедия потрясла и озлобила его. Обвиняя в смерти родителей себя, Нил стал затворником, оборвал все отношения с людьми и связи с внешним миром. Он бросил университет, стал употреблять тяжелые наркотики и практически ничем не занимался, живя за счет наследства, доставшегося от богатых родителей. Некоторое время Нила интересовал спиритизм, а особенно тема реинкарнации. В итоге семейный врач убедил Нила обратиться за психиатрической помощью. Юноша был одержим бредом отсутствия тела. Нил отказывался признать, что у него есть голова, туловище, ноги и руки – вообще какие-либо части тела. Он отрицал, что ест, пьет, мочится, испражняется, и не мог объяснить, почему одевается, если выходит на улицу. На одной из стадий терапии Нилу предложили выпить стакан воды. После этого его попросили объяснить, куда делась вода. Молодой человек ответил, что она «испарилась». Когда врач требовал объяснить эти и другие несоответствия, Нил либо не отвечал, либо говорил: «Не знаю». Судя по

всему, он не замечал непоследовательности или противоречия в своих ответах [8].

Синдром Котара не выделен в отдельную нозологию. Он является проявлением различных психических заболеваний. Патологии, проявляющиеся СК, связаны со слабоумием, большим депрессивным эпизодом в слабых когнитивных нарушениях, депрессии при лобно-височной атрофии, тяжелой умственной отсталости, брюшном тифе, церебральном инфаркте, тромбозе верхнего сагитального синуса, опухоли головного мозга, височной эпилепсии, лимбических эпилептических поражениях, постиктальной депрессии, церебральной артерио-венозной мальформации и эпилепсии, мигрени, синдроме Лоуренса-Муна-Барде-Бидля, рассеянным склерозом, болезнью Паркинсона, травмой головного мозга, тяжелыми соматическими заболеваниями, при герпетическом и негерпетическом энцефалите [13].

Некоторые авторы (J.E. Seglas, 1887 г.) анализируют деперсонализацию как главную и необходимую составляющую формирования синдрома Котара. Становление СК также рассматривают вместе с развитием синдрома Капгра (синдром неузнавания, бред ложного узнавания). В основе появления данных синдромов лежат нарушения обработки информации о распознавании лиц и тел. При отсутствии чувства «знакомости» состояние пациентов может осложняться деперсонализационными и дереализационными переживаниями [30]. Отличие деперсонализации от СК заключается в том, что в первом случае переживается отчуждение тела или его части, а во втором – полное отсутствие. Также в развитии СК существенную роль играет преморбидная личность. Было установлено, что для лиц, склонных к развитию депрессивных реакций, более характерно развитие СК, а для лиц с паранойяльной настроенностью высока вероятность развития синдрома Капгра. Данная гипотеза была подтверждена несколькими исследованиями, в которых не обнаружилось различий в значениях вегетативных показателей, измерявшихся во время демонстрации знакомых и незнакомых для пациента лиц. Такая ситуация была наиболее характерна для больных с синдромом Капгра [12]. Для пациентов с СК было установлено отсутствие дифференциального автономного ответа на различные раздражители, т.е. вообще не были зафиксированы вегетативные колебания, вследствие этого у пациентов могли развиваться заблуждения о том, что они мертвы. В то время как пациенты с синдромом Капгра не могли узнавать знакомые ранее и принимали достоверно незнакомое за хорошо известное. С этой точки зрения СК расценивают как более тяжелое психопатологическое состояние, по сравнению с синдромом Капгра [19], [20].

Клиническая картина. Клиническая картина и психопатологическая динамика Синдрома Котара весьма разнообразна. Одни пациенты умирают от голода, полагая, что им больше не нужно есть; другие же пытаются избавиться от собственного тела, чтобы перестать быть «ходячим мертвецом». Симптомы практически всегда сопровождаются ощущением вины, отчаяния и смерти. Известно, что такой бред обычно возникает на фоне тя-

желой депрессии и/или психоза.

Среди основных симптомов, присущих СК выделяют:

- аффективные расстройства: повышенную тревожность; депрессивные состояния; суицидальные склонности;

- расстройства мышления в виде бреда. Следует отметить, что бред при синдроме Котара носит ипохондрически-депрессивную окраску и характеризуется: мегаломаничностью – бредовая идея приобретает гипертрофированно огромные размеры; нигилистичностью – отрицание чего-либо (при СК это проявляется чаще всего в отрицании существования у себя внутренних органов); депрессивностью общего фона эмоций – фон настроения снижен (у пациента «все плохо»); ипохондричностью – если человек считает, что он болен, то его болезнь очень серьезная, редкая и неизлечимая[30].

- расстройства восприятия: галлюцинации (вкусовые, обонятельные и др.);

Все это может быть как вместе, так и по отдельности, и в таком случае симптомы будут со временем заменять друг друга.

Бред Котара – чувственный, пациенты с СК оперируют не отвлеченными понятиями, а яркими представлениями фантастического содержания, и проявляется в 3-х формах: в меланхолической форме, при которой больной утверждает, что он будет мучиться вечно; что все его родные погибли; его дом исчез; город, в котором он живет, страна, весь земной шар гибнут, останется в живых лишь он один и будет мучиться 100, 200, 1000 лет, вечно. Эту форму бреда называют также бредом громадности. Бред Котара проявляется также в форме бреда отрицания, совпадающей с упомянутым бредом громадности, при котором больные отрицают существование городов, стран, мира, утверждают, что ничего нет, ничего не существует. Помимо этого, бред Котара может быть нигилистической формы, (здесь тоже присутствует момент отрицания), при которой больные утверждают, что их внутренности разрушаются, кишечник прекратил работу, вся полость живота заполнена калом, у них нет внутренностей, мозга, сердца, нет и их самих. Этот бред некоторые авторы относят к ипохондрическому. Он чувственный еще и потому что возникает на фоне аффекта, в частности, депрессивного [8].

Тревожность и постоянная настороженность – обязательные признаки данного синдрома. Обеспокоенность, как правило, предшествует самому развитию синдрома; так, у многих пациентов перед диагностикой бреда Котара отмечалась некая тревожность и нервозность. Чувство тревоги может продолжаться от нескольких недель до нескольких лет. Со временем тревога постепенно усиливается и начинает сопровождаться идеями смерти и отсутствия частей тела и органов. Данное состояние сопровождается повышенным риском совершением суицидных попыток. Дополнительными симптомами могут являться анальгезия и мутизм [24].

При длительном подавленном состоянии, ангедонии и самоуничтожении больной начинает представлять, что его не существует, тем самым, якобы смягчая душевную

боль. Ежедневно повторяя себе слова о собственной свершившейся смерти, человек начинает в это верить. Больные описывают своё состояние самыми невероятными выражениями: «внутри ничего не осталось», «весь живот забит зловонной слизью», «внутренности атрофировались». Они утверждают, что у них отсутствуют жизненно важные органы и функции (нет желудка, кишечника, пища пропадет непосредственно в брюшную полость и там накапливается, не переваривается, месяцами не бывает физиологических отравлений). Довольно часто пациенты с СК ждут «наказания», некой «кары» за свои грехи [26].

У части пациентов с СК появляется убеждение одновременно в собственной ущербности и величественности. Так, некоторые из них считают, что они посланники из потустороннего мира, призванные для того, чтобы приносить страдания и болезни. Другие верят в то, что заразили весь мир смертельным заболеванием, от которого всё живое на планете погибло. Затем состояние утяжеляется отвращением и ненавистью к себе. Такие пациенты часто наносят себе вред, или пытаются убить себя, оправдывая такое поведение тем, что их существование причиняет вред окружающему миру.

В тяжелых случаях у пациентов наблюдаются существенные психические изменения в виде галлюцинаций и бреда. Больные убеждены, что они уже умерли физически, а их органы в теле отсутствуют. При такой форме наблюдается бред отрицания не только своего естества, но и жизни в целом, при этом пациент может ощущать себя бессмертным. Так одна из пациенток Ж. Котара считала, что всё живое на планете давно погибло, а она осталась существовать, как «тело без души». Другой пациент утверждал: «Раньше у меня было сердце. Теперь что-то другое бьется вместо нет... У меня нет желудка, и я никогда не хочу есть. Когда я ем, я чувствую вкус пищи, но, после того как она прошла по пищеводу, не ощущаю уже ничего. Такое впечатление, что еда проваливается в пустоту». Галлюцинации при СК могут быть вкусовыми или обонятельными. В этих случаях пациенты убеждены, что они гниют, что их еда испортилась, им предлагают за место еды замаскированную грязь, фекалии или человеческое мясо. Больному начинается казаться, что от его внутренних органов исходит зловонный, гниющий запах.

Парадоксальным образом вероятность смерти представляется пациентам невозможной и ведет к развитию идей о бессмертии. Это вызывает у них сильнейшее отчаяние – жажда смерти, но быть обреченным на вечное существование, вследствие этого появляются суицидальные наклонности и некоторые пациенты склонны нанести себе травмы. Убежденность в том, что они обречены на вечную жизнь, толкает таких людей на отчаянные действия, сопровождающиеся попытками изощренного самоубийства или нанесением себе тяжелых увечий (пытаются проверить, насколько они бессмертны).

В.К.Каубиш выделил три варианта идей мучительного бессмертия: 1) логический, исходящий из ипохондрических идей отрицания: «нет органов - без органов жить невозможно, но я не умер, следовательно, я нико-

да не умру»; 2) идеи бессмертия как наказание; 3) бред бессмертия в совокупности с идеями отрицания: «ничего нет, значит, ничто не живет, значит, ничто не умирает».

Больные СК более нескольких десятков лет считают себя «ходячими мертвецами». Так, одна пациентка просила называть себя «Ноль», тем самым акцентируя свои нигилистические убеждения. Другая, при просьбе назвать свое имя, говорила: «В этом нет толку. Заверните это и выкиньте на помойку» [3].

У множества пациентов с синдромом Котара наблюдаются идеи громадности, которые разделяются на ипохондрические и депрессивные. Ипохондрическими являются идеи перерождения, лишения внутренних органов, «мой случай самый редкий, такого никогда не было и не будет». Депрессивный вариант характеризуется тем, что к бреду громадности присоединяются идеи вины - пациенты называют себя «преступниками, которых раньше не знала история». Так же к идеям громадности относятся идеи «физической громадности», пациенты «бесконечны в пространстве». Именно поэтому некоторые авторы называют бред Котара «меланхолической парафренией» (Joseph AB, 1986 год) [28].

Некоторые пациенты с СК слышат голос (чаще в рамках шизофрении), который рассказывает про мучительную смерть, ожидающую их в будущем. Зачастую галлюцинации имеют гиперболическую и гротескную окраску: больным являются всяческие демоны, монстры, повествующие об их никчемности и скорой смерти.

Поскольку синдром часто возникает в ассоциации с другими психотическими состояниями, симптомы этих специфических расстройств, вероятно, будут дополнены. В качестве примера можно привести нигилистические заблуждения, привитые на депрессивных расстройствах, часто связанные с другими характеристиками депрессивного эпизода, такого как потеря веса и сна, проблемы и синдром, связанный с органическим заболеванием часто ассоциируется с другими симптомами, такими как дезориентация или неврологические признаки. Длительность синдрома может варьироваться от недель до лет в зависимости от основного расстройства [32].

Лечение. Лечение Синдрома Котара обычно сложное, однако его можно эффективно лечить, если для каждого случая найдена подходящая фармакологическая комбинация. Главное в терапии - это устранить основное заболевание (шизофрения, БАР I типа, депрессия и др.). Лечение должно первоначально следовать текущим рекомендациям по лечению основных состояний, поскольку рандомизированных исследований синдрома Котара не проводится. Чаще всего используются антидепрессанты, такие как миртазапин (тетрациклический андидепрессант) или венлафаксин (СИОЗСиН), или нейролептики (чаще атипичные), такие как рипеспридон, оланзапин или арипипразол. Выбор каждого из этих препаратов (или комбинации обоих, если требуется) должен быть индивидуализирован для каждого случая, поскольку не существует надежного лечения для устранения синдрома Котара. Наиболее известная стратегия лечения синдрома Котара это электросудорожная терапия (ЭСТ). На осно-

вании классификации Bergios и Luque было высказано предположение, что ЭСТ показан пациентам с синдромом Котара и психотической депрессией, в то время как антипсихотические средства оказывают лучшее влияние при синдроме Котара I типа. При депрессивном расстройстве с психотическими признаками, ЭСТ (часто в сочетании с фармакотерапией) представляется наиболее поддерживаемой стратегией. Однако тяжелый дистресс может привести к значительному риску самоубийства, особенно у пациентов, страдающих от серьезного депрессивного расстройства. Это может противоречить заблуждению быть уже мертвым. Во время выздоровления этот риск может стать еще более выраженным, когда пациент станет более активным [25].

Отечественный психиатр Алексей Комиссаров описывает интересный клинический случай, демонстрирующий высокую эффективность ЭСТ у пожилого больного с тяжелой психотической депрессией, бредом Котара и полным отказом от еды и питья. В этом случае терапевтический эффект ЭСТ, проявившийся в нормализации пищевого поведения, уменьшении психотической симптоматики и ликвидации депрессивного ступора, был виден сразу после первого сеанса. Это позволило в дальнейшем подобрать пациенту эффективную терапию и быстро нормализовать психическое и соматическое состояние [4].

Прогноз. Полное выздоровление может происходить как спонтанно, так и внезапно, как его начало, даже в самых тяжелых случаях. Польские психиатры Енох и Третоуэн (1991 год, D. Enoch и W. B. Trethowan) связывают прогноз СК с лежащим в его основе расстройством. Когда нигилистические заблуждения входят в структуру психоорганического синдрома то, прогноз в таком случае благополучен и состояние имеет тенденцию к разрешению. Если же бред Котара рассматривается в рамках депрессивного расстройства, то есть вероятность длительной устойчивости данных переживаний, в то время как другие депрессивные признаки будут купированы. При этом обстоятельстве и в случаях хронизации бредовые идеи отрицания приобретают волнообразную форму течения, то есть усиливаются и уменьшаются в зависимости от периодических колебаний депрессивного расстройства. Если же СК входит в клиническую картину шизофрении, то данные бредовые идеи могут купироваться совместно с другими проявлениями болезни при адекватной терапии или так же приобретать стойкую клиническую выраженность в течение многих лет как часть хронического шизофренического состояния [24].

При недавнем сроке болезни, отсутствии грубых сопутствующих заболеваний, адекватной терапии возможно полное выздоровление или снижение выраженности симптомов. Если болезнь приобретает хроническое течение, то задачей лечения становится формирование ремиссии и постоянные поддерживающая терапия и наблюдение у врача психиатра [25].

Заключение

Несмотря на многолетнее изучение СК, в боль-

шинстве вопросах данной патологии остаётся много пробелов. До сих пор существуют разногласия в номенклатуре и классификации данного симптомо-комплекса, остаются во многом неясными этиопатогенетические аспекты развития этого синдрома. Дальнейшие нейровизуализационные исследования, вероятно, улучшат понимание СК. Исследования также могут помочь лучше понять депрессивный синдром, с которым часто ассоциируется синдром Котара. Хотя синдром встречается редко, необходимы более масштабные исследования для дальнейшего выяснения его патофизиологических основ и его связи с другими бредовыми расстройствами (например, с синдромом Капгра). Чтобы выяснить неопределенности в отношении эпидемиологии, клинической картины, сопутствующих заболеваний, вариантов лечения и прогноза, тщательная регистрация всех случаев может иметь большое значение. ■

Довгань Д.С. - студент III курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Южно-Уральский Государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск; *Енишова А.В.* - студентка III курса педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Южно-Уральский Государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск; *Семёнова Е.М.* – студентка VI курса лечебного факультета ФГБОУ ВО «Южно-Уральский Государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск; *Малинина Е. В.* – д. м. н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский Государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск; *Пилявская О.И.* – к. м. н., доцент кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский Государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск. Автор, ответственный за переписку: Довгань Д. С., 454028 г. Челябинск, ул. Толбухина 5, кв. 264, тел. 89000704020, e-mail: dd96@bk.ru

Литература:

1. Горина Е.А. Синдром Котара. История и современный взгляд // Журнал: Обзорение психиатрии и медицинской психологии №2, 2019 стр.13. URL:https://psychiatr.ru/files/magazines/2019_06_obozr_1426.pdf (Дата обращения 12.07.20)
2. Каубиш В.К. О бреде отрицания и синдроме Котара.—Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. —1964. —Т.63, No5. —С.876-882.
3. Каубиш В.К. О применении у больных с синдромом Котара электросудорожной терапии// Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова.—1962. —Т.62, No10. —С.1544-1548. (Дата обращения 19.07.20)
4. Комиссаров А.Г. Электросудорожная терапия инволюционного психоза с бредом Котара. Казанский мед. журн. 2007; 88 (1): стр.67–69. URL:<https://cyberleninka.ru/article/n/elektrosudorozhnaya-terapiya-involutsionnogo-psihoza-s-bredom-kotara/viewer> (Дата обращения 15.07.20)
5. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии.—М. Медицина.—1988. —С.107-108. (Дата обращения 7.08.20)
6. Ротштейн Г.А. Ипохондрическая шизофрения. - Москва-1961. - С.86.
7. Снежневский А.В. «Лекции по общей психопатологии» Лекция 3. ПСИХОПАТОЛОГИЯ ЧУВСТВЕННОГО ПОЗНАНИЯ (продолжение) 2017г. – стр. 208. URL:<http://1medcollege.ru/docs/metod/lenskih/snej.doc> (Дата обращения 17.08.20)
8. Снежневский А.В. Систематика форм шизофрении//Современные проблемы психоневрологии. — Москва. — 1960. —С.210
9. Стивен Джуан - история мозга. 1640 фактов. 2014г. стр. 60-61. URL:http://loveread.ec/read_book.php?id=73034&p=1 (Дата обращения 10.08.20)
10. Baeza I., Salvá J., Bernardo M. Cotard's syndrome in a young male bipolar patient// J Neuropsychiatry Clin Neurosci. — 2000. — No12. — P.119-120. (Дата обращения 14.08.20)
11. Berrios G.E., Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases// Act. Psychiatr. Scand.—1995.—No 91.—P.185-188. URL:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7625193/> (Дата обращения 14.07.20)
12. Breen N., Caine D., Coltheart M. The role of affect and reasoning in a patient with a delusion of misidentification// Cognitive Neuropsychiatry. — 2002. — No7 — P.113-137. (Дата обращения 19.07.20)
13. Butler P.V. Diurnal variation in Cotard's syndrome (copresent with Capgras delusion) following traumatic brain injury// Aust New Zeal J Psychiatr. —2000. —No 34. —P.684-687. (Дата обращения 14.08.20)
14. Camarero M., Real V. Síndrome de Cotard en adolescente// Psiquiatria Biologica. 1997, 4: 213-214. (Дата обращения 07.09.20)
15. Campbell S., Volow M.R., Cavenar J.O. Cotard's syndrome and the psychiatric manifestations of typhoid fever//Am J Psychiatry. —1981. — No138. — P.1377-1378. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7294199/> (Дата обращения 14.08.20)
16. Cannas A., Spissu A., Floris G.L. Bipolar affective disorder and Parkinson's disease: a rare, insidious and often unrecognized association// Neurological Sciences. —2002.—No23.—P.67-68. (Дата обращения 19.08.20)
17. Charland-Verville V, Bruno M-A, Bahri MA, Demertzi A, Desseilles M, Chatelle C, Vanhauudenhuysse A, Hustinx R, Bernard C, Tshibanda L, Laureys S, Zeman A, Brain dead yet mind alive: a positron emission tomography case study of brain metabolism in cotard's syndrome, CORTEX (2013), doi: 10.1016/j.cortex.2013.03.003. (Дата обращения 09.08.20)
18. Cohen D., Cottias C., Basquin M. Cotard's syndrome in

- a 15-year-old girl//*Acta Psychiatr Scand.* — 1997. — No95. — P.164-165. (Дата обращения 07.08.20)
19. Coltheart M., Langdon R., McKay R. Schizophrenia and monothematic delusions//*Schizophr. Bull.*—2007.— No33.—P.642-647.(Дата обращения 19.07.20)
 20. Coltheart M. The neuropsychology of delusions// *Ann NY Acad. Sci.*—2010. —1191.—P.16-26. (16.07.20)
 21. Cotard I. Etudes sur les maladies cerebrales et mentales// *Arch. Neurol. (Paris).* —1882. — No4. — P.152. (Дата обращения 12.07.20)
 22. Drs. Ramirez-Bermudez, Aguilar-Venegas, Crail-Melendez, Espinola-Nadurille, and Nente are affiliated with the Department of Neuropsychiatry at the National Institute of Neurology and Neurosurgery of Mexico in Mexico City, Mexico; Dr. Ramirez-Bermudez is also affiliated with the Faculty of Medicine at the National University of Mexico; Dr. Espinola-Nadurille is also affiliated with the Department of Social Psychiatry at the National Institute of Neurology and Neurosurgery of Mexico. Copyright 2010 American Psychiatric Publishing, Inc. (Дата обращения 27.07.20)
 23. Ellis H.D., Young A.W., Quayle A.H., de Pauw K.W. Reduced automatic responses to faces in Capgras delusion// *Proc. Biol. Sci.* — 1997. — No264. — P.1085-1092. (Дата обращения 09.08.20)
 24. Enoch D., Trethowan W. *Uncommon psychiatric syndromes, 4th edition.* Hodder Arnold.—London.— 2001.—P.211-212. (Дата обращения 12.07.20)
 25. Hans Debruynne., Michael Portzky., Frederique Van den Eynde., Kurt Audenaert. Cotard's Syndrome: A Review. *MIND & BRAIN, THE JOURNAL OF PSYCHIATRY* - P.67-70. URL:https://www.researchgate.net/publication/26241741_Cotard%27s_Syndrome_A_Review (Дата обращения 26.07.20)
 26. Hirstein W., Ramachandran V.S. Capgras syndrome: a novel probe for understanding the neutral representation of the identity and familiarity of persons//*Proc. Biol. Sci.*—1997.—No264. —P.437-444. (Дата обращения 08.08.20)
 27. Jesus Ramirez-Bermudez M.D., M.Sc. Luis C. Aguilar-Venegas M.D. Daniel Crail-Melendez M.D., M.Sc. Mariana Espinola-Nadurille M.D. Francisco Nente M.D. Mario F. Mendez M.D., Ph.D. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences: Cotard Syndrome in Neurological and Psychiatric Patient* Published Online: 1 Oct 2010 22(4):409-416. (Дата обращения 19.08.20) URL:https://www.researchgate.net/publication/47635827_Cotard_Syndrome_in_Neurological_and_Psychiatric_Patients (Дата обращения 1.08.20)
 28. Jesus Ramirez-Bermudez, M.D., M.Sc. Joseph AB, O'Leary DH. Brain atrophy and interhemispheric fissure enlargement in Cotard's syndrome//*J Clin. Psychiatr.*—1986. — No47. —P.518-520. (Дата обращения 14.07.20)
 29. Saavedra V. El syndrome de Cotard. Consideraciones psicopatologicas y nosograficas. *Rev Neuropsiquiatr.* 1968;11:175-211. (Дата обращения 19.08.20)
 30. Se glas J. Me lancholie anxieuse avec de lire des negations// *Progr. Med.* —1887. — No 46. —P.417-419. (Дата обращения 1.08.20)
 31. Sobre la psicosis y el valor pronostico del syndrome de Cotard. *Archivos Argentinos de Neurologia.* 1933;1:1-12. Unusual and Rare Psychological Disorders: A Handbook for Clinical Practice and Research (Brian A. Sharpless). (Дата обращения 20.09.20)
 32. Yamada K, Katsuragi S, Fujii I. A case study of Cotard's syndrome: stages and diagnosis. *Acta Psychiatr Scand* 1999 ; 100 :396-9. URL:<https://www.semanticscholar.org/paper/A-case-study-of-Cotard's-syndrome%3A-stages-and-Yamada-Katsuragi/56a61cff97ad0f95fc89b1c1e0ec808e9a23fa9> (Дата обращения 9.07.20)
 33. https://ru.m.wikipedia.org/wiki/Синдром_Котара (Дата обращения 1.07.20)