



Zespół Cotarda – przegląd aktualnej wiedzy

Cotard's syndrome – review of current knowledge

Lena Maria Kreczyńska^{1,A-F}✉, Weronika Emilia Zubrzycka^{1,A-F}, Patrycja Grzech^{1,A-F}, Inga Katarzyna Makosz^{1,A-F}

¹ Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej, Studenckie Koło Naukowe Kliniki Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej, Lublin, Polska

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne recenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Kreczyńska LM, Zubrzycka WE, Grzech P, Makosz IK. Zespół Cotarda – przegląd aktualnej wiedzy. Med Og Nauk Zdr. doi: 10.26444/monz/197074

■ Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Zespół Cotarda jest jednym z rzadziej występujących zaburzeń w dziedzinie psychiatrii. Definiowany jest jako zespół objawów charakteryzujących się obecnością urojeń nihilistycznych, które w zależności od przebiegu choroby mogą polegać na przekonaniu o własnej śmierci, niestnieniu narządów wewnętrznych bądź procesie ich rozkładu. Niekiedy obiektem urojeń stają się również elementy świata zewnętrznego.

Metody przeglądu. Artykuł powstał na podstawie przeglądu systematycznego prac oryginalnych opisujących studia przypadków różnych pacjentów chorujących na zespół Cotarda, a także prac przeglądowych skupiających się na poznaniu specyfiki tego zaburzenia oraz jego podłoża.

Opis stanu wiedzy. Biorąc pod uwagę fakt jak rzadkim zaburzeniem jest zespół Cotarda nie został on ujęty w żadnym spisie jednostek chorobowych, wliczając w to Klasyfikację ICD-10, ICD-11, czy DSM-V. Podczas diagnostyki pacjentów, u których podejrzewamy występowanie zespołu Cotarda należy zwrócić uwagę na zwiększone uczucie lęku, niekiedy również poczucie winy, których nie da się wyjaśnić racjonalną przyczyną. Z czasem pojawiają się także urojenia nihilistyczne, których kluczowym aspektem jest negacja rzeczywistości pacjenta.

Podsumowanie. Zespół Cotarda może objawiać się u pacjentów jako samodzielne zaburzenie bądź współistnieć wraz z innymi jednostkami chorobowymi, takimi jak schizofrenia, depresja, zaburzenia lękowe, choroba Parkinsona czy udar mózgu. W zależności od tego co jest przyczyną wystąpienia objawów konieczne jest wdrożenie innych metod terapii pacjenta. Biorąc pod uwagę ten fakt należy mieć na uwadze jak ogromną rolę w diagnostyce tego niezwykle rzadkiego zaburzenia odgrywa skoordynowana współpraca lekarzy różnych specjalności.

Słowa kluczowe

leczenie, zespół Cotarda, rzadki syndrom, urojenia nihilistyczne

■ Abstract

Introduction and Objective. Cotard's syndrome is one of the less common psychiatric disorders. It is defined as a syndrome characterized by the presence of nihilistic delusions which, depending on the course of the illness, can focus on beliefs about one's own death, the non-existence of internal organs, or the process of their decomposition. Sometimes, external elements of the world can also become the objects of delusions.

Review methods. This article was based on a systematic review of original articles describing case studies of various patients suffering from Cotard's syndrome, as well as reviews focusing on understanding the specific nature of this disorder and its underlying causes.

Brief description of the state of knowledge. Considering the rarity of Cotard's syndrome, it has not been included in any list of medical conditions, including the ICD-10, ICD-11, or DSM-V classification. When diagnosing patients suspected of Cotard's syndrome attention should be paid to increased feelings of anxiety, sometimes accompanied by a sense of guilt that cannot be explained by rational causes. Over time, nihilistic delusions also appear, with the key aspect being the patient's denial of reality.

Summary. Cotard's syndrome may manifest in patients as an independent disorder or coexist with other medical conditions such as schizophrenia, depression, anxiety disorders, Parkinson's disease, or stroke. Depending on the underlying cause of symptoms, different therapeutic approaches may be necessary. Recognizing the significance of coordinated collaboration among doctors of various specialties is crucial in diagnosing this extremely rare disorder.

Key words

treatment, rare syndrome, nihilistic delusions, Cotard's syndrome

WPROWADZENIE

Zespół Cotarda (ZC, ang. *Cotard's syndrome*, CS) to rzadki rodzaj zaburzenia psychicznego obejmujący konstelację objawów, dla których typowe jest występowanie urojeń nihilistycznych. Urojenia te charakteryzują się rozbudowaną

✉ Adres do korespondencji: Lena Maria Kreczyńska, Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej, Studenckie Koło Naukowe Kliniki Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej, Lublin, Polska
E-mail: lenakreczynska1@gmail.com

Wysłano: 30.07.2024; zaakceptowano do publikacji: 9.12.2024; publikacja online: 19.12.2024

i absurdalną treścią dotyczącą przede wszystkim przekonania pacjenta o nieistnieniu jego narządów wewnętrznych czy nawet całego świata [1]. W literaturze określany jest również jako *delire de negation*, tzn. złudzenie negacji. Uczucie niepokoju, lęk, obniżenie nastroju, poczucie potępienia, urojenia nieśmiertelności, negatywizm to znamienne objawy chorych z zespołem Cotarda [2]. Ponadto u pacjentów obserwuje się analgezję (niewrażliwość na ból), apatię, brak reakcji na bodźce zewnętrzne czy mutyzm. Obserwowana u pacjentów z zespołem Cotarda iluzja bycia martwym sprawia, że mają oni zwiększoną tendencję do samookaleceń czy nawet podejmowania prób samobójczych [3–4]. Ze względu na rzadkość występowania opisanego zespołu nie wzięto go pod uwagę zarówno w Klasyfikacji ICD-10 [5], ICD-11 [6], jak i DSM-V [7]. Patrząc na obraz kliniczny, można stwierdzić, iż rozpoznanie omawianego schorzenia stanowi wyzwanie diagnostyczne dla świata psychiatrii z uwagi na występowanie wymienionych objawów z epizodami depresji, a także w przebiegu chorób takich jak schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, stwardnienie rozsiane, zespół czołowy, otępienie czy też choroba Parkinsona [8]. Jednak z racji występowania symptomatycznych dla tego zespołu urojeń nihilistycznych coraz częściej mówi się o nim jako o odrębnej jednostce chorobowej w dziedzinie psychiatrii. Obecnie wystąpienie objawów zespołu Cotarda w zależności od obrazu klinicznego może być rozpoznane jako zaburzenie urojeniowe albo jako ciężki epizod depresji z towarzyszącymi objawami psychotycznymi.

CEL PRACY

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na podstępny charakter zespołu Cotarda, który początkowo może niewiele różnić się od innych, znacznie częściej występujących zaburzeń psychicznych. Poszerzając świadomość klinicystów na temat powyższego schorzenia, zwiększamy również szanse na właściwe zdiagnozowanie cierpiących pacjentów i wdrożenie odpowiedniej terapii.

METODY PRZEGLĄDU

Artykuł powstał na podstawie przeglądu prac naukowych dostępnych w bazie elektronicznej PubMed, a także Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 oraz ICD-11 oraz klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-V. Celem selekcji artykułów naukowych odpowiedniej jakości wykorzystano adekwatnie dobrane słowa kluczowe: „Cotard’s Syndrome”, „nihilistic delusion”, „delire de negation”.

HISTORIA

Zespół Cotarda po raz pierwszy zaobserwowany został już w XVI i XVII wieku. Pojawiły się wówczas pierwsze doniesienia o osobach, które doświadczały przekonania o byciu martwym. Ówczesni naukowcy opisywali to zjawisko jako tzw. *glass delusion*, czyli przekonanie o tym, że ciało człowieka uformowane jest ze szkła i w każdej chwili roztrzaskać może się na kawałki. Niektórzy uczeni wiązali ten fenomen

z filozofią, zwłaszcza z nurtem szerzej znanym jako nihilizm [9]. Nazwa zespołu Cotarda pochodzi od nazwiska jego twórcy – Jules’a Cotarda, który to w 1880 roku jako pierwszy zmierzył się z nieznaną w tamtym okresie przypadłością, nazwaną w późniejszym czasie „delire de negation” [10]. Wybitny francuski neurolog przedstawił przypadek 43-letniej kobiety, zwanej Mademoiselle X, która przeświadczona była o swojej śmierci. Kobieta uważała, że jej ciało składa się z samej skóry oraz kości, a jej narządy wewnętrzne od dawna już nie istnieją – „nie posiada mózgu, nerwów, klatki piersiowej, żołądka, jelit, jest tylko skórą i kośćmi rozkładającego się ciała (...)” [11]. Mademoiselle X twierdziła, że skazana jest na wieczne potępienie, które uważała za karę wymierzoną przez Boga. Cotard odnotował, iż kobieta wielokrotnie próbowała popełnić samobójstwo. Neurolog zespół objawów występujących u chorej nazwał terminem „le délire des négations”, a wykrytą u kobiety jednostkę chorobową sklasyfikował jako nową formę depresji połączoną ze współistniejącymi stanami lękowymi, ideami potępienia lub odrzucenia, niewrażliwością na ból oraz nerwową melancholią [12]. Mademoiselle X, przekonana o skazaniu na wieczne potępienie, przestała przyjmować pokarm i skazała się na długotrwałą głodówkę, która stała się przyczyną jej śmierci. W 1887 roku Séglas nazwał opisaną chorobę syndromem Cotarda. Według innych źródeł natomiast jako pierwszy chorobę tę nazwał Emil Regis w roku 1893. Kolejno w historii zespołu Cotarda zapisali się Deny i Camus, którzy w 1906 roku wyodrębnili dwie postaci tego schorzenia – hipochondrialną oraz melancholijną. Analizując dalszą historię omawianego schorzenia, dochodzimy do lat 90. XX wieku, kiedy to Berrios i wsp. wykonali analizę 100 przypadków ZC, omówionych i opisanych następnie w latach 1880–1995 (Berrios i Luque, 1995). Na podstawie przeprowadzonego badania nie stwierdzono związku między występowaniem objawów a płcią osoby poddanej analizie. Co więcej, średni wiek zachorowania oszacowano na 52 lata, mimo występowania symptomów choroby również u osób z młodszego pokolenia. Twórcy wyodrębnili wówczas trzy profile choroby:

- postać ze współistniejącą depresją z małą liczbą urojeń nihilistycznych,
- zespół Cotarda I, w którym dominują objawy psychotyczne, bez objawów depresji,
- zespół Cotarda II, w którym dominują objawy depresji [13].

Tabela 1. Klasyfikacja Zespołu Cotarda według Berriosa i Luque’a

Postać z depresją i halucynacjami	Zespół Cotarda typu II	Zespół Cotarda typu I
obniżenie nastroju, zaburzenia depresyjne	obniżenie nastroju, zaburzenia depresyjne	brak objawów depresji
stany lękowe	stany lękowe	urojenia hipochondryczne i urojenia nihilistyczne
urojenia winy	urojenia nieśmiertelności i urojenia nihilistyczne	
halucynacje słuchowe	halucynacje	

OBJAWY I ROZPOZNIANIE

Zespół Cotarda opisuje się jako kombinację idei negacji własnej osobowości, idei nieśmiertelności, a także zaburzeń czucia, występowania reakcji lękowych czy halucynacji [9]. Początkowo u pacjentów z zespołem Cotarda pojawia się

stopniowo narastające uczucie lęku, które nie posiada bliżej sprecyzowanego podłoża. Długofalowy niepokój występujący u chorych prowadzi do powstania urojeń nihilistycznych [14]. Urojenia te stanowią osiowy objaw zespołu Cotarda i scharakteryzowane są szczegółowo w dalszej części pracy. Urojenia nihilistyczne są wysoce zróżnicowane i dotyczyć mogą zarówno sfery somatycznej, czyli wyrażać się w formie przekonania o utracie zdrowia czy siły, jak i polegać na negacji istnienia narządów wewnętrznych pacjenta bądź nawet całego jego ciała. W literaturze występują również opisy przypadków, kiedy chory przekonany jest o utraceniu różnorodnych dóbr, takich jak status społeczny, majątek, strata krewnych czy bliskich [15]. W skrajnych sytuacjach możliwe jest nawet powiązanie się przekonania o nieistnieniu całego świata. Kolejnym z fundamentalnych objawów towarzyszących jest depresja, która zaobserwowana została u większości pacjentów z ZC. Inne, rzadziej występujące symptomy to poczucie winy, niewrażliwość na ból czy złudzenie nieśmiertelności [16]. Występować może także mutyzm (brak kontaktu werbalnego przy nieuszkodzonych ośrodkach mowy), analgezja (zniesienie bólu), a także omamy węchowe [17]. Zespół Cotarda może występować wtórnie w przypadku innych schorzeń, takich jak schizofrenia, CHAD, udar mózgu, stwardnienie rozsiane, uszkodzenia płata ciemieniowego, zespół czołowy czy atrofia mózgu, więc prawdopodobne jest występowanie u pacjentów z ZC również innych objawów tych zaburzeń [12]. Rozpoznanie zespołu Cotarda stanowi niezaprzeczalne wyzwanie diagnostyczne i wiąże się z wieloma trudnościami. Jedną z nich jest niewyraźna granica między urojeniami nihilistycznymi występującymi w zespole Cotarda oraz urojeniami współwystępującymi w przebiegu innych zaburzeń psychicznych, takich jak zespoły depresyjne z towarzyszącymi objawami wytwórczymi. Co więcej, nie istnieją sprecyzowane, jasne kryteria diagnostyczne pozwalające rozpoznać ZC. Przykładowo według Berriosa i Luque rozpoznanie ograniczane jest do pacjentów z urojeniowym poczuciem bycia martwym [18]. Wczesne rozpoznanie oraz odpowiednie leczenie są kluczowymi elementami, które mogą istotnie podnieść jakość życia oraz zminimalizować cierpienie psychiczne u pacjentów dotkniętych zespołem Cotarda.

UROJENIA NIHILISTYCZNE I ICH SPECYFIKA

Urojenia definiowane są jako zaburzenia myślenia, polegające na tym, że pacjent jest przekonany o istnieniu faktów, wydarzeń bądź zjawisk, które w rzeczywistości nie miały miejsca. Urojenia nihilistyczne mogą dotyczyć zarówno ciała pacjenta, jak i otaczającego go świata. Jeżeli dotyczą ciała pacjenta, wierzy on w to, że ulega lub już uległo ono rozpadowi wskutek procesu umierania. W literaturze można spotkać się z opisami przypadków, ukazującymi rozmaite symptomy przedstawiane przez pacjentów, które dowodzą rozkładu ich organizmu. W sytuacji występowania klasycznego objawu, którym jest przekonanie o procesie rozkładu toczącym się w organizmie chorego, może dojdź również do odmowy przyjmowania posiłków skutkującej niedoborami makroelementów oraz mikroelementów czy do omamów węchowych pod postacią uwalniającego się zapachu zgnilizny [16]. Niekiedy osoby doznające urojeń nihilistycznych zgłaszają, iż nie posiadają jednego, kilku bądź nawet wszystkich narządów wewnętrznych [20]. Pacjenci doświadczający psychozy mogą

mieć myśli, a także dopuszczać się czynów samobójczych. Część z nich decyduje się na samobójstwo w celu zakończenia swojego życia, ale istnieje również grono chorych, którzy podejmują taką decyzję, ponieważ mają pewność, iż nic nie jest w stanie wyrządzić im już krzywdy. Prezentowane przez pacjentów wizje i objawy czasami określane są jako kara za ich dotychczasowe błędy życiowe. Czują się odpowiedzialni za swoje nieodpowiednie decyzje, a treści urojeń nihilistycznych uznają za ich konsekwencje. Wówczas mamy do czynienia również z urojeniami winy, a także z urojeniami potępienia, gdy chorzy nie czują się godni odczuwania szczęścia. Istnieje również grupa pacjentów, która do tego stopnia podważa fakt istnienia swojej osoby i/lub otaczającego ich świata, że próby samobójcze uważa za bezcelowe, ponieważ ludzie martwi nie są w stanie umrzeć po raz drugi. Urojenia nieśmiertelności mogą również przybrać postać wiary w istnienie stworzeń nadprzyrodzonych. W dostępnym piśmiennictwie opisano przypadek dotychczas niediagnozowanej psychiatrycznie 21-letniej pacjentki, u której objawy zespołu Cotarda rozwinęły się w trakcie połogu po porodzie pierwszego dziecka. W trakcie diagnostyki wykluczono inne możliwe przyczyny nietypowego zachowania pacjentki. Początkowe symptomy pod postacią uczucia wzmożonego lęku, problemów ze snem, obniżenia apetytu pojawiły się w 10 dniu po porodzie i zostały rozpoznane jako ciężki epizod depresyjny z objawami psychotycznymi. Z czasem doszło do zaostrzenia objawów psychotycznych, kobieta pomimo zachowanej orientacji allopsychicznej i autopsychicznej wyrażała obawy przed skrzywdzeniem własnego dziecka. Po pewnym czasie pojawiły się typowe urojenia nihilistyczne, takie jak wrażenie rozkładu narządów wewnętrznych czy omamy węchowe przejawiające się czuciem zapachu zgnilizny [19]. Christian G. Huber i Agorastos Agorastos [21] opisali przypadek 32-letniego pacjenta hospitalizowanego z powodu stosowania przemocy wobec osób trzecich, który pod wpływem urojeń stwierdził, iż utopił się w jeziorze, a następnie na skutek promieniowania płynącego z telefonu stał się zombie. Twierdził on, że osoby, wobec których zachowywał się agresywnie, również są zombie, nie popełnił zatem czynu zabronionego. W przypadku gdy istotą urojeń nihilistycznych jest otaczający pacjenta świat, podważa on istnienie życia na Ziemi bądź też przekonany jest o śmierci swoich krewnych czy znajomych. Niekiedy chory podaje w wątpliwość np. swój majątek bądź status społeczny.

Urojenia nihilistyczne mogą wystąpić na podłożu różnych chorób psychicznych, a także organicznych. Często pojawiają się one wtórnie wobec epizodów ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi oraz schizofrenii [22]. Istnieją dwa modele pojmowania przyczyny pojawienia się urojeń nihilistycznych w zespole Cotarda. Jeden z nich, nazywany jednostopniowym, tłumaczy pojawienie się urojeń jako normalną racjonalizację niespotykanego doświadczenia percepcyjnego. Drugi model nazywany jest dwustopniowym i tłumaczy pojawienie się urojeń jako nienormalną racjonalizację niespotykanego doświadczenia percepcyjnego. W ten sposób pacjent jest w stanie połączyć negatywne doświadczenia z zaburzeniami wewnątrz organizmu. Urojenia ustępują zwykle w trakcie leczenia choroby pierwotnej. Pacjent w efekcie odpowiedniego leczenia odzyskuje wgląd w swój stan psychiczny oraz podchodzi do swojego stanu psychotycznego z krytycyzmem. W przypadku chorób organicznych, na podłożu których mogą rozwijać się urojenia nihilistyczne, często wymieniane są zmiany organiczne centralnego układu nerwowego,

jednak w literaturze wymienione są rozmaite przyczyny takiego stanu. Anne Louise Stewart oraz Diana M. Robinson [23] opisały przypadek 52-letniej kobiety, u której wtórnie wobec przewlekłej niewydolności oddechowej i delirium spowodowanego COVID-19 rozwinął się zespół Cotarda wraz z urojeniami nihilistycznymi. Te same autorki jako przykład organicznego podłoża ZC przedstawiły przypadek 76-letniej kobiety bez historii chorobowej w zakresie psychiatrii i neurologii, która na skutek urazu doznała ostrego uszkodzenia nerek, rhabdomyolizy i ostrego uszkodzenia wątroby. Kobieta wtórnie wobec uszkodzeń organicznych przejawiała urojenia nihilistyczne w postaci odczucia bycia martwą i nieśmiertelną.

Coraz częściej podkreśla się znaczenie potencjalnej korelacji zespołu Cotarda z występującymi zmianami strukturalnymi w ośrodkowym układzie nerwowym. Sahoo i Josephs (2018) dokonali analizy badań MRI mózgu 12 pacjentów z ZC, jednocześnie nie określając precyzyjnej lokalizacji zmian strukturalnych charakterystycznych dla tej jednostki. Przeanalizowane dane wskazują, że objawy występujące u pacjentów mogą być wynikiem uszkodzeń różnych obszarów mózgu. Dane z neuroobrazowania dostępne były dla 11 z 12 pacjentów, z czego u siedmiu z nich zaobserwowano prawostronne bądź obustronne zmiany półkulowe. U czterech pozostałych pacjentów obecne były zmiany zlokalizowane w płatach czołowych z równoczesną utratą objętości mózgu. U trzech z badanych występowały znaczne zmiany naczyniowe, łącznie z jednym przypadkiem przewlekłego zawału prawej tętnicy środkowej mózgu, jednym przewlekłym zawałem prawej korony promieniowej i jednym przypadkiem zakrzepicy zatoki strzałkowej górnej z obustronnym zawałem płata czołowego i potylicznego. Reasumując, uszkodzenie struktur mózgowia pacjentów z ZC obejmowało prawą bądź obie półkule mózgu i płat czołowy lub związane było z ogólnym zmniejszeniem objętości mózgu czy obecnymi zmianami niedokrwiennymi.

LECZENIE

Leczenie zespołu Cotarda jest złożone i zwykle obejmuje interwencje zarówno farmakologiczne, jak i terapeutyczne. Możliwości leczenia zespołu Cotarda są następujące:

1. Farmakoterapia: leki psychiatryczne takie jak antydepresanty, stabilizatory nastroju i leki przeciwpsychotyczne mogą być stosowane w leczeniu zespołu Cotarda. Wybór odpowiedniego leku zależy od indywidualnych objawów i potrzeb pacjenta. W niektórych przypadkach konieczne może być zastosowanie kombinacji różnych leków [21].
2. Terapia psychologiczna: terapia indywidualna, podobnie jak terapia poznawczo-behawioralna (CBT) czy terapia interpersonalna, może być pomocna w leczeniu zespołu Cotarda. Kluczową rolą terapeuty jest pomoc w zidentyfikowaniu i zmianie negatywnych przekonań i myśli, które leżą u podstaw tego zaburzenia [22].
3. Terapia zajęciowa, która może być stosowana jako uzupełnienie innych form leczenia. Podejmowanie aktywności kreatywnych, takich jak sztuka, muzyka czy ogrodnictwo, może pomóc w odwróceniu uwagi od obsesyjnych myśli, a także stanowić źródło relaksu i satysfakcji.
4. Wsparcie społeczne, które jest niezwykle ważne dla jednostek dotkniętych zespołem Cotarda. Bliscy i przyjaciele mogą zarówno zapewnić im wsparcie emocjonalne, jak i pomóc w utrzymaniu zdrowego środowiska. Przydatne

może być również dołączenie przez chorego do grupy wsparcia dla osób z podobnymi doświadczeniami.

Zdarza się, że skuteczną metodą leczenia okazuje się terapia elektrowstrząsowa [23]. Ważne jest, aby osoba z rozpoznaniem zespołem Cotarda uzyskiwała profesjonalną pomoc lekarza psychiatry lub psychologa. Leczenie powinno być dostosowane do jej indywidualnych potrzeb i obejmować regularne monitorowanie jej stanu zdrowia i dostosowywanie do niego strategii terapeutycznych.

PODSUMOWANIE

Reasumując, zespół Cotarda należy do rzadko występujących zaburzeń, co sprawia, że nadal traktowany jest jako jedno z większych wyzwań diagnostycznych i terapeutycznych we współczesnej psychiatrii. Nierzadko koreluje on z innymi jednostkami chorobowymi, takimi jak schizofrenia czy epizod ciężkiej depresji z objawami psychotycznymi, dlatego też należy zachować szczególną ostrożność przy dobieraniu zindywidualizowanej ścieżki terapii. Na podstawie przebiegu klinicznego możemy wyodrębnić zespół Cotarda I, charakteryzujący się dominacją objawów psychotycznych oraz brakiem objawów depresji, oraz zespół Cotarda II, w przebiegu którego występują omamy słuchowe, zaburzenia lękowe, a także objawy depresyjne. Coraz bardziej zwraca uwagę fakt, iż zespół Cotarda może korelować ze zmianami strukturalnymi w obrębie centralnego układu nerwowego [8]. Odkrycie to może zapoczątkować nową ścieżkę ustalania rozpoznania oraz postępowania polegającego na współpracy specjalistów z różnych dziedzin medycyny, takich jak psychiatria, neurologia czy neurochirurgia.

WNIOSKI

Zespół Cotarda jest rzadko diagnozowanym zaburzeniem psychiatrycznym. Ze względu na swoją rzadkość i złożoność diagnozy nadal nie jest dobrze poznany przez znaczną część specjalistów. Ustalenie rozpoznania ZC wymaga starannego badania i wywiadu psychiatrycznego. Osoby z zespołem Cotarda mogą doświadczać różnych objawów, takich jak przekonanie o własnej śmierci, braku duszy czy nieobecności organów wewnętrznych. Przyczyny zespołu Cotarda nie są do końca poznane, ale istnieje kilka czynników, które mogą mieć wpływ na jego rozwój. Należą do nich zaburzenia neurologiczne, takie jak udar mózgu czy guz mózgu, depresja, psychoza, zaburzenia lękowe, schizofrenia, a także pewne fizyczne schorzenia, np. choroba Parkinsona. Leczenie ZC opiera się na podejściu kompleksowym i może obejmować farmakoterapię, terapię behawioralną, terapię rozmów, hospitalizację w przypadkach nasilenia objawów oraz leczenie wszelkich towarzyszących zaburzeń psychicznych lub fizycznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Dihingia S, Bhuyan D, Bora M, et al. Cotard's Delusion and Its Relation With Different Psychiatric Diagnoses in a Tertiary Care Hospital. *Cureus*. 2023;15(5):e39477. <https://doi.org/10.7759/cureus.39477>
2. Koreki A, Mashima Y, Oda A, et al. You are already dead: Case report of nihilistic delusions regarding others as one representation of Cotard's syndrome. *PCN Rep*. 2023; 2(2):e93. <https://doi.org/10.1002/pcn.5.93>

3. Huarcaya-Victoria J, Bojórquez-De la Torre J, De la Cruz-Ore J. Factor structure of Cotard's syndrome: Systematic review of case reports. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2020;49(3):187–193. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.10.008>
4. Cipriani G, Nuti A, Danti S, et al. I am dead: Cotard syndrome and dementia. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2019;23(2):149–156. <https://doi.org/10.1080/13651501.2018.1529248>
5. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.* 10th ed. World Health Organization; 2009.
6. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.* 11th ed. World Health Organization; 2018.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders:DSM-5.* 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
8. Sahoo A, Josephs KA. A Neuropsychiatric Analysis of the Cotard Delusion. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2018 Winter; 30(1):58–65. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.17010018>
9. Dieguez S. Cotard Syndrome. *Front Neurol Neurosci.* 2018;42:23–34. <https://doi.org/10.1159/000475679>
10. Machado L, Peregrino A, Azoubel S, et al. Cotard's syndrome and major depression with psychotic symptoms. *Braz J Psychiatry.* 2013;35(2):212. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1044>
11. Tomasetti C, Valchera A, Fornaro M, et al. The 'dead man walking' disorder: an update on Cotard's syndrome. *Int Rev Psychiatry.* 2020;32(5–6):500–509. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1769881>
12. Leis K, Gapska D, Aleksiewicz T, et al. Cotard's syndrome – a review. *Psychiatria i psychologia kliniczna.* 2018;18(3):320–322. doi:10.15557/PiPK.2018.0040
13. Moschopoulos NP, Kaprinis S, Nimatoudis J. *Psychiatriki.* 2016;27(4):296–302. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2016.274.296>
14. Enoch DM, Trethowan W. *Uncommon Psychiatric Syndromes.* 3rd ed. Oxford: Butterworth & Heinemann; 1991. p. 162–183.
15. Puri BK, Treasaden IH. *Psychiatria podręcznik dla studentów.* Edra Urban & Partner; 2014.
16. Machado L, Evandro de Lima Filho L, Machado L. When the Patient Believes That the Organs Are Destroyed: Manifestation of Cotard's Syndrome. *Case Rep Med.* 2016;2016:1–3. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/5101357>
17. Falkowska U, Adamczyk K, Adamczyk D, et al. Uncommon psychopathological syndromes in psychiatry. *Current Problems of Psychiatry.* 2018;19(4):314. doi:10.2478/cpp-2018-0024
18. Berrios GE, Luque R. Cotard's syndrome: analysis of 100 cases. *Acta Psychiatr Scand.* 1995b;91(3):185–188. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09764.x>
19. Karakula HK, Romaniuk M, Krupa K, et al. My Body Is Rotting: A case report of Cotard's syndrome in a postpartum woman. *Curr Probl Psychiatry.* 2020;21(2):102–108. <http://dx.doi.org/10.2478/cpp-2020-0010>
20. Lingshuang He, Qingjian Hao, Qiang Wang. Cotard's Syndrome: A Detailed Description of the Stages. *Med Sci Case Rep.* 2018;5:27–30. doi:10.12659/MSCR.909512
21. Huber CG, Agorastos A. We Are All Zombies Anyway: Aggression in Cotard's Syndrome. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2012;24(3):E21. doi:10.1176/appi.neuropsych.11070155
22. Revilla J, Aliaga S, Lozano-Vargas A. Cotard and Capgras Syndrome in a Patient with Treatment-Resistant Schizophrenia. *Case Rep Psychiatry.* 2021;1–3. doi:10.1155/2021/6652336
23. Stewart AL, Robinson DM. Cotard's Syndrome as a Neuropsychiatric Sequela of COVID-19. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry.* 2022;63(2):182–183. doi:10.1016/j.jaclp.2021.09.002