

## Синдром Котара. История и современный взгляд

Горина Е.А.

ФГБОУ «Северо-Западный государственный медицинский университет им.И.И. Мечникова»  
Минздрава Российской Федерации, Санкт-Петербург

**Резюме.** В настоящем обзоре собраны последние данные о синдроме Котара. Рассмотрен вопрос его нозологической принадлежности, представлены этиологические теории и эпидемиологические показатели. Описаны варианты развития клинической картины, представлены данные о результатах нейровизуализационных диагностических исследований.

**Ключевые слова:** бред отрицания, синдром Котара, нигилистический бред, бред громадности.

### Cotard syndrome. History and modern view

Gorina E.A.

I.I.Mechnikov Northwestern State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

**Summary:** In this review, we have collected the latest data on Cotard syndrome. The question of its nosological affiliation is considered, etiological theories and epidemiological indicators are presented. The options for the development of the clinical picture are described, data on the results of neuroimaging diagnostic studies are presented.

**Key words:** delusions of denial, Cotard syndrome, nihilistic delusions, delusions of immensity.

Синдром Котара (СК) является сложным и многогранным симптомокомплексом, наиболее яркой характеристикой которого, являются бредовые идеи отсутствия органов, существования после смерти или бессмертия. Несмотря на сложность и неоднородность клинической картины, данный синдром в настоящее время не включен DSM-5 и МКБ-10, его крайне редко вносят в формулировку диагноза. В течение более, чем 100 лет прошедших после его описания, он рассматривался как крайний вариант тревожной депрессии, как отдельное заболевание, как синдром, встречающийся при энцефалитах, травмах и опухолях головного мозга, послеродовой депрессии [12]. СК не может быть однозначно отнесен ни к одной категории существующей системы классификации. Современные данные, касающиеся СК, основаны главным образом на исследованиях отдельных случаев, и поэтому невозможно получить ясность в отношении различных аспектов синдрома, таких как распространенность, патогенез, лечение [60].

Вместе с тем правильная диагностика синдрома очень важна как в нозологическом аспекте, так и для прогнозирования течения психического заболевания. В данном обзоре рассмотрены исторические, этиологические и эпидемиологические аспекты, классификация и клиническая характеристика, рассмотрены варианты прогноза СК.

**Историческая справка.** Данный термин предложил E.Regis в 1893 году в честь впервые описавшего данный симптомокомплекс J. Cotard, который опубликовал свои данные в 1882 году в статье «О бреде отрицаний» [25]. Помимо термина «бред Котара» в отечественной психиатрии так же используются следующие варианты: «бред отрицания», «синдром Котара», «нигилистический бред», «меланхолический бред воображения», «мегаломеланхолический бред» [4].

Стоит отметить, что отдельные клинические проявления данного явления были известны ранее. По данным G.E. Berrios и R. Luque в 1788 году C. Bonnet сообщил о своей пациентке, утверждавшей, что она мертва, а в 1838 году J.-E. Esquirol так же описал пять подобных случаев из своей практики [12].

**Эпидемиология.** Точная частота встречаемости СК в настоящее время неизвестна. В 2010 году группа авторов провела исследование среди пожилого населения Гонконга, по результатам которого у 2 из 349 пациентов был установлен СК, что соответствовало 0,57% встречаемости среди данной популяции [6].

В 2006 году в Мексике завершилось двухгодичное скрининговое исследование, которое показало, что у 0,62% первичных психиатрических пациентов и у 0,11% неврологических пациентов был диагностирован СК [53].

G.E. Berrios и R. Luque, проанализировав 100 случаев СК, установили, что средний возраст пациентов с данной клинической картиной равен 56 годам [12]. В 2007 году анализ 138 случаев молодых людей выявил средний возраст 18,7 лет [24]. В последние годы описаны случаи СК у подростков и детей дошкольного возраста [11, 21, 35, 58, 61].

СК встречается в структуре многих заболеваний, таких как депрессивное расстройство, послеродовая депрессия, биполярное расстройство, деменция, шизофрения, послеоперационная депрессия [17, 18, 21, 26, 29, 32, 39, 40, 44, 47, 48, 50, 56]. Так же СК может отмечаться у пациентов с мигренью, черепно-мозговыми травмами, опухолями головного мозга, эпилепсией, рассеянным склерозом, болезнью Паркинсона [13, 16, 20, 28, 33, 36, 51, 52, 62]. Описаны случаи СК при брюшном тифе и длительном голодании [19, 59].

**Этиология.** В отечественной психиатрии СК традиционно рассматривался в рамках депрессивных психозов пожилого возраста.

В настоящее время подчеркивается роль экзогенного фактора при возникновении СК. Это находит свое подтверждение в сообщениях о клиническом проявлении данного феномена у лиц перенесших черепно-мозговые травмы, страдающих прогрессивным параличом и т.д.

В 1986 году, проанализировав 8 КТ-снимков головного мозга пациентов с СК, А.В. Joseph и D.H. O'Leary выяснили, что у них отмечается увеличение межполушарной щели, которая может указывать на медиальную атрофию лобной доли [43]. Исследование МРТ-снимков пациентов с признаками СК выявили наличие билатеральной церебральной атрофии и расширение силвиевой борозды, межполушарной щели и боковых желудочков [59]. Так же есть сведения о наличии повреждений в височно-паритетальных областях иногда в сочетании с поражением лобной доли [45].

В некоторых исследованиях установлено отсутствие каких-либо морфологических и структурных нарушений головного мозга при наличии клинического проявления СК [45].

В целом, данные исследования указывают на важную роль повреждений лобных, паритетальных и височных долей в развитии клинических проявлений СК [41]. 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.

**Коморбидные факторы.** Некоторые авторы анализируют деперсонализацию как главную и необходимую составляющую формирования СК [55]. Становление СК рассматривают вместе с развитием синдрома Капгра. В основе появления данных синдромов лежат нарушения обработки информации о распознавании лиц и тел. При отсутствии чувства знакомости состояние пациентов может осложниться деперсонализационными и дереализационными переживаниями [64].

Немецкие психиатры объясняли отличие деперсонализации от СК тем, что в первом случае переживается отчуждение тела или его части, а во втором — полное отсутствие [27].

Так же 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 [15, 30, 42].

Для пациентов с СК было установлено отсутствие дифференциального автономного ответа на различные раздражители, т.е. вообще не были за-

фиксированы 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 знакомое ранее и принимали достоверно незнакомое за хорошо известное. С этой точки зрения СК расценивают как более тяжелое психопатологические состояние по сравнению с синдромом Капгра [22, 23].

**Клиническая картина.** Клиническая картина и психопатологическая динамика данного СК весьма многообразна. В 1884 году J. Seglas выделил следующие составляющие в структуре развернутого СК: 1. Бред отрицания. 2. Бред бессмертия и громадности, 3. Обычный меланхолический бред, идеи проклятия и одержимости. 4. Анальгезии или гиперальгезии. 5. Наличие тревоги, страха, бессмысленного сопротивления, мутизма, суицидных попыток [55]. J. Cotard описал свое 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 отдельные 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» [25].

Так заканчивается «созревание» бреда отрицания, который в свою очередь может повлиять либо на саму личность пациента, либо на восприятие пациентом внешнего мира. В первом варианте бред отрицания принимает ипохондрическую форму «у меня нет сердца, нет мозга». В дальнейшем данное состояние может дополниться ипохондрическими идеями мучительного бессмертия, так же появляются элементы громадности.

В.К. Каубиш более подробно изучил и выделил 3 варианта идей мучительного бессмертия: 1) логический, исходящий из ипохондрических идей отрицания: «нет органов-без органов жить невозможно, но я не умер, следовательно, я никогда не умру». 2) идеи бессмертия как наказание и 3) бред бессмертия в совокупности с идеями отрицания: «ничего нет, значит, ничто не живет, значит, ничто не умрет» [42].

Идеи громадности 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» [43]. Именно поэтому

некоторые авторы называют бред Котара «меланхолической парафренией». Так же С.С. Корсаков называл этот феномен идеями величия с отрицательным знаком.

Во втором варианте, когда происходит отрицание внешнего мира, так же возможно два пути развития. Первый это идеи гибели мира, разрушения городов и апокалипсиса, наступивших по вине пациента. Второй — идеи отрицания, носящие «абстрактный» характер и не сопровождающиеся идеями вины. «Мир не существует, никаких планет, ничего нет».

Независимо от J. Cotard в 1892 году в России В.П. Сербский описал признаки телесного нигилистического бреда, в который вошли фантастические идеи повреждения собственных органов, их полное отсутствие («сгнила печень») [8].

Описание развития СК, представленное в 1991 году D. Enoch и W. B. Trethowan, в настоящее время считается наиболее структурированным. На ранних стадиях бред Котара характеризуется смутным чувством тревоги, продолжительностью 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 [32].

**Классификация** Что касается классификации, то первая попытка в решении данного вопроса принадлежит O. Loudet и D.L. Martinez, которые выделили неструктурированный отрицательный делирий, связанный с алкоголизацией, деменцией и параличом, а так же «реальный» бред Котара, обнаруженный ими только в случаях «оскорбительной меланхолии и хронической ипохондрии» [46].

В 1968 году V.Saavedra предложил разделение СК на 3 типа: депрессивный, смешанный и шизофренический. К «подлинному» СК он относил лишь депрессивный вариант, остальные два варианта он называл «псевдонигилистическим» или «псевдо-Котаром» [54].

Используя ретроспективный анализ 100 случаев, СК G.E. Berrios и R. Luque выделили три типа

данного симптомокомплекса: первый тип в структуре психотической депрессии, который характеризуется тревогой, идеями вины и слуховыми галлюцинациями, второй тип (Котар I) характеризуется с ипохондрическими и нигилистическими заблуждениями и отсутствием депрессивных эпизодов. Третий вариант (Котар II) сопровождается тревогой, депрессией, слуховыми галлюцинациями, идеями бессмертия [12].

Так же по особенностям развития выделяют острый (преимущественно при приступообразных психозах) и хронический (при непрерывном течении) СК.

**Прогноз.** Восстановление может наступить спонтанно и внезапно. Известно, что если нигилистические идеи входят в структуру психоорганического синдрома, то прогноз расценивают как благоприятный. 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. В случае хронизации бредовые идеи отрицания приобретают волнообразную форму течения, усиливаясь в периоды обострения депрессивной симптоматики. Если же СК входит в клиническую картину шизофрении, то данные бредовые идеи могут купироваться совместно с другими проявлениями болезни или так же приобретать стойкую клиническую выраженность [27, 31, 43].

Таким образом, несмотря на многолетнее изучение СК в наших знаниях о СК остается много пробелов. До сих пор существуют разногласия в номенклатуре и классификации данного симптомокомплекса. Только недавно начали появляться работы с результатами нейровизуализационных диагностических методов и выявление новых закономерностей. Что касается клинических проявлений, то данный синдром является нозонеспецифическим, как и большая часть синдромов в психиатрии. Бред Котара чрезвычайно многогранен и широк в своем проявлении, ярк и порой весьма скоротечен. Однако до сих пор остаются во многом неясными этиопатогенетические аспекты развития столь интересного и необычайного синдрома.

### Литература

1	Завилянский И.Я., Блейхер В.М., Крук И.В., Завилянская Л.И. Психиатрический диагноз//К.: Выща шк. — 1989. —С.193-196	Zavilyanskij I.Y.A., Blejker V.M., Kruk I.V., Zavylyanskaya L.I. Psikiatricheskij diagnost. K.: Vyshha shk., 1989:193-196. (In Rus.).
2	Каубиш В.К. О применении у больных с синдромом Котара электросудорожной терапии// Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. — 1962. —Т.62, №10. —С.1544-1548.	Kaubish V.K. On the use of electroconvulsive therapy in patients with Cotard's syndrome. Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 1962, 62 (10): 1544-1548. (In Rus.).
3	Каубиш В.К. О бреде отрицания и синдроме Котара. — Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. —1964. —Т.63, №5. — С.876-882.	Kaubish V.K. About the delusion of denial and Cotard's syndrome. Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 1964, 63,(5): 876-882. (In Rus.).

4	Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. — М. Медицина. — 1988. — С.107-108.	Morozov G.V. Rukovodstvo po psikiatrii. M.: Meditsina, 1988: 107-108 (In Rus.).
5	Морозова Т.Н., Шумский Н.Г. Клиника инволюционной меланхолии и ее зависимость от возрастного фактора // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. — 1966. — Т.66, №3. — С.598-607.	Morozova T.N., Shumskij N.G. Clinic of involutional melancholia and its dependence on age factor. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 1966, 66: 598-607. (In Rus.).
6	Ротштейн Г.А. Ипохондрическая шизофрения. — Москва — 1961. — С.86.	Rotshtejn G.A. Ipokhondricheskaya shizofreniya. Moskva. 1961:86. (In Rus.).
7	Рыбальский М.И. Бред. — М. Медицина. — 1993. — С.254-260.	Rybal'skij M.I. Bred. M.: Meditsina. 1993: 254-260. (In Rus.).
8	Сербский В. П. Обзор отчётов о состоянии заведений для душевнобольных в России за 1890—1900 годы // Мед. обозрение. — 1893. — №6 — С.555.	Serbskij V. P. Overview of reports on the state of institutions for the mentally ill in Russia for the years 1890-1900. Med. Obozrenie. 1893, 6: 555. (In Rus.).
9	Снежневский А.В. Систематика форм шизофрении // Современные проблемы психоневрологии. — Москва. — 1960. — С.210.	Snezhnevskij A.V. Systematics of schizophrenia. Sovremennye problemy psikhonevrologii. Moskva. 1960: 210. (In Rus.).
10	Штенберг Э.Я., Шумский Н.Г. О некоторых формах депрессий старческого возраста // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. — 1959. — Т.59, №11. — С.1291-1298.	Shtenberg E.Ya., Shumskij N.G. About some forms of depressions of old age. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 1959, 59 (11):1291-1298. (In Rus.).
11	Baeza I., Salvá J., Bernardo M. Cotard's syndrome in a young male bipolar patient // J Neuropsychiatry Clin Neurosci. — 2000. — №12. — P.119-120.	Baeza I., Salvá J., Bernardo M. Cotard's syndrome in a young male bipolar patient. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2000, 12: 119-120.
12	Berrios G.E., Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases // Act. Psychiatr. Scand. — 1995. — № 91. — P.185-188.	Berrios G.E., Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. Act. Psychiatr. Scand. 1995, 91: 185-188.
13	Bhatia M.S. Cotard syndrome in parietal lobe tumor // Ind J Pediatrics. — 1993. — № 30 — P.1019-1021.	Bhatia M.S. Cotard syndrome in parietal lobe tumor. Ind J Pediatrics. 1993, 30: 1019-1021.
14	Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Verlag von Julius Springer. — Berlin. — 1916. — P.600.	Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Verlag von Julius Springer. Berlin, 1916: 600.
15	Breen N., Caine D., Coltheart M. The role of affect and reasoning in a patient with a delusion of misidentification // Cognitive Neuropsychiatry. — 2002. — №7 — P.113-137.	Breen N., Caine D., Coltheart M. The role of affect and reasoning in a patient with a delusion of misidentification. Cognitive Neuropsychiatry. 2002, 7:113-137.
16	Butler P.V. Diurnal variation in Cotard's syndrome (copresent with Capgras delusion) following traumatic brain injury // Aust New Zeal J Psychiatr. — 2000. — № 34. — P.684-687.	Butler P.V. Diurnal variation in Cotard's syndrome (copresent with Capgras delusion) following traumatic brain injury. Aust New Zeal J Psychiatr. 2000, 34: 684-687.
17	Caliyurt O., Vardar E., Tuglu C. Cotard's syndrome with schizophreniform disorder can be successfully treated with electroconvulsive therapy: case report // J Psychiatry Neuroscience. — 2004. — №29. — P.138-141.	Caliyurt O., Vardar E., Tuglu C. Cotard's syndrome with schizophreniform disorder can be successfully treated with electroconvulsive therapy: case report. J Psychiatry Neuroscience. 2004, 29: 138-141.
18	Camarero M., Real V. Syndrome de Cotard en adolescente // Psiquiatria Biologica. — 1997. — №4. — P.213-214.	Camarero M., Real V. Syndrome de Cotard en adolescente. Psiquiatria Biologica. 1997, 4: 213-214.
19	Campbell S., Volow M.R., Cavenar J.O. Cotard's syndrome and the psychiatric manifestations of typhoid fever // Am J Psychiatry. — 1981. — №138. — P.1377-1378.	Campbell S., Volow M.R., Cavenar J.O. Cotard's syndrome and the psychiatric manifestations of typhoid fever. Am J Psychiatry. 1981, 138: 1377-1378.
20	Cannas A., Spissu A., Floris G.L. Bipolar affective disorder and Parkinson's disease: a rare, insidious and often unrecognized association // Neurological Sciences. — 2002. — №23. — P.67-68.	Cannas A., Spissu A., Floris G.L. Bipolar affective disorder and Parkinson's disease: a rare, insidious and often unrecognized association. Neurological Sciences. 2002, 23: 67-68.

21	Cohen D., Cottias C., Basquin M. Cotard's syndrome in a 15-year-old girl//Acta Psychiatr Scand. — 1997. — №95. — P.164-165.	Cohen D., Cottias C., Basquin M. Cotard's syndrome in a 15-year-old girl. Acta Psychiatr Scand. 1997, 95(2): 164-165.
22	Coltheart M., Langdon R., McKay R. Schizophrenia and monothematic delusions// Schizophr. Bull. — 2007. — №33. — P.642-647.	Coltheart M., Langdon R., McKay R. Schizophrenia and monothematic delusions. Schizophr. Bull. 2007, 33:642-647.
23	Coltheart M. The neuropsychology of delusions// Ann NY Acad. Sci. — 2010. — 1191. — P.16-26.	Coltheart M. The neuropsychology of delusions. Ann NY Acad. Sci. 2010, 1191:16-26.
24	Consoli A., Soultanian C., Tanhuy M, et al. Cotard's syndrome in adolescents and young adults is associated with an increased risk of bipolar disorder// Bipolar Disord. — 2007. — №9. — P.665-668.	Consoli A., Soultanian C., Tanhuy M, et al. Cotard's syndrome in adolescents and young adults is associated with an increased risk of bipolar disorder. Bipolar Disord. 2007, 9: 665-668.
25	Cotard I. Etudes sur les maladies cerebrales et mentales// Arch. Neurol. (Paris). — 1882. — №4. — P.152.	Cotard I. Etudes sur les maladies cerebrales et mentales. Arch. Neurol. (Paris). 1882, 4:152.
26	Chiu H.F.K. Cotard's syndrome in psychogeriatric patients in Hong Kong// Gen Hosp. Psychiatry. — 1995. — №17. — P.54-55.	Chiu H.F.K. Cotard's syndrome in psychogeriatric patients in Hong Kong. Gen Hosp. Psychiatry. 1995, 17: 54-55.
27	Debruyne H., Portzky M., Van den Eynde F, Audenaert K. Cotard's syndrome: a review//Curr Psychiatry Rep. — 2009. — №11. — P.197-202. DOI:10.25752/PSI.6296	Debruyne H., Portzky M., Van den Eynde F, Audenaert K. Cotard's syndrome: a review. Curr Psychiatry Rep. 2009, 11(3):197-202. DOI:10.25752/PSI.6296
28	Drake M.E.J. Cotard's syndrome and temporal lobe epilepsy// Psych J Univ. Ottawa. — 1998. — №13. — P.36-39.	Drake M.E.J. Cotard's syndrome and temporal lobe epilepsy. Psych J Univ. Ottawa. 1988,13: 36-39.
29	De Risio S., De Rossi G., Sarchiapone M. A case of Cotard syndrome: 123I-IBZM spect imaging of striatal D2 receptor binding// Psychiatry Research. — 2004. — №130. — P.109-112.	De Risio S., De Rossi G., Sarchiapone M. A case of Cotard syndrome: 123I-IBZM spect imaging of striatal D2 receptor binding. Psychiatry Research. 2004, 130: 109-112.
30	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. — №264. — P.1085-1092.	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, 264:1085-1092.
31	Enoch D., Trethowan W. Cotard's syndrome// Uncommon Psychiatric Syndromes 3rd ed. Oxford: Butterworth & Heinemann. — 1991. — P.162-183.	Enoch D., Trethowan W. Cotard's syndrome. Uncommon Psychiatric Syndromes 3rd ed. Oxford: Butterworth & Heinemann. 1991:162-183.
32	Enoch D., Trethowan W. Uncommon psychiatric syndromes, 4th edition. Hodder Arnold. — London. — 2001. — P.211-212.	Enoch D., Trethowan W. Uncommon psychiatric syndromes, 4th edition. Hodder Arnold. London. 2001: 211-212.
33	Factor S.A, Molho E.S. Threatening auditory hallucinations and Cotard syndrome in Parkinson disease// Clin Neuropharm. — 2004. — №27. — P.205-207.	Factor S.A, Molho E.S. Threatening auditory hallucinations and Cotard syndrome in Parkinson disease. Clin Neuropharm. 2004, 27: 205-207.
34	Falret J.P. Mémoire sur la folie circulaire// Bulletin de l'Académie Imperiale de Médecine. — 1854. — №19. — P.382-400.	Falret J.P. Mémoire sur la folie circulaire. Bulletin de l'Académie Imperiale de Médecine. 1854, 19: 382-400.
35	Fillastre M., Fontaine A., Depecker L. 5 cases of Cotard's syndrome in adolescents and young adults; symptoms of bipolar manic-depressive psychosis//L'Encéphale. — 1992. — №18. — P.65-66.	Fillastre M., Fontaine A., Depecker L. 5 cases of Cotard's syndrome in adolescents and young adults; symptoms of bipolar manic-depressive psychosis. L'Encéphale. 1992, 18:65-66.
36	Gardner-Thorpe C., Pearn J. The Cotard syndrome. Report of two patients: with a review of the extended spectrum of 'délire des négations'// Eur J Neurol. — 2004. — №11. — P.563-566.	Gardner-Thorpe C., Pearn J. The Cotard syndrome. Report of two patients: with a review of the extended spectrum of 'délire des négations'. Eur J Neurol. 2004, 11:563-566.

37	Guiraud P. L'avenir de la clinique psychiatrique// <i>Psychiatrie Clinique Paris</i> . — 1956. — P.326.	Guiraud P. L'avenir de la clinique psychiatrique. <i>Psychiatrie Clinique Paris</i> . 1956: 326.
38	Halligan P.W., Marshall J.C., eds. <i>Method in Madness: Case Studies in Cognitive Neuropsychiatry</i> // Hove, East Sussex: Taylor & Francis. — 1996. — P.147-171.	Halligan P.W., Marshall J.C., eds. <i>Method in Madness: Case Studies in Cognitive Neuropsychiatry</i> . Hove, East Sussex: Taylor & Francis. 1996:147-171.
39	Hamon J.M., Ginestet D. <i>Delusions of negation: 4 case reports</i> // <i>Ann Médico-Psychologiques</i> . — 1994. — №152. — P. 425- 443.	Hamon J.M., Ginestet D. <i>Delusions of negation: 4 case reports</i> . <i>Ann Médico-Psychologiques</i> . 1994, 152: 425- 443.
40	Hansen S.E., Bolwig T.G. <i>Cotard syndrome: an important manifestation of melancholia</i> // <i>Nord J Psychiatry</i> . — 1998. — №52. — P.459-464.	Hansen S.E., Bolwig T.G. <i>Cotard syndrome: an important manifestation of melancholia</i> . <i>Nord J Psychiatry</i> . 1998, 52: 459-464.
41	Hashioka S., Morji A., Sasaki M., Yoshida I., Baba K., Tashiro N. <i>A patient with Cotard syndrome who showed an improvement in single photonemission computed tomography findings after successful treatment with antidepressants</i> // <i>Clin. Neuropharmacol</i> . — 2002. — №25. — P.276-279.	Hashioka S., Morji A., Sasaki M., Yoshida I., Baba K., Tashiro N. <i>A patient with Cotard syndrome who showed an improvement in single photonemission computed tomography findings after successful treatment with antidepressants</i> . <i>Clin. Neuropharmacol</i> . 2002, 25: 276-279.
42	Hirstein W., Ramachandran V.S. <i>Capgras syndrome: a novel probe for understanding the neutral representation of the identity and familiarity of persons</i> // <i>Proc. Biol. Sci</i> . — 1997. — №264. — P.437-444.	Hirstein W., Ramachandran V.S. <i>Capgras syndrome: a novel probe for understanding the neutral representation of the identity and familiarity of persons</i> . <i>Proc. Biol. Sci</i> . 1997, 264:437-444.
43	Joseph AB, O'Leary DH. <i>Brain atrophy and interhemispheric fissureenlargement in Cotard's syndrome</i> // <i>J Clin. Psychiatr</i> . — 1986. — №47. — P.518-520.	Joseph AB, O'Leary DH. <i>Brain atrophy and interhemispheric fissureenlargement in Cotard's syndrome</i> . <i>J Clin. Psychiatr</i> . 1986, 47: 518-520.
44	Kondo S., Hayashi H., Equchi. <i>Bromocriptine augmentation therapy in a patient with Cotard's syndrome</i> // <i>Prog Neuropsychopharmacol Biol. Psychiatry</i> . — 2003. — №27. — P.719-721.	Kondo S., Hayashi H., Equchi. <i>Bromocriptine augmentation therapy in a patient with Cotard's syndrome</i> . <i>Prog Neuropsychopharmacol Biol. Psychiatry</i> . 2003, 27:719-721.
45	Kundlur S.N.C., George S., Jaimon M. <i>An overview of the neurological correlates of Cotard syndrome</i> // <i>Eur. J Psychiat</i> . — 2007. — №21. — P.99-116.	Kundlur S.N.C., George S., Jaimon M. <i>An overview of the neurological correlates of Cotard syndrome</i> . <i>Eur. J Psychiat</i> . 2007, 21: 99-116.
46	Loudet O., Martinez D.L. <i>Sobre la psicoénesis y el valor pronostico del síndrome de Cotard</i> // <i>Arch Argent Neuro</i> . — 1933. — №1. — P.1-12.	Loudet O., Martinez D.L. <i>Sobre la psicoénesis y el valor pronostico del síndrome de Cotard</i> . <i>Arch Argent Neuro</i> . 1933, 1: 1-12.
47	Madani Y., Sabbe B.G.C. <i>Het Cotard syndroom Differentiële behandeling volgens subclassificatie</i> // <i>Tijdschrift voor Psychiatrie (Dutch J Psychiat)</i> . — 2007. — №49. — P.49-53.	Madani Y., Sabbe B.G.C. <i>Het Cotard syndroom Differentiële behandeling volgens subclassificatie</i> . <i>Tijdschrift voor Psychiatrie (Dutch J Psychiat)</i> . 2007, 49:49-53.
48	Mendhekar D.N, Gupta N. <i>Recurrent postictal depression with Cotard delusion</i> // <i>Ind J Pediatrics</i> . — 2005. — №72. — P. 529-531.	Mendhekar D.N, Gupta N. <i>Recurrent postictal depression with Cotard delusion</i> . <i>Ind J Pediatrics</i> . 2005, 72: 529-531.
49	Moschopoulos N.P., Kaprinis S., Nimatoudis J. <i>Cotard's syndrome: Case report and a brief review of literature</i> // <i>Psychiatriki</i> . — 2016. — №27. — P.296-302.	Moschopoulos N.P., Kaprinis S., Nimatoudis J. <i>Cotard's syndrome: Case report and a brief review of literature</i> . <i>Psychiatriki</i> . 2016, 27(4): 296-302.
50	Nejad A.G., Toofani K. <i>Coexistence of lycanthropy and Cotard's syndrome in a single case</i> // <i>Acta Psychiat Scand</i> . — 2005. — №111. — P.250-252.	Nejad A.G., Toofani K. <i>Coexistence of lycanthropy and Cotard's syndrome in a single case</i> . <i>Acta Psychiat Scand</i> . 2005, 111:250-252.
51	Paulig M., Böttger S., Sommer M. <i>Depersonalization syndrome after acquired brain damage. Overview based on 3 case reports and the literature and discussion of etiological models</i> // <i>Nervenarzt</i> . — 1998. — №69. — P.1100-1106.	Paulig M., Böttger S., Sommer M. <i>Depersonalization syndrome after acquired brain damage. Overview based on 3 case reports and the literature and discussion of etiological models</i> . <i>Nervenarzt</i> . 1998, 69: 1100-1106.

52	<i>Pearn J., Gardner-Thorpe C. A biographical note on Marcel Proust's Professor Cottard// J. Med. Biography. — 2003. — №11. — P.103-106.</i>	<i>Pearn J., Gardner-Thorpe C. A biographical note on Marcel Proust's Professor Cottard. J. Med. Biography. 2003, 11: 103-106.</i>
53	<i>Ramirez-Bermudez J., Aguilar-Venegas L.C., Crail-Melendez D., Espinola-Nadurille M., Nente F., Mendes M.F. Cotard syndrome in neurological and psychiatric patients// J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. — 2010. — №22. — P. 409-416.</i>	<i>Ramirez-Bermudez J., Aguilar-Venegas L.C., Crail-Melendez D., Espinola-Nadurille M., Nente F., Mendes M.F. Cotard syndrome in neurological and psychiatric patients. J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 2010, 22: 409-416.</i>
54	<i>Saavedra V. Cotard syndrome. Consideraciones psicopatologicas y nosograficas// Rev. Neuropsiquiatr. — 1968. — №11. — P.175-211.</i>	<i>Saavedra V. Cotard syndrome. Consideraciones psicopatologicas y nosograficas. Rev. Neuropsiquiatr. 1968, 11:175-211.</i>
55	<i>Se'glas J. Me'lanchole anxieuse avec de'lire des negations// Progr. Med. — 1887. — № 46. — P.417-419.</i>	<i>Se'glas J. Me'lanchole anxieuse avec de'lire des negations. Progr. Med. 1887, 46: 417-419.</i>
56	<i>Sharma V., Biswas D. Cotard's syndrome in post-surgical patients// J. Neuropsychiatry Clin Neurosci. — 2012. — №24. — P.42-43.</i>	<i>Sharma V., Biswas D. Cotard's syndrome in post-surgical patients. J. Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2012, 24(4): 42-43.</i>
57	<i>Silva J.A., Leong G.B., Weinstock R. A case of Cotard's syndrome associated with self-starvation// J. Forensic Sciences. — 2000. — №45. — P.188-190. DOI:10.25752/PSI.6296</i>	<i>Silva J.A., Leong G.B., Weinstock R. A case of Cotard's syndrome associated with self-starvation. J. Forensic Sciences. 2000, 45: 188-190. DOI:10.25752/PSI.6296</i>
58	<i>Soultanian C., Perisse D., Re'vah-Levy A., Luque R., Mazet P., Cohen D. Cotard's syndrome in adolescents and young adults: a possible onset of bipolar disorder requiring a mood stabilizer?// J. Child Adolesc. Psychopharmacol. — 2005. — №15. — P.706-711.</i>	<i>Soultanian C., Perisse D., Re'vah-Levy A., Luque R., Mazet P., Cohen D. Cotard's syndrome in adolescents and young adults: a possible onset of bipolar disorder requiring a mood stabilizer? J. Child Adolesc. Psychopharmacol. 2005, 15:706-711.</i>
59	<i>Swamy N.C.K., Sanju G., Mathew J. An overview of the neurological correlates of Cotard syndrome// Eur.J Psychiat. — 2007. — №21. — P.99-116.</i>	<i>Swamy N.C.K., Sanju G., Mathew J. An overview of the neurological correlates of Cotard syndrome. Eur.J Psychiat. 2007, 21: 99-116.</i>
61	<i>Yalin S., Varol Tas F., Gu'venir T. The coexistence of Capgras, Fregoli and Cotard's syndromes in an adolescent case// Arch Neuropsychiatry. — 2008. — №45. — P.149-151.</i>	<i>Yalin S., Varol Tas F., Gu'venir T. The coexistence of Capgras, Fregoli and Cotard's syndromes in an adolescent case. Arch Neuropsychiatry. 2008, 45: 149-151.</i>
62	<i>Young A.W., Robertson I.H., Hellowell D.J. Cotard delusion after brain injury// Psychol Medicine. — 1992. — №22. — P. 799-804.</i>	<i>Young A.W., Robertson I.H., Hellowell D.J. Cotard delusion after brain injury. Psychol Medicine. 1992, 22: 799-804.</i>
63	<i>Young A.W., Leafhead K.M., Szulecka T.K. The Capgras and Cotard delusions// Psychopathology. — 1994. — №27. — P. 226- 231.</i>	<i>Young A.W., Leafhead K.M., Szulecka T.K. The Capgras and Cotard delusions. Psychopathology. 1994, 27:226- 231.</i>
64	<i>Young A.W., Leafhead K.M. Betwixt life and death: case studies of Cotard delusion// I Hove, East Sussex: Taylor &amp; Francis. — 1996. — P.147-171.</i>	<i>Young A.W., Leafhead K.M. Betwixt life and death: case studies of Cotard delusion. I Hove, East Sussex: Taylor &amp; Francis. 1996: 147-171.</i>

## Сведения об авторе

**Горина Елена Александровна** — клинический ординатор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава Российской Федерации. E-mail: lenkom39006@mail.ru