

# Синдром Котара в юношеском возрасте

**И.В. Олейчик<sup>1</sup>**, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ([i.oleichik@mail.ru](mailto:i.oleichik@mail.ru)), ORCID 0000-0002-8344-0620;

**А.В. Шишкина<sup>1</sup>**, клинический ординатор отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ([shishkinarnimu@gmail.com](mailto:shishkinarnimu@gmail.com)), ORCID: 0009-0005-1111-4251;

**П.А. Баранов<sup>1</sup>**, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ([pab1960@mail.ru](mailto:pab1960@mail.ru)), ORCID 0000-0002-4423-4007;

**С.В. Сизов<sup>1</sup>**, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ([sizov.stepan@list.ru](mailto:sizov.stepan@list.ru)), ORCID 0000-0002-8213-5122.

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр психического здоровья» (115522, Москва, Каширское ш., 34).

В статье представлен клинический случай синдрома Котара (СК), развившегося у пациентки юношеского возраста в рамках шизоаффективного расстройства. Интерес к приведенному случаю вызван редкостью возникновения СК в указанный возрастной период и отсутствием в литературе данных о прогнозе и особенностях терапевтических подходов к этим состояниям в юности. Установлена резистентность к традиционной психофармакотерапии и высокая эффективность электрошоковой терапии в подобных случаях. Делается вывод о возможности благоприятного прогноза течения психических заболеваний с картиной СК в данном возрасте.

**Ключевые слова:** синдром Котара, юношеский возраст, психоз, шизоаффективное расстройство, психофармакотерапия, ЭСТ.

## Cotard's syndrome in adolescence

**I.V. Oleichik<sup>1</sup>**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department for the Study of Endogenous Mental Disorders and Affective States ([i.oleichik@mail.ru](mailto:i.oleichik@mail.ru)), ORCID: 0000-0002-8344-0620;

**A.V. Shishkina<sup>1</sup>**, Clinical Resident of the Department for the Study of Endogenous Mental Disorders and Affective States ([shishkinarnimu@gmail.com](mailto:shishkinarnimu@gmail.com)), ORCID: 0009-0005-1111-4251;

**P.A. Baranov<sup>1</sup>**, Candidate of Medical Sciences, Leading Researcher at the Department for the Study of Endogenous Mental Disorders and Affective States ([pab1960@mail.ru](mailto:pab1960@mail.ru)), ORCID: 0000-0002-4423-4007;

**S.V. Sizov<sup>1</sup>**, Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher at the Department for the Study of Endogenous Mental Disorders and Affective States ([sizov.stepan@list.ru](mailto:sizov.stepan@list.ru)), ORCID: 0000-0002-8213-5122.

<sup>1</sup> Federal State Budgetary Scientific Institution "Scientific Center for Mental Health" (34 Kashirskoe Shosse, Moscow, 115522).

This article presents a clinical case of Cotard's syndrome, which developed in a young adult female patient as part of schizoaffective disorder. This case is of interest due to the rarity of Cotard's syndrome in this age group and the lack of literature on the prognosis and therapeutic approaches to these conditions in adolescence. Resistance to traditional psychopharmacotherapy and the high efficacy of electroconvulsive therapy in such cases have been demonstrated. It is concluded that a favorable prognosis for mental illnesses with a schizoaffective syndrome presentation at this age is possible.

**Keywords:** Cotard's syndrome, adolescence, psychosis, schizoaffective disorder, psychopharmacotherapy, ECT.

Синдром Котара (СК) — это расстройство, основным проявлением которого являются бредовые идеи отсутствия, гниения, разрушения внутренних органов (нигилистический бред) или прекращения существования себя и окружающего мира (бред отрицания). Несмотря на значительную представленность данного синдрома среди пациентов, страдающих эндогенными психическими заболеваниями, он в настоящее время не упоминается ни в DSM-5, ни в МКБ-10.

Вместе с тем, СК представляет собой несомненную клиническую реальность для практикующих врачей, что диктует необходимость адекватной нозологической квалификации данных состояний, а также разработки прогностических критериев и терапевтической тактики в отношении этой группы больных.

Французский невролог, J. Cotard, описал данное расстройство в 1882 году в статье «О бреде отрицания». По мнению автора, центральное место в этом психическом феномене занимает принцип отрицания, как своей жизни, так и всеобщего существования.

Помимо термина «бред Котара» в отечественной психиатрии также используются следующие варианты наименования данного феномена: «бред отрицания», «нигилистический бред», «меланхолический бред воображения», «мегаломеланхолический бред» (А.Г. Комиссаров, 2007).

Некоторые авторы разделяют понятия «синдром Котара» и «бред Котара», указывая, что в первый, помимо бредовых, входят также аффективные, деперсонализационные и дереализационные расстройства. В отечественной литературе тради-

ционно доминирует точка зрения, что бред Котара является вариантом депрессивного бреда с фантастическим содержанием (А.С. Тиганов, 2012). Подобное содержание бредовых расстройств, не упоминаясь как СК, описывается в DSM-IV-TR, как конгруэнтное аффекту в рамках тяжелого депрессивного эпизода. Тем не менее, Loudetant и соавт. (1933) выделяли СК не только в рамках депрессии, но и при «хронической ипохондрии», а В.К. Каубиш (1963), V. Saavedra (1968) и G.W. Malone и соавт. (2022) отмечали развитие данного расстройства при шизофрении. По мнению V. Saavedra в основе СК лежит искаженное представление о собственном «Я», что сближает его с парафреническим синдромом. К. Yamada и соавт. (1999) разделяли СК на депрессивный и параноидальный тип и указывали, что он встречается в остром варианте при приступообразных психозах и в хроническом — при непрерывном течении болезни.

Хорошо известно, что СК чаще встречается в пожилом и инволюционном возрасте, преимущественно у женщин и крайне редко наблюдается у детей и подростков (Cohen D и соавт. (1997); С. Soutanian и соавт. (2005); А. Consoli и соавт. (2007); А.Е. McGreal и соавт. (2021); А.Л. Kjærgaard и соавт. (2023)). Таким образом, развитие СК в подростково-юношеском возрасте рассматривается как казуистическое. Нозологическая квалификация подобных расстройств в этот возрастной период и особенности терапевтической тактики также остаются малоисследованными. Приводимое ниже клиническое наблюдение иллюстрирует данную проблему.

### КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентка А.С., 2008 г.р., 18 лет. Наследственность манифестными психозами неотягощена.

Линия отца:

Дед: 76 лет. Имеет среднее профессиональное образование. Всю жизнь проработал водителем. По характеру строгий, эмоциональный, активный. Имел склонность к злоупотреблению алкоголем, наблюдались сформированные запои, после лечения, последние 26 лет алкоголь не употребляет.

Отец: 50 лет. Образование среднее. Работает консультантом в магазине. По характеру спокойный, замкнутый, малоэмоциональный, холодный с детьми. Злоупотребляет алкоголем, без четких признаков зависимости.

Линия матери:

Дед: 70 лет. Имеет среднее профессиональное образование. Работал слесарем. Страдает запойной формой алкоголизма. По характеру мягкий, добродушный, спокойный.

Мать: 39 лет. Образование неоконченное высшее. Работает заместителем руководителя в банке. По характеру эмоциональная, общительная, властная, строгая, целеустремленная, лидер в се-

мье. Отношения с дочерью доверительные и дружеские.

Больная родилась от первой нормально протекавшей беременности. Роды естественные в срок, осложненные слабостью родовой деятельности, акушерами применялся метод выдавливания плода. В младенчестве была беспокойным ребенком, много плакала, кричала, плохо спала по ночам. Психомоторное развитие согласно возрастным нормам. Детское дошкольное учреждение посещала с 5 лет. Адаптировалась там легко, была активной и жизнерадостной девочкой. В 6 лет перенесла пневмонию, по поводу чего была госпитализирована. Также в 6 лет получила травму головы, ударившись затылком о камень. На короткое время потеряла сознание. Следующие несколько дней жаловалась на головокружение и тошноту. К врачу не обращались. С 7 лет стали отмечаться эпизоды сногворения и более редкие — снохождения. Кроме того, в том же возрасте стали беспокоить частые головные боли, которые купировались нестероидными противовоспалительными средствами. К врачу по этому поводу не обращались. В школу пошла в 7 лет. Адаптировалась легко, училась на 4 и 5, любимым предметом была математика. Была общительной, веселой, активной, вовлеченной в дела класса. В свободное от учебы время занималась рисованием по видео-урокам из интернета. Рисовала почти каждый день, была увлечена этим хобби.

Когда больной было 8 лет, в семье начались частые конфликты между родителями. Нередко родители вовлекали детей в свои ссоры, настраивали сестер друг против друга. Настроение в этот период было нерезко сниженным, изменился рисунок поведения: стала замкнутой, малообщительной, тяжело переживала напряженную атмосферу в семье, старалась подолгу гулять с друзьями, чтобы как можно меньше времени проводить дома. Кроме того, в этот период стала слышать оклики по имени, иногда в разговорах близких слышала относящиеся к ней реплики, которых на самом деле, не было.

Отчетливо психическое состояние изменилось в возрасте 10 лет, когда внезапно ощутила прилив энергии и «слишком хорошее» настроение. Практически не спала, мало ела. Родители не заметили ничего странного в поведении дочери, напротив, радовались её приподнятому настроению, бодрости и успехам в учебе. В тот период ощущала, что «мысли в голове словно летели», была неусидчива, не могла долго концентрироваться на чем-то одном. Вскоре после развития данного состояния внутри головы появился мужской голос, который ее хвалил и поддерживал. Вначале испугалась этого явления, но вскоре привыкла к голосу, стала воспринимать его как «друга». Голос мог появляться перед важными школьными мероприятиями, подбадривал ее и настраивал на успех. Позже голос стал появляться чаще, до 3–4 раз

в день. Спустя короткое время начала видеть образ мужчины, который сидел напротив нее в комнате. Образ был очень ярким, не отличимым от реальности, появлялся на 5 минут, всегда был разным. Часто образ появлялся одновременно с голосом «внутри головы». Говорил ей о важности учебы, настраивал на успешное выполнение домашних заданий, мотивировал к учебе. В такие моменты возникало ощущение, что «ее собственные мысли искусственно замедляют, чтобы вставить в голову чужие», часто казалось, что её «голова пустая, а мысли стерты». Стала сопротивляться голосу, просила его больше не появляться, пыталась игнорировать его обращения к ней. При этом, никому не рассказывала о происходящем.

Описанное состояние продолжалось около месяца и резко сменилось сниженным настроением с ощущением тоски и апатии. На этом фоне в голове стало звучать множество мужских и женских голосов, которые приказывали пациентке «совершить что-то ужасное со знакомыми и близкими». Голоса приказывали ударить кого-то из родных, навредить кому-нибудь в школе. Испытывала сильный страх, пыталась сопротивляться приказам, игнорировать их. На этом фоне, постепенно стала испытывать трудности усвоения учебного материала, не могла сконцентрироваться на учебе, плохо запоминала прочитанное. Снизилась успеваемость, стала получать плохие оценки. Позже голоса стали оскорблять и унижать, называли пациентку «никчемной», «ни на что не способной». Тогда же появилось ощущение, что голоса могут управлять её телом. Был эпизод, когда «под их контролем» взяла в руку нож, чтобы ударить им своих близких. С большим трудом удержалась от этого, смогла другой рукой выхватить нож у себя. Была сильно напугана тем, что голоса могут управлять её телом. В дальнейшем, на протяжении 2-х недель голоса ежедневно стали приказывать ей убить себя. В один из таких дней, находясь в метро, увидела на путях темную тень, одновременно услышала голос в голове, который потребовал от нее прыгнуть под поезд. Попыталась сделать это, но была в последний момент удержана людьми, стоящими рядом. В последующем голоса более не приказывали «убить себя», лишь оскорбляли её и близких. В целом, описанное состояние с изменениями настроения, голосами и видениями продолжалось около трех месяцев.

В последующем, состояние внезапно нормализовалось: голоса редуцировались, настроение выровнялось, стала прежней, активной и жизне-радостной, вернулась хорошая школьная успеваемость. Вскоре перестала вспоминать этот период, считала его «чем-то постыдным, что нужно забыть навсегда». Период ровного настроения продолжался около года.

Весной 2019 года (11 лет) настроение без видимых причин стало постепенно снижаться, нарастала апатия, тревога, отказывалась от преж-

них увлечений, перестала рисовать, встречаться с друзьями. С целью облегчения состояния начала наносить поверхностные самопорезы в области предплечий, бедер, живота, также прижигала себе слизистую поверхность губ. Появилась раздражительность, конфликты с родителями и друзьями. Перестала выполнять домашние задания, снизилась успеваемость. Данное состояние сохранялось около года, в дальнейшем стало более тяжелым: присоединились мысли о том, что она «слабая и безвольная», «жалкий человек, который не достоин жить». Постоянно думала об ошибках прошлого, винила себя за них, даже если они были незначительными. Считала себя «отвратительным человеком, от которого всем людям только хуже». Родители, видя ее состояние, настаивали на посещении врача, однако пациентка категорически отказывалась от помощи.

Весной 2021 г. (13 лет) настроение постепенно выровнялось, редуцировались идеи самообвинения и собственной малоценности, улучшилась успеваемость, наладились отношения с родными. В 13 лет повторно перенесла черепно-мозговую травму (ЧМТ), без потери сознания. После травмы несколько дней беспокоило головокружение и тошнота, в связи с чем проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, патологии не выявлено. Тем не менее, была госпитализирована в неврологическое отделение, спустя неделю выписана в удовлетворительном состоянии.

Настроение оставалось ровным в течение трех лет, до июня 2024 г., когда на фоне волнения перед предстоящими экзаменами стала слышать со стороны голоса оскорбляющего содержания, называвшие ее «идiotкой, дурой». Предполагала, что какие-то люди обсуждают её. Тем не менее, успешно сдала экзамены, через месяц состояние стабилизировалось, настроение стало ровным. Во время летних каникул много гуляла с друзьями, рисовала, читала книги.

В сентябре 2024 г. поступила в специализированный 10 класс медицинского профиля. Первые два месяца учебы состояние оставалось стабильным, но в ноябре стала отмечать заметное снижение настроения, нарастала тревога, апатия, раздражительность. Испытывала трудности с запоминанием информации и концентрацией внимания, снизилась успеваемость. Состояние ещё более ухудшилось, когда на высоте сниженного настроения, вновь появились мужские и женские голоса знакомых, которые оскорбляли и унижали ее. Голоса появлялись около 2 раз в неделю на несколько секунд, выкрикивая отдельные бранные слова. Спустя 2 недели голоса редуцировались, но при этом начала ощущать запах «гнили» от своего тела, который появлялся по несколько раз в неделю. Была убеждена, что «организм разрушен», кишечник не функционирует. В дальнейшем, запах перестал беспокоить, но стала видеть в квартире

«силуэты» при выключенном свете, вспышки фотоаппарата. Настроение оставалось сниженным, стали появляться суицидальные мысли. Рассказала близким о своих переживаниях, была проконсультирована неврологом. МРТ, электроэнцефалограмма (ЭЭГ), ультразвуковое исследование сосудов шеи — без патологии. Вместе с родителями обратилась в психоневрологический диспансер, откуда была направлена в психиатрическую больницу по месту жительства, где проходила лечение в течение 28 дней с 28.01.2025 по 24.02.2025.

*Психическое состояние при поступлении:* в кабинет проходит в сопровождении матери. Держится свободно. Мимика маловыразительная. Фон настроения ближе к сниженному. Сообщает, что возник «депрессивный настрой», «живу как овощ, так больше жить невозможно». Жалуется, что появилось чувство слезки, «возникают оклики по имени». Зрительный контакт поддерживает на протяжении всей беседы. В настоящий момент мысли «о нежелании жить возникают постоянно», «очень устала от этого состояния». Настроена на лечение. Критика крайне формальная.

Получала галоперидол, флувоксамин, кветиапин, оланзапин. На фоне приема психофармакотерапии (ПФТ) состояние оставалось без существенной динамики: была выписана 24.02.2025, сохранялись апатия, подавленность, «безволие и безразличие», обонятельные галлюцинации в виде запаха «гнили», появилась уверенность в том, что «ее органы не работают, а душа сгнила», отказывалась от еды. Настроение было резко сниженным, говорила, что постоянно думает о суициде, называла себя «отвратительным человеком». В таком состоянии 14 апреля 2025 г. была госпитализирована в клинику.

*Психическое состояние при поступлении:* ориентирована всесторонне верно. Выглядит несколько старше паспортного возраста, опрятна. Волосы чистые, собраны в хвост. Одеты в одежду свободного кроя. Гипертенического телосложения. В кабинет входит уверенной походкой. Мимика сглажена, голос средней громкости, маломодулированный. Сидит в однообразной позе, сложив руки на коленях. Зрительный контакт поддерживает на протяжении всего времени разговора. На беседу соглашается охотно, на вопросы отвечает подробно в плане заданного, вежлива. Жалуется на сниженное настроение, суицидальные мысли, чувство тоски с «душевной болью», тревогу, апатию. Помимо этого, испытывает трудности с концентрацией внимания, жалуется на медленное течение мыслей, «пустоту в голове», «обрывы» мыслей. Внит себя за «безволие», считает, что «не достойна существования». Называет себя «отвратительным человеком». Ощущает «грязь» внутри организма, убеждена, что «внутренние органы не работают. Считает, что еда не переваривается, а «гниет внутри кишечника», чувствует от себя «запах гнили». От еды отказывается. Жалуется, что периодически

слышит приглушенный женский голос, который зовет ее по имени, видит в боковых полях зрения «силуэты и тени». Аппетит снижен. Сон нарушен. Критика к состоянию крайне формальная.

*Психическое состояние в динамике:* в отделении получала: галоперидол в/в капельно в комбинации с диазепамом, вальпроевой кислотой, клозапином. Первое время в отделении психическое состояние оставалось без существенной динамики. Жаловалась на сниженное настроение, апатию, тоску с чувством душевной боли, навязчивые мысли о своей неполноценности, высказывала суицидальные мысли. Кроме того, была убеждена, что ее внутренние органы не работают. Жаловалась на запах «гнили» от своего тела, из-за чего отказывалась от еды. Почти все время проводила в пределах постели, много спала. В палате ни с кем не общалась, держалась обособленно. Спустя две недели редуцировались суицидальные мысли, ипохондрические убеждения, касающиеся работы своего желудка, исчезли обонятельные галлюцинации. Кроме того, ушла убежденность в том, что она «отвратительный человек, который не достоин жизни». Тем не менее, сохранялось сниженное настроение, апатия, тревога за будущее.

В дальнейшем на фоне терапии клозапином, бипериденом, вальпроевой кислотой, пароксетином, арипипразолом в полной мере выровнялся фон настроения, полностью редуцировалась галлюцинозоподобная симптоматика, апатия, идеи самообвинения и малоценности. Появились силы и желание что-либо делать. Стала строить планы на будущее, связанные с дальнейшим поступлением в колледж. Была активна, заметна в отделении, общалась с соседками по палате, смотрела фильмы. Нормализовались сон и аппетит. К моменту выписки своим состоянием полностью довольна, активных жалоб не высказывала. Строила реалистичные планы на будущее.

В ходе **патопсихологического исследования** (05.05.2025) на первый план выступает нарушение операционального компонента мышления по типу искажения процесса и снижения уровня обобщений. На второй план выходит нарушение мотивационного компонента мышления по типу разноплановости. Общая картина соответствует диссоциативному патопсихологическому симптомокомплексу.

Выписана 26 мая 2025 г. на поддерживающей терапии: вальпроевая кислота до 900 мг, клозапин до 50 мг, бипериден до 4 мг, пароксетин до 20 мг, арипипразол до 30 мг.

## КАТАМНЕЗ

После выписки из клиники в мае 2025 г. аккуратно принимала рекомендованную терапию, наблюдалась амбулаторно. Психическое состояние было стабильным, настроение ровным.

Проживала с матерью. Время проводила дома, помогала в ведении домашнего хозяйства, читала книги. С середины июня 2025 г. заметила постепенное ухудшение состояния, когда отметила подъем настроения, с активностью, чрезмерной веселостью. Нарушился сон с трудностями засыпания. В дальнейшем, возобновились «голоса» внутри головы, которые комментировали ее действия. Появилось ощущение «воздействия на мысли» со стороны «ангелов». К схеме лечения был добавлен галоперидол 10 мг.

После коррекции терапии психическое состояние улучшилось: исчезли «голоса» внутри головы и ощущение «воздействия». 1 августа 2025 г. самостоятельно отменила приём галоперидола, оставшуюся схему принимала без изменений. Через 10 дней возобновились «голоса ангелов», ощущение «преследование с их стороны», снизился аппетит, нарушился сон. По рекомендации врача был возобновлен прием галоперидола 10 мг, после чего психическое состояние стабилизировалось: исчезли «голоса» внутри головы, ощущение «воздействия». Настроение выровнялось, однако, оставалась заторможенной, медлительной. Тем не менее, поступила в колледж на заочную форму обучения по специальности «менеджер», с 1 сентября приступила к учебе, с нагрузками справлялась успешно. В октябре 2025 г. продолжала аккуратно принимать терапию. Психическое состояние оставалось стабильным, несмотря на сохраняющуюся вялость. Хорошо справлялась с учебной нагрузкой, проводила свободное время за чтением и за просмотром телевизора. В ноябре отметила улучшение состояния с тенденцией к подъему настроения. Стала более активной, завела подруг, проводила время за совместными прогулками с ними. Однако беспокоили трудности концентрации внимания, которые были умеренными и не мешали в повседневной деятельности.

В начале декабря 2025 г. без видимых причин состояние ухудшилось: появилось ощущение, что внутренние органы «сгнили», наблюдала изменения на теле, казалось, что «ногти неестественного цвета», «на коже — трупные изменения», ощущала, что «в голове движутся личинки», «тело полностью мертво». Вновь стала слышать «голоса ангелов», которые комментировали её действия и воздействовали на мысли. В дальнейшем приклеила себе пластырь на лицо, так как предполагала, что «гниющие ткани лица могут отвалиться». Утверждала, что из нее выходят личинки после акта дефекации, видела в каловых массах части своего кишечника. 23 декабря 2025 г. была повторно госпитализирована в клинику.

*Психическое состояние при поступлении:* выглядит опрятно, ухожена. Растеряна, озирается по сторонам, фон настроения снижен, в процессе беседы беспокойна, часто меняет позу, ерзает на стуле, вздыхает. Мимика бедная, однообразная, мигание редкое. Речь быстрая, временами с напором, по типу монолога, полностью охвачена

болезненными переживаниями. Временами становится задумчивой, отрешенной, перестает отвечать на вопросы. Мышечный тонус повышен, руки застывают в приданном им положении. Во времени ориентирована неточно, знает, что находится в лечебном учреждении, правильно называет его профиль, но одновременно утверждает, что пребывает в Аду, окружающая действительность — ненастоящая, все окружающие люди — мертвецы, мир перестал существовать и единственный способ перейти в настоящую реальность — это совершить самоубийство. Уверена, что такое знание дано только ей, поскольку она — особенный человек, не исключает, что теперь является некой новой личностью, которая должна донести это знание до людей. Знает обо всем этом от Ангелов, голоса которых слышит внутри головы, они доносятся из Рая и зовут ее к себе, воздействуют на мысли. Сообщает, что недавно видела «ангела с четырьмя железными крыльями», который просил ее «совершить суицид, чтобы выбраться из этого адского мира». Видит вокруг себя игру, ощущает, что все окружающее подстроено, находится в непрерывном изменении, и, одновременно, выглядит нереальным. Видит в окружающем знаки, подтверждающие ее нахождение в Аду. Убедена, что ее тело «разложилось», понимает это по запаху «гнили» от своего организма, что «часть органов вышла с испражнениями, а оставшаяся находится в теле в виде фарша»; ощущает «движения опарышей» в затылочной области, также уверена, что «в мышцах находятся глисты». Синяки на руках расценивает как «трупные пятна», из-за чего боится касаться этих областей, так как «кожа может отслоиться вместе с мышцами». Свое настроение характеризует как неустойчивое, колеблющееся в течение дня от подавленного до приподнятого. При этом доминирует подавленность, тревога, тоска, ощущение утраты эмоций, потеря собственного «Я». Сон поверхностный. Аппетит достаточный. Критика к болезни полностью отсутствует.

В отделении, первое время, состояние оставалось без существенной динамики: жаловалась на зрительные обманы восприятия в виде «ангела в окне», описывала, что он был неотличим от реальности. Также сохранялся запах «гнили» от своего тела, вместе с ощущением «перемолотых в фарш органов» в области живота. Отмечала, что во время общения с пациентками отделения может полностью отвлечься от своих переживаний, прекращает чувствовать себя «мертвой», запах «гнили» становится несколько приглушенным, такие эпизоды ослабления симптоматики могут длиться до 2 часов. Однако, наедине с собой, напротив, вновь погружается в свои переживания, начинает думать о бессмысленности существования всего вокруг. Продолжала утверждать, что «все люди находятся в Аду, но еще не осознали этого».

Свои ощущения и переживания на высоте острого состояния в этот период пациентка изобразила в рисунках (рис. 1–6).

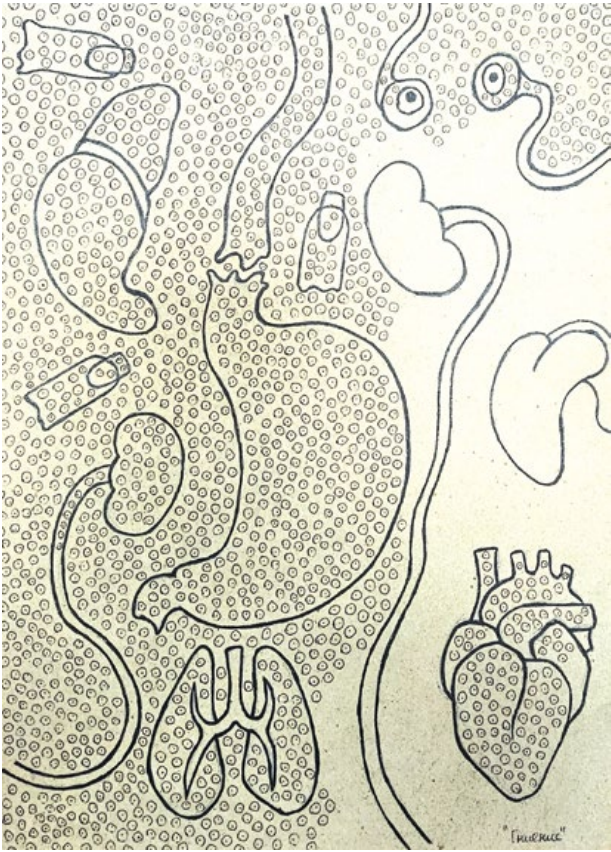


Рис. 1. Гниение  
Rotting

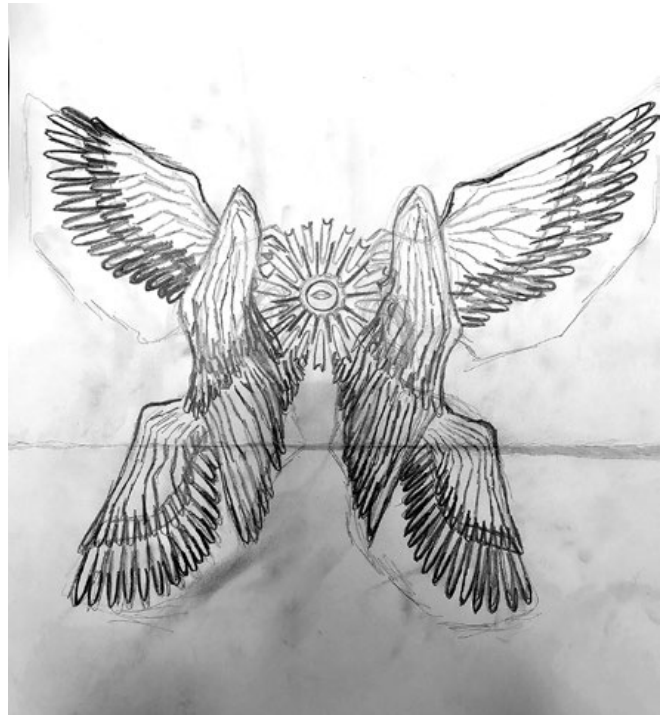


Рис. 3. Ангел с железными крыльями  
An angel with iron wings



Рис. 2. Черные силуэты и глаза наблюдателей  
Black silhouettes and the eyes of observers



Рис. 4. Демон  
Demon

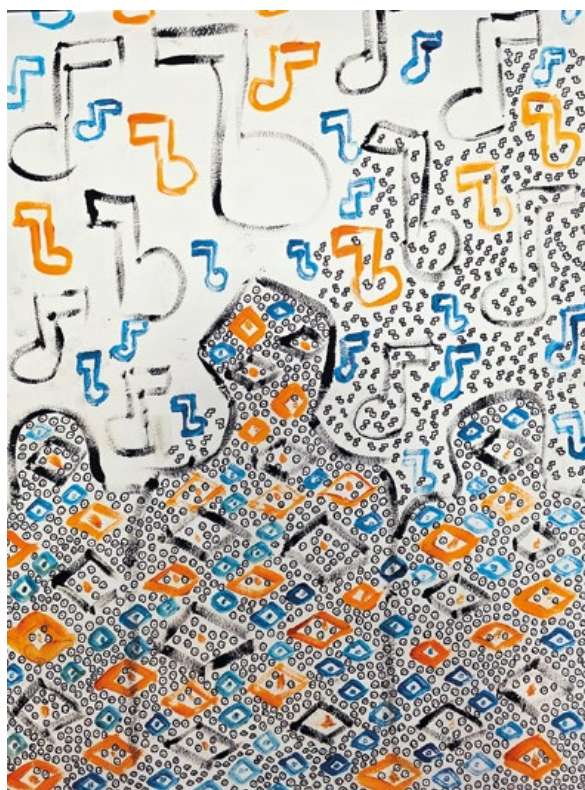


Рис. 5. Психоз  
Psychosis



Рис. 6. Полный распад  
Complete disintegration

В отделении получала: зуклопентиксола ацетат 50 мг/мл в/м, после 6 инъекций переведена на зуклопентиксола деканоат 200 мг/мл 1 раз в 14 дней. В комбинации с вальпроевой кислотой до 1200 мг, клозапином до 50 мг, бипериденом до 4 мг.

Спустя неделю в психическом состоянии стала отмечаться определенная положительная динамика: сообщала, что ей «стало лучше», дополняя это тем, что теперь «лечение в клинике воспринимается как еще один вариант покинуть Ад, помимо суицида». Вместе с тем, сообщала, что слышит громкий мужской нечеловеческий «голос», который повторяет ее имя. Продолжала считать, что «находится в Аду и ее тело мертво», сохранялась убежденность, что ее органы «гниют изнутри», из-за чего опасалась принимать пищу, так как боялась, что это «ускорит гниение», старалась пить больше жидкости, чтобы «вымывать остатки гнили».

Спустя две недели постепенно редуцировалась убежденность в том, что «все люди мертвы и находятся в Аду», а также ощущения, что ее тело «мертво»: исчезли жалобы на болезненные ощущения «передвижения опарышей в голове», «глистов в мышцах», ушла убежденность в том, что ее внутренние органы «перемолоты в фарш». Вместе с тем изменилось содержание бредовых переживаний, стала высказывать идеи, что «демоны» вселились в нескольких пациенток отделения и «наблюдают» за ней, с целью «переманить снова в Ад». Стала много рисовать, изображая облик демонов.

Учитывая неполный эффект ПФТ, затяжной характер течения и тяжесть психоза, выраженность кататонической симптоматики больной был назначен курс электросудорожной терапии (ЭСТ), на фоне чего отмечалась быстрая положительная динамика состояния: оживляется при виде врача, улыбчива. Активно жалоб не высказывает, напротив, сообщает о значительном улучшении общего самочувствия. Стала критична к своим прошлым переживаниям, касаясь «Ада», «демонов, вселившихся в соседей по палате». Заявила о том, что многого не помнит из своих переживаний при поступлении в клинику, с удивлением узнавала о них от врача. В отделении подвижна, общительна с больными своего возраста, строит реальные планы на будущее.

Психическое состояние на 04.02.2026: ориентирована всесторонне верно. Охотно беседует с врачом. Доброжелательна, вежлива, учтива. Фон настроения несколько повышен. Активно жестикулирует, улыбается. Многоречива. Оптимистична. Старается сократить дистанцию с врачом, просит обняться. Речь громкая, интонационно насыщенная. Суждения последовательны, ответы следуют в плане заданного вопроса. Чувствует себя бодрой, полной сил. Жалуется на некоторую взбудораженность, избыточную активность, повышенную общительность, болтливость. Кроме того, отмечает редкие «галлюцинации», когда слышит

оликки со стороны, видит боковым зрением несуществующих людей, фиолетовые пятна. Данные эпизоды крайне редкие, перечисляет три эпизода за последнюю неделю. Сообщает также о снижении памяти на текущие события, при этом в беседе каких-либо мнестических расстройств не обнаруживает. Связывает данные явления с курсом ЭСТ, интересуется, когда они пройдут. С полной критикой относится к перенесенному состоянию, мысли о “собственной смерти”, нахождении в “Аду”, преследовании демонами считает проявлениями болезни. Многие переживания острого периода болезни фрагментарны, с удивлением узнает о подробностях своего состояния от врачей. Интересуется сроками приема терапии, понимает необходимость длительного амбулаторного лечения. Пребыванием в отделении не тяготится, подвижна, общительна, много времени проводит за общением с другими пациентами, совместными играми. Сон и аппетит не нарушены.

Консультация терапевта: экзогенно-конституциональное ожирение 1 степени. Нарушение липидного профиля (гиперхолестеринемия). Осмотр офтальмолога: Заключение: OU — Миопия, миопический астигматизм слабой степени. Частичная амблиопия. Консультация невролога: Дорсопатия: нарушение статики позвоночника. Сколиоз. Миофасциальный синдром.

ЭЭГ: в картине ЭЭГ на первый план выходят умеренно выраженные признаки снижения функционального состояния коры, усиливающиеся при гипервентиляции, и повышенной возбудимости стволовых структур и отчетливо выраженные признаки повышенной возбудимости дизэнцефальных структур головного мозга, достигающие уровня ЭЭГ-признаков снижения порога судорожной готовности.

Терапия на 04.02.2026: вальпроевая кислота до 600 мг, клозапин 50 мг, бипериден 4 мг, зуклопентиксола деканоат 200 мг/мл 1 раз в 14 дней. На данный момент выполнено 9 процедур ЭСТ.

## АНАЛИЗ НАБЛЮДЕНИЯ

Состояние больной определяется как становление ремиссии после перенесенного острого приступа с картиной фантастической парафрении.

В настоящее время выявляются аффективные расстройства, представленные гипоманией с идеомоторной ускоренностью, нарушением дистанции, оптимизмом, обилием планов на будущее. В статусе также выявляется рудиментарная галлюцинозная симптоматика в виде истинных слуховых и зрительных обманов восприятия. Кроме того, выявляются нерезко выраженные мнестические расстройства, касающиеся периода острого психоза и процедуры ЭСТ. Критика к перенесенному психозу полная, больная синтонна, эмоционально сохранна.

Наследственность отягощена алкогольной зависимостью по обеим линиям. Имели место множественные вредности перинатального периода. В детском и раннем подростковом возрасте (6 и 13 лет) дважды перенесла ЧМТ (сотрясение мозга) без последующего формирования признаков органического психосиндрома.

Преморбидно личность с преобладанием истероидных и гипертимных черт, со склонностью к фантазированию, мечтательностью, эмоциональной лабильностью.

Начало заболевания относится к 8 годам, когда на фоне психотравмирующей ситуации развилось субдепрессивное состояние, сопровождавшееся элементарной галлюцинозной и иллюзорной симптоматикой.

В 10 лет субдепрессия сменилась на маниакальное состояние, проявлявшееся приподнятым настроением, ускоренностью мышления, сокращением длительности сна, высокой продуктивностью учебной деятельности. Далее развились вербальные псевдогаллюцинации императивного характера, а также диссоциативная симптоматика в виде галлюцинаций воображения. Состояние длилось около месяца с последующей инверсией аффекта на депрессивный и усложнением клинической картины идеаторными и моторными психическими автоматизмами. Общая длительность психоза около трех месяцев, редуцировался самостоятельно, без лечения. В дальнейшем отмечался период эутимии длительностью около года, с сохранностью учебной и социальной адаптации, на фоне которого отмечалось аутохтонное развитие депрессивно-бредового состояния с конгруэнтным аффекту бредом самообвинения, самоуничтожения, собственной малоценности, а также проявлениями апатии, дисфории, аутоагрессивного поведения. Данное состояние также обошлось без лечения, отличалось затяжным течением и продолжалось около двух лет. В последующем отмечалась длительная ремиссия высокого качества, продолжительностью около трех лет.

С осени 2024 г. по настоящее время наблюдается затяжное психотическое состояние, которое имело в своем развитии тенденцию к постепенному усложнению и усилению тяжести. Начальные проявления психоза были представлены депрессивно-бредовым состоянием с вербальными псевдогаллюцинациями и проявлениями нигилистического и ипохондрического бреда. В дальнейшем, постепенно стала отмечаться мегаломаническая фабула бредовых расстройств и к моменту настоящей госпитализации состояние больной определялось как острая фантастическая парафрения с массивными проявлениями чувственного бреда, который сочетал в себе бред восприятия в виде инсценировки, интерметаморфозы и образный бред воображения. Кроме того, в состоянии имели место вербальные псевдогаллюцинации императивного содержания, сочетавшиеся также

со зрительными обманами восприятия, близкими к «галлюцинациям воображения». В статусе также имела место симптоматика нигилистического ипохондрического бреда с идеями разрушения внутренних органов, обонятельными галлюцинациями, идеями одержимости паразитами, а также проявления бреда отрицания в виде идей прекращения существования внешнего мира. Следует отметить общую мегаломаническую фабулу бредовой симптоматики, наличие бредовых идей особого предназначения, избранности и мессианства, а также наличие феномена двойной ориентировки с трактовкой окружающего либо как иллюзорного, либо как нахождения в Аду. Наблюдалась кататоническая симптоматика в виде восковой гибкости. Имели место стертые аффективные расстройства, преимущественно депрессивного характера с тоской, тревогой, апатией, психической анестезией. Наличие феномена двойной ориентировки, загруженность больной переживаниями, временами — отрешенность от окружающего, мегаломанический характер переживаний, неточная ориентировка во времени эпизодически приближали состояние к картине ориентированного онейроида.

На фоне ПФТ умеренная положительная динамика со снижением актуальности бредовых идей и их интенсивности, однако отчетливый обрыв психоза произошел лишь на фоне применения курса ЭСТ.

Учитывая значительную роль на протяжении заболевания аффективных расстройств, сочетающихся с симптомами первого ранга Курта Шнайдера, на данный момент можно констатировать развитие у больной шизоаффективного расстройства с преимущественно депрессивным типом аффекта. Вместе с тем нельзя исключить шизоаффективного варианта приступообразной шизофрении, учитывая признаки прогрессивности заболевания и возможного наличия личностных изменений, которые в настоящее время невозможно установить из-за недостаточного периода наблюдения после последнего психотического эпизода.

Вместе с тем, следует отметить высокое качество имевшихся в прошлом ремиссий и отсутствие в настоящем статусе отчетливых признаков негативных расстройств.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Представленное клиническое наблюдение иллюстрирует тот факт, что возникновение СК в юношеском возрасте является клинической реальностью. В описанном случае СК выступает в качестве одного из структурных компонентов более сложного синдрома острой фантастической парафрении, развившейся в рамках приступа шизоаффективного расстройства. Особенности динамики приступа и характера формирующейся ремиссии свидетельствуют об относительно благоприятном прогнозе заболевания, несмотря на тяжесть психо-

патологической симптоматики и традиционную точку зрения об СК как неблагоприятном прогностическом феномене, особенно при наличии обонятельных галлюцинаций. В то же время, данное наблюдение подтверждает сведения литературы о склонности СК к затяжному течению и выраженной терапевтической резистентности.

Как видно из данной иллюстрации, применение массивной антипсихотической терапии с использованием препаратов различных поколений не привело к значимой редукции психопатологической симптоматики, что согласуется с точкой зрения G.E. Berrios и соавт. (1995) и А.Г. Комиссарова (2007) о неэффективности ПФТ в данных случаях и особой чувствительности СК к ЭСТ. Применение последней у описанной пациентки дало быстрый положительный результат по типу обрыва приступа. В заключение следует отметить отсутствие в настоящее время достаточно подробных работ, посвященных психопатологии и терапии СК в подростково-юношеском возрасте и насущную необходимость дальнейших исследований в этом направлении.

## Литература

1. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. Под редакцией А.С. Тиганова. М. Медицина, 2012; 1: 38-45.
2. Каубиш В.К. О бреде отрицания и синдроме Котара. — Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 1964, 63 (5): 876-882. PMID: 14235918.
3. Комиссаров А.Г. Электросудорожная терапия инволюционного психоза с бредом Котара. Казанский мед. журн. 2007; 88 (1): стр. 67-69.
4. Berrios G.E., Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases// Act. Psychiatr. Scand.-1995.-№91.-P.185-188.
5. Cotard I. Etudes sur les maladies cerebrales et mentales. Arch. Neurol. (Paris). 1882, 4:152.
6. Consoli A, Soultanian C, Tanguy ML, Laurent C, Perisse D, Luque R, Berrios GE, Cohen D. Cotard's syndrome in adolescents and young adults is associated with an increased risk of bipolar disorder. Bipolar Disord. 2007 Sep; 9(6):665-8. doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00420.x. PMID: 17845283.
7. Cohen D, Cottias C, Basquin M. Cotard's syndrome in a 15-year-old girl. Acta Psychiatr Scand. 1997 Feb; 95(2):164-5. doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb00391.x. PMID: 9065683.
8. Loudet O., Martinez D.L. Sobre la psicosis y el valor pronostico del sindrome de Cotard. Arch Argent Neurol. 1933, 1: 1-12.
9. Malone GW, Fort J, Mohammad-Amin H. Cotard's syndrome in a patient with schizophrenia-spectrum disorder. BMJ Case Rep. 2022 Nov 30; 15(11):e252721. doi: 10.1136/bcr-2022-252721. PMID: 36450414; PMCID: PMC9716872.
10. McGreal AE, Boles MK, Boyanchek I. Cotard Syndrome in an Adolescent With a First Episode of Psychosis. J Psychiatr Pract. 2021 May 5; 27(3):224-227. doi: 10.1097/PRA.0000000000000545. PMID: 33939377.
11. Kjærgaard AL, Jensen LN, Taastrøm A, Rimvall MK. ECT for Cotard syndrome in a 13-year-old. Ugeskr Laeger. 2023 May 15; 185(20):V11220696. Danish. PMID: 37264869.
12. Saavedra V. Cotard syndrome. Consideraciones psicopatologicas y nosograficas. Rev. Neuropsiquiatr. 1968, 11:175-211 PMID: 5730477.
13. Soultanian C, Perisse D, Révah-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 Aug; 15(4):706-11. doi: 10.1089/cap.2005.15.706. PMID: 16190803.
14. Yamada K, Katsuragi S, Fujii I. A case study of Cotard's syndrome: stages and diagnosis. Acta Psychiatr Scand. 1999 Nov; 100(5):396-8; discussion 398-9. doi: 10.1111/j.1600-0447.1999.tb10884.x. PMID: 10563458.