



## Koro – zespół egzotyczny czy uniwersalny? Przegląd piśmiennictwa i opis przypadku

*Koro – culture-bound or universal syndrome?  
Review of the literature and case report*

DARIUSZ ŁAGUNA, DOROTA NAPIÓRKOWSKA-ŁAGUNA

Z Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej im. Stanisława Deresza w Choroszczy

**STRESZCZENIE.** *Koro to ostry stan lękowy z towarzyszącym uczuciem kurczenia się genitaliów i przekonaniem, że w wyniku ich całkowitego zniknięcia nastąpi śmierć. Zespół ten zaliczany jest do egzotycznych zaburzeń psychicznych. Najczęściej występuje na obszarze Azji Południowo-Wschodniej, ale wciąż wzrasta liczba doniesień o podobnych przypadkach wśród pacjentów o odmiennym pochodzeniu kulturowym. W pracy przedstawiliśmy wiedzę na temat zespołu koro opierając się na literaturze obejmującej głównie liczne opisy przypadków. Omówiliśmy podobieństwa i różnice pomiędzy jego endemicznymi i sporadycznymi formami, współwystępowanie z innymi zaburzeniami psychicznymi lub somatycznymi, wątpliwości dotyczące nosologii zespołu i psychopatologii jego objawów, mogące mu towarzyszyć powikłania urologiczne, jego pozycję w obowiązujących systemach klasyfikacji zaburzeń psychicznych, charakterystykę pacjentów oraz leczenie. **Przypadek.** Dodatkowo przedstawiliśmy przypadek, który, według naszej wiedzy, stanowi pierwszy w literaturze opis zespołu koro u polskiego pacjenta. Jest to kolejny dowód na różnorodność etniczną i kulturową chorych cierpiących na omawiane zaburzenie. **Komentarz.** Opowiadamy się za postulatem zgłaszanym przez innych autorów, aby wbrew utartym dotąd poglądom uznać koro za zaburzenie uniwersalne, o wieloczynnikowej etiologii, występujące na całym świecie.*

**SUMMARY.** *Koro is an acute anxiety state with an accompanying sensation of shrinking of genitals and a belief about being faced with imminent death due to their complete disappearance. This syndrome is classified among culture-bound mental disorders. Its prevalence is the highest in South-Eastern Asia, but there is a continually rising number of reports about similar cases among patients with different cultural backgrounds. On the grounds of the literature (mostly case reports) the state-of-the-art knowledge about the koro syndrome is summarised in the article. Similarities and differences between the endemic and occasional forms of the syndrome are discussed, as well as its concurrence with other mental or somatic disorders, nosological doubts concerning the syndrome and its psychopathological symptoms, possible accompanying urological complications, its place in current classifications of mental disorders, patient characteristics, and the treatment. **Case report.** Additionally a case is reported of the koro syndrome in a Polish patient – to our best knowledge, for the first time in the literature. It is a further evidence for the ethnic and cultural diversity of patients suffering from this condition. **Comment.** We agree with the postulate set forth by other authors – that against the traditional views, koro should be regarded as a universal disorder of multi-factorial etiology, occurring all over the world.*

---

**Słowa kluczowe:** koro / egzotyczne zespoły zaburzeń psychicznych / opis przypadku

**Key words:** koro / culture-bound syndromes / case report

---

Pozycja nosologiczna koro jest niejasna. Jest to zespół wymieniany wśród tzw. egzotycznych zaburzeń psychicznych. Początko-

wo zaburzenie to uważano za występujące wyłącznie w Azji Południowo-Wschodniej (Chinach, Malezji, Indonezji). W Chinach

opisywane było ono już 3000 lat przed naszą erą [18, 43]. Istotą jego jest przeświadczenie o kurczeniu się i wciąganiu genitaliów w głąb brzucha i o grożącej w następstwie tego śmierci. Przeświadczenie to ma charakter hipochondryczny, uważane jest za formę pojedynczego, hipochondrycznego lub raczej dysmorficznego urojenia, któremu towarzyszy silna komponenta lękowa (lęk przed śmiercią). Lęk ten ma charakter napadowy, osiąga nasilenie paniki, towarzyszą mu objawy wegetatywne. Pojawia się nagle, zwykle u mężczyzn w wieku 30–40 lat, trwa od pół godziny do kilku dni, ma przebieg epizodyczny, w 17% przypadków z tendencją do nawrotów [18]. Objawy przemijają samoistnie, nawet bez żadnego leczenia. Zaburzenie to zaliczane jest do ostrych reakcji lękowych, a nie psychoz, mimo że częścią jego obrazu jest przeciwieństwo urojenie, choć niektórzy [46] mówią raczej o krótkotrwałej idei nadwartościowej. Ten „klasyczny” – „azjatycki” zespół koro występuje nie tylko w pojedynczych przypadkach, ale też – co ciekawe – w formie epidemii obejmujących nawet kilka tysięcy osób [28]. Uważany jest za zjawisko uwarunkowane kulturowo, związane z miejscowymi wierzeniami, dotyczy także całej rodziny dotkniętego nim mężczyzny, która wspólnie praktykuje specjalne rytuały mające nie dopuścić do skurczenia się członka i w następstwie – śmierci. Jego pojawienie się wiąże się z czynnikami dietetycznymi, nadmierną aktywnością seksualną, ekspozycją na zimno [18, 28].

Pierwszy opis podobnych objawów w świecie zachodnim pochodzi ze Średniowiecza, a ich wystąpienie zostało przypisane czarom [43]. Doniesienia o koro poza obszarem Azji były jednak rzadkie aż do lat sześćdziesiątych. Dopiero od tego czasu w literaturze fachowej opisy tych przypadków pojawiają się coraz liczniej i dotyczą osób o bardzo różnorodnym pochodzeniu etnicznym i kulturowym. W związku z tym podzielono koro na 2 grupy [1]: przypadki sporadyczne (spotykane poza obszarem Azji Południowo-Wschodniej) i endemiczne – uwarunkowa-

ne kulturowo (dotyczące mieszkańców Azji – Chin, Malezji i Indonezji). Okazało się, że klasyczny, wyżej opisany obraz i przebieg koro charakterystyczny jest raczej dla mieszkańców Azji. Jest to pełnoobjawowy zespół (z przekonaniem o kurczeniu się penisa, aż do całkowitego jego zniknięcia wewnątrz brzucha i grożącej w następstwie tego śmierci). Pojawia się w kontekście ostrej reakcji lękowej u osób poza tym zdrowych psychicznie, ma wyraźny związek z miejscowymi wierzeniami dotyczącymi męskości i kobiecości, tożsamości seksualnej i jej symboli. Natomiast przypadki tzw. sporadyczne, poza obszarem endemicznym, charakteryzują się niepełnym obrazem (np. przekonaniu o kurczeniu się członka nie zawsze towarzyszy lęk przed śmiercią lub też nie ma przeświadczenia, że doprowadzi ono do całkowitego wciągnięcia narządów płciowych w głąb brzucha [1, 10, 29, 40]) i w związku z tym bywały nawet nazywane „stanami koro-podobnymi” (*koro-like states*) [7, 29, 39]. Najczęściej nakładają się lub są częścią innych zaburzeń psychicznych [49], np. zaburzeń afektywnych [1, 29, 41], psychoz – głównie schizofrenicznych [4, 7, 13, 18, 36, 37, 49], ale i organicznych [10, 48], fobii AIDS [9], uzależnień [20, 49], schorzeń organicznych o.u.n., jak np.: guzów mózgu [19], udaru [3, 16], infekcji HIV [29], padaczki [31], porażenia postępującego [49], choroby Parkinsona [8], a nawet schorzeń somatycznych [7, 30].

Devan i Hong [1987] dzielą omawiane zaburzenie na trzy kategorie:

- (1) koro klasyczne – o podłożu kulturowym, występujące pojedynczo lub epidemicznie, często podatne na oddziaływanie wyłącznie słowne, jak: perswazja, zapewnienia, sugestie,
- (2) koro nakładające się na istniejące już inne zaburzenie psychiczne, lecz mające niezależny od niego przebieg i osobną historię,
- (3) koro będące częścią innego zaburzenia – bez tła kulturowego, występujące poza obszarem endemicznym, mijające dopiero wraz z wyleczeniem podstawowego schorzenia.

Jednak wraz ze zwiększającą się stale liczbą doniesień coraz trudniej wyodrębnić poszczególne kategorie – niektóre przypadki nie są typowe, zwłaszcza, jeżeli chodzi o tło kulturowe. Devan i Hong [1987], Kovacs i Osvath [1998] opisali pochodzących z obszaru endemicznego pacjentów z zespołem koro i przewlekłą psychozą; Barrett [1978], Constable [1979], Wilson i Agin [1997] przedstawili pacjentów o poza-azjatyckim pochodzeniu z „lękowym” koro. Pojawiają się więc postulaty, aby zaprzestać rozróżniania zespołu uwarunkowanego i nieuwarunkowanego kulturowo, a uznać go za zaburzenie uniwersalne [1, 5, 43].

Koro – jego nazwa, etiologia, a nawet pozycja w obowiązujących systemach klasyfikacji zaburzeń psychicznych od lat budzi kontrowersje, jest wciąż źródłem dyskusji i polemik w literaturze fachowej. Już sam „podstawowy” objaw koro, jakim jest przekonanie o kurczeniu się członka może budzić wątpliwości natury psychopatologicznej. Nie jest to bowiem irracjonalna obawa, że genitalia mogą się skurczyć aż do ich całkowitego zniknięcia wewnątrz jamy brzusznej, której towarzyszy pewna doza krytycyzmu i wgląd, lecz właśnie przekonanie, że istotnie tak się dzieje. Często pacjent podtrzymuje je i nie koryguje ani pod wpływem perswazji ani w obliczu oczywistych faktów. Jednocześnie budzi ono nie tyle zwykłe obawy czy wątpliwości, co lęk osiagający rozmiary paniki – lęk o życie. Czasem osoba taka widzi wręcz jak zmniejsza się wielkość narządów płciowych [7, 15, 16, 46]. W jakiej kategorii umieścić więc pacjenta twierdzącego uparcie, że jego genitalia się kurczą i przeżywającego z tego powodu intensywny lęk, a przy tym bez objawów psychotycznych, poza tą jedyłą sferą, w pełni krytycznego i sprawnie funkcjonującego? Dla Kraepelina przekonanie takie było urojeniem hipochondrycznym występującym jako część obrazu depresji [1, 49]. Z kolei Yap [1965] traktował koro jako zespół depersonalizacji z zaburzeniem obrazu ciała powstałym w wyniku mechanizmów dysocjacyjnych. Zastanawiał się nad

użyciem w stosunku do koro terminów „uwarunkowane kulturowo zaburzenie psychogenne” lub też „uwarunkowana kulturowo psychogenna psychoza”, ewentualnie z przymiotnikiem „atypowa”, co znakomicie oddaje wyżej wspomniane wątpliwości psychopatologiczne. Inni uważają przekonanie o kurczeniu się genitaliów za urojenie o charakterze dysmorficznym lub urojenie hipochondryczne będące częścią monosymptomatycznej psychozy [22], a nawet za ideę nadwartościową [23]. Niektórzy autorzy postulowali uznanie koro za specyficzną kulturowo formę zespołu lęku napadowego [16] lub szczególny sposób przejawiania się zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego [49]. Kobler w 1948 r. [49] widział w koro przejaw ostrego lęku kastracyjnego. Historycznie cały zespół traktowany był więc raczej jako zaburzenie powstające wskutek mechanizmów neurotycznych. Dzisiaj – podobnie – w klasyfikacji ICD-10 „czysty” zespół koro zaliczany jest do kategorii „innych zaburzeń nerwicowych” [35]. W klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego koro znajduje się w grupie 25 tzw. zaburzeń specyficznych kulturowo (*culture-bound syndromes*), jednak dla zespołu nieuwarunkowanego chińskimi wierzeniami nie ma tam osobnej kategorii [26]. W zależności od stopnia przekonania o kurczeniu się penisa klasyfikowany jest jako forma dysmorfizmu (*body dysmorphic disorder*) lub jako zaburzenie urojeniowe z pojedynczym urojeniem typu somatycznego [21, 25, 45, 46]. Wciąż jednak toczy się dyskusja – padały propozycje wyodrębnienia „czystego koro” w DSM-IV jako osobnej jednostki pod nazwą „zaburzenie z kurczeniem się genitaliów” (*genital retraction disorder*) i umieszczenia wśród zaburzeń pod postacią somatyczną [6, 23] – na razie nie zrealizowane. Chcemy przypomnieć w tym miejscu, że wiele dotychczas opisywanych przypadków koro w świecie zachodnim to pacjenci, u których było ono tylko częścią obrazu innego schorzenia, np. schizofrenii czy zaburzeń afektywnych. W takich przypadkach wątpliwości co do klasyfikowania przestają istnieć – jest to wówczas

jedynie jeden z objawów określonej jednostki chorobowej. Amerykańscy psychiatrzy Bernstein i Gaw [1990] postulują właśnie wyraźne rozróżnianie między objawem koro w obrazie innych schorzeń a „pierwotnym” zespołem koro, dla którego proponują stworzenie osobnej kategorii diagnostycznej.

Dodatkowo rozważania nad koro komplikują doniesienia o faktycznych – stwierdzanych obiektywnymi metodami – zmianach obwodu członka towarzyszących przekonaniu pacjenta o jego kurczeniu się [40]. Czy wobec tego przeświadczenie o zmniejszeniu się rozmiarów penisa można traktować jako urojenie? Być może, przynajmniej u niektórych pacjentów, ma ono poparcie w rzeczywistości?

Wśród czynników bezpośrednio wywołujących napad objawów koro wymienia się: dietę (np. zimny posiłek), aktywność seksualną – masturbację, stosunek płciowy, a nawet tylko podniecenie seksualne, akt mikcji, ekspozycję genitaliów na zimno, zdenerwowanie, lęk [18, 40, 49]. Prawdopodobne jest, że fizjologiczne zmniejszenie rozmiarów członka wskutek skurczu naczyń w sytuacjach takich jak np. ekspozycja na zimno lub wysoki poziom lęku, a także po wytrysku nasienia lub oddaniu moczu staje się czynnikiem spustowym dla rozwoju objawu koro [1, 40].

Za ważne czynniki mające udział w etiologii zespołu lub przynajmniej odgrywające rolę patoplastyczną uważane są konflikty psychoseksualne, jak np. poczucie winy z powodu aktywności seksualnej, zwłaszcza masturbacji (opisywane u wielu pacjentów z koro, np. przez Yap [1965], Modai i wsp. [1986], Kennedy i Flick [1991], Adeniran i Jones [1994]), zaburzenia pożycia seksualnego w związku, lęk przed podjęciem współżycia płciowego, odrzucenie przez partnera i inne [2, 3, 15, 21, 38, 39, 46, 47, 49]. Co ciekawe, dotyczy to także chorych, u których koro występuje wtórnie do np. organicznej patologii o.u.n. [3, 19]. Jednym z czynników charakteryzujących tę grupę pacjentów jest także ich „przedchorobowa” osobowość o cechach takich jak nieśmiałość, bierność, zależność, niskie poczucie własnej wartości jako męż-

czynny [1, 3, 7, 15, 19, 38, 39, 46, 47, 49]. Heyman i Fahy [1992] zauważyli także, że istotnym czynnikiem patoplastycznym u pacjentów zarówno z „prawdziwym” koro jak i ze stanami koro-podobnymi mogą być takie cechy osobowości, jak: przesadna troska i zainteresowanie funkcjonowaniem ciała, nadmierne skupianie uwagi na zdrowiu cielesnym, a więc wysoki poziom hipochondrii.

Okolicą ciała, na której koncentruje się pacjent są jego narządy płciowe. Niektórzy chwytają się często za nie, w celu sprawdzenia ich aktualnych rozmiarów, nieustannie obserwują tę okolicę [29, 49] lub też wciąż pokazują członka komuś bliskiemu przekonując go o słuszności swych obaw [38].

Jak wspomnieliśmy wcześniej, już w przypadkach klasycznych, „chińskich”, stosowane były różne praktyki mające chronić mężczyznę przed utratą genitaliów, a co za tym idzie – życia. Było to np. *fellatio* praktykowane przez jego żonę, przytrzymywanie członka, stosowanie specjalnych uchwytów i przyrządów zapobiegających jego wciąganiu, np. pałeczek. W zachodniej literaturze medycznej opisywani są pacjenci wciąż trzymający ręce w okolicy pachwin lub na jądrach [37, 38], trzymający, chwytający czy „profilaktycznie” pociągający za członek [1, 3, 4, 5, 13, 25, 27, 49], zawiązujący kawałki materiału wokół nasady prącia [18, 32], a nawet wkładający różne przedmioty do cewki moczowej. Zwłaszcza w tych ostatnich przypadkach i związanych z nimi powikłaniach [10, 34], urolog, a nie psychiatra może być pierwszym lekarzem mającym kontakt z chorym. Bywa tak też i wtedy, gdy pacjent szuka wytłumaczenia dla nękających go objawów w schorzeniu urologicznym [38]. Opisano trzy przypadki koro z towarzyszącym bólem członka i moszny [8, 38, 47]. U chorych tych nie znaleziono organicznej patologii układu moczowo-płciowego, ale zanim postawiono właściwą diagnozę – „psychiatryczną”, u pacjenta opisanego przez Caballero i wsp. [2000] dokonywano interwencji urologicznych, takich jak epididymektomia i miejscowe wstrzyknięcia środ-

ków znieczulających do jądra – oczywiście bez skutku. W przypadku opisanym przez Wilson i Agin [1997] przeprowadzono niepotrzebnie liczne, inwazyjne i kosztowne badania diagnostyczne (m.in. sigmoidoskopia, CT jamy brzusznej i miednicy, MRI miednicy). Stosowano też zbędną antybiotykoterapię podejrzewając *proctitis*. Nie należy jednak zapominać, że koro może rzeczywiście współistnieć z patologią organiczną układu moczowo-płciowego, np. infekcją dróg moczowych [30], obrzękiem jąder [37], stulejką [17], przepukliną pachwinową [18], torbielą najądrzy [22], żyłakami powrózka nasiennego i bezpłodnością [13]. Pewne schorzenia, czy – nazwijmy to – manipulacje „urologiczne”, mogą też odgrywać rolę czynników wywołujących objawy koro, jak np. prostatektomia w przypadku opisanym przez Puranik i Dunn [1995], a operacja stulejki u jednego z pacjentów wymienianych przez Yap [1965]. Uwagę pacjenta na okolicę genitaliów – ułatwiając niejako rozwinięcie się koro – mogą kierować też takie stany, jak przebyte choroby wenerycznej [3, 29, 49], uraz mechaniczny narządów płciowych w przeszłości [7, 33], zaburzenia oddawania moczu jako wyraz niepożądanego działania leków [33].

Należy uzupełnić, że choć tradycyjnie zespół ten odnosi się do mężczyzn, to występuje on także u kobiet, choć rzadziej [36]. „Kurczenie się” dotyczy tu warg sromowych i piersi, poza tym ma przebieg podobny do wyżej opisanego. Interesujące jest także doniesienie o podobnym zespole objawów, gdzie jednak „główną rolę” grały nie genitalia lecz... język [11].

Klasyczny zespół koro, znany w Chinach od stuleci, nie wymagał specjalnego leczenia, wystarczały zwykłe oddziaływania słowne, poza tym miał tendencję do samoistnego przemijania [18, 28]. W pozostałych przypadkach terapia zależy od obecności innych schorzeń somatycznych lub psychicznych, które stanowią tło lub podłoże objawów koro. W zespołach psychotycznych stosuje się neuroleptyki [4, 15, 32, 34, 36, 37, 46], czasem w skojarzeniu ze środkami przeciwde-

presyjnymi [4, 13], w zaburzeniach afektywnych – leki przeciwdepresyjne [29, 41]. Donoszono o skuteczności elektrowstrząsów [1, 8, 41, 48], nawet w przypadkach guza mózgu [19]. Podobnie jak w leczeniu wielu innych zaburzeń obrazu ciała, zastosowanie znajduje tu także psychoterapia [7, 24, 29, 38]. Jeżeli chodzi o farmakoterapię „pierwotnego” koro, nawet współlistniejącego z innymi zaburzeniami – najwięcej doniesień wskazuje na skuteczność leków hamujących wychwyt zwrotny serotoniny – klomipraminy [22, 25] oraz grupy SSRI [27]. Autorzy wiążą ich pozytywne efekty w leczeniu koro z podobną skutecznością w dysmorfofobii i tłumaczą pokrewieństwem obu zaburzeń [25, 45]. Stosowano też benzodiazepiny [5, 38], kombinacje neuroleptyku i beta-blokera [40], inhibitor MAO [7]. Niektóre epizody objawów koro przemijają samoistnie [27]. Ciekawe światło na patofizjologię omawianego zaburzenia rzuca przypadek opisany przez Ramos i Budman [1998] – u mężczyzny leczonego olanzapiną z powodu depresji z objawami psychotycznymi, zespół koro rozwinął się bezpośrednio po odstawieniu tego leku, a po jego ponownym włączeniu – szybko ustąpił.

Często podkreśla się, że występowanie koro poza obszarami Azji Południowo-Wschodniej w rzeczywistości może być dużo częstsze niż się powszechnie uważa, i że przyczyna takiego stanu rzeczy tkwi prawdopodobnie w zbyt rzadkich doniesieniach w literaturze.

Jak nam się wydaje dotychczas nie były opisywane przypadki koro w populacji polskiej. Dlatego też pragniemy przedstawić pacjenta, który zgłosił się z objawami tego właśnie zespołu. W naszej praktyce był to również pierwszy chory z tego rodzaju zaburzeniem.

## OPIS PRZYPADKU

45-letni mężczyzna, żonaty, mający sześć-cioro dzieci, rolnik (prowadzi z żoną gospodarstwo rolne o powierzchni ok. 20 ha), ukończył Technikum Rolnicze.

*Główne dolegliwości.* Zgłosił się do gabinetu psychiatrycznego ze skargą na uczucie „wciągania” w głąb brzucha penisa i jąder. Dolegliwość ta występowała napadowo, najczęściej w nocy po wybudzeniu się ze snu, rzadko w innych okolicznościach, jednak ogólnie zdarzała się w okresach dla pacjenta „nerwowych”, a prawie nigdy w okresach spokojnych, pozbawionych napięć. W związku z tym, kiedy tylko odczuwał zdenerwowanie, natychmiast pojawiał się lęk antycypacyjny. „Ściąganiu” narządów płciowych towarzyszyło uczucie lęku o różnym natężeniu – od „napięcia nerwowego”, poprzez „niepokój”, aż do paniki. Jednocześnie występowały objawy wegetatywne takie jak uczucie gorąca lub zimna, nadmierne pocenie się, drżenie całego ciała, kołatanie serca, zawroty głowy oraz chęć oddania moczu. Czasem uczucie „ścigania” obejmowało nie tylko członek i jądra, ale także narządy wewnętrzne: żołądek, pęcherz moczowy. Pacjent nie był przekonany, że w następstwie kurczenia się jego genitalia zostaną wciągnięte w głąb brzucha całkowicie, zaprzeczał także, aby przeżywał lęk przed śmiercią. Lęk dotyczył natomiast grożącej mu w jego przekonaniu impotencji oraz zablokowania odpływu moczu. W czasie niektórych epizodów „ścigania” odczuwał także bóle jąder. Pojedynczy napad powyższych dolegliwości trwał około pół godziny.

*Wywiad.* Po raz pierwszy objawy wystąpiły w ok. 18 roku życia. Wówczas też zaczął on pić większe ilości alkoholu, zdarzało się, że przez kilka kolejnych dni. Można przypuszczać, że było to picie objawowe, stosowane w celu „samoleczenia”. Alkohol powodował bowiem złagodzenie napięcia wewnętrznego i występującego napadowo „wciągania”. Jednak kiedy przestawał działać, poziom niepokoju ponownie wzrastał, a objawy ze strony genitaliów stawały się jeszcze bardziej dokuczliwe. Wówczas pacjent nie korzystał z pomocy medycznej ani z powodu nadużywania alkoholu ani z powodu objawów koro. Po 3 latach, po zmianie miejsca pracy pił już znacznie mniej, aż do

chwili obecnej, kiedy alkohol używa sporadycznie i w małych ilościach. Objawy koro złagodniały po kilku latach. Ponownie nasiliły się ok. 15 lat temu i wówczas po raz pierwszy skłoniło go to do szukania porady lekarskiej. Przez 3 lata leczył się u psychiatry, ambulatoryjnie, przyjmował leki, nie pamięta jakie, ale według niego ich działanie nie przyniosło żadnych efektów. Po pewnym czasie dolegliwości samoistnie uległy złagodzeniu, a w końcu ustąpiły. Kolejny nawrót wyżej opisanych objawów nastąpił ok. pół roku przed obecnym zgłoszeniem się pacjenta. Nawrotów nie wiąże on z żadnymi określonymi czynnikami – ani z wydarzeniami życiowymi, ani z życiem małżeńskim, ani innymi. Opisał siebie jako osobę wrażliwą, wstydliwą, nieśmiałą, zwłaszcza w stosunku do kobiet. Wymieniał też inne objawy, charakterystyczne dla fobii społecznej.

*Choroby przebyte.* Nie choruje ani nie chorował w przeszłości na poważniejsze choroby somatyczne, nie przeżył urazów głowy ani napadów drgawkowych. Nie nadużywał żadnych substancji psychoaktywnych poza 3-letnim okresem nadmiernego picia alkoholu od 18 do 21 roku życia. Nie był leczony psychiatrycznie, poza trzyletnim ambulatoryjnym leczeniem z powodu podobnych objawów przed ok. 15 laty. W jego rodzinie nie było chorób psychicznych.

*Życie seksualne.* Pacjent w wieku młodzieńczym często miał samoistne ejakulacje, często też uprawiał masturbację. Współżycie płciowe podjął w 18 roku życia. Kolejne partnerki mówiły mu, że ma duży temperament i zbyt wybujałe potrzeby seksualne. Sam podkreśla, że w tamtym okresie towarzyszyła mu „nieustanna ochota na seks”. Ożenił się w 29 roku życia. Uważa, że z żoną „nie dobrali się” pod względem potrzeb seksualnych, on ma znacznie większe. Jednak – jak podaje – bywały również „okresy niemocy”, kiedy miał trudności z erekcją. Nadal często zdarza mu się samoistny wytrysk nasienia, często w nocy, w czasie snu.

*Bezpośrednim powodem zgłoszenia się do psychiatry było „wciąganie” narządów płcio-*

wych z towarzyszącym lękiem przed impotencją i przed zablokowaniem odpływu moczu. Okazało się, że cierpi także z powodu zaburzeń snu (o charakterze częstego budzenia się i trudności z ponownym zaśnięciem – budzi się w środku nocy z uczuciem lęku i z takimi jego wegetatywnymi objawami, jak: kołatanie serca, poty, zawroty głowy, drżenie ciała, wówczas też występuje „wciąganie”). Zgłaszał ponadto inne objawy neurasteniczne, jak: apatia, brak energii, męczliwość, często napięcie wewnętrzne, nerwowość, drażliwość.

*Stan aktualny.* Podczas badań był poprawnie zorientowany, nie przejawiał zaburzeń pamięci, był w nieznacznie obniżonym nastroju, w wyrównanym napędzie psychomotorycznym. Nie przejawiał objawów psychotycznych, zaprzeczał również ich występowaniu w przeszłości. Nie spełniał kryteriów rozpoznania zaburzeń afektywnych. Wnioski z badania psychologicznego: brak oznak organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, przeciętny poziom funkcjonowania intelektualnego, wysoki stopień dezintegracji neurotycznej. Badanie stanu somatycznego nie ujawniło odchyłań od normy. Wygląd okolicy zewnętrznych narządów moczowo-płciowych był prawidłowy.

*Inne badania.* Badania laboratoryjne, jak: morfologia krwi obwodowej z rozmazem, badanie ogólne moczu, mocznik i kreatynina, glukoza w surowicy na czczo, gospodarka lipidowa oraz badanie EEG wykonane podczas pierwszej wizyty nie wykazały odchyłań od stanu prawidłowego.

*Rozpoznano:* zespół koro (wg ICD-10 – „inne określone zaburzenia nerwicowe”), fobia społeczna.

*Leczenie.* Włączono leczenie lekiem z grupy IMAO – moklobemidem w dawce 300 mg/die oraz perazyną 25 mg/noc w celu wyrównania zaburzeń snu. Jednak wkrótce pacjent zgłosił się ponownie skarżąc się, że po rozpoczęciu farmakoterapii stał się znacznie pobudzony – „rozsadzało go”, pojawiło się silne napięcie i niepokój wewnętrzny. W związku z tym odstawiono moklobemid, a w celu zmniejszenia niepokoju włączono

czasowo perfenazynę w dawce 3×0,002. Po przeanalizowaniu literatury dotyczącej leczenia koro włączono lek z grupy SSRI – fluwoksaminę w dawce 100 mg/die.

Pacjent dość szybko zauważył poprawę swojego stanu – nieco lepiej sypiał, rzadziej budził się w nocy, napady lęku nie były tak nasilone. Po upływie dalszych 5 miesięcy „wciąganie” narządów płciowych ustąpiło całkowicie. Dodatkowo, w celu wyrównania zaburzeń snu, stosowano w tym czasie okresowo alprazolam w dawce 2 mg/die, perazynę 100 mg/noc oraz hydroksyzynę 10 mg/noc. W czasie dalszej, 3-miesięcznej obserwacji objawy koro nie powróciły.

## KOMENTARZ

Przeglądając literaturę w bazie danych *Medline* oraz w Polskiej Bibliografii Medycznej od 1979 r. nie trafiliśmy na doniesienia dotyczące objawów koro w Polsce. Sądzimy, że najprawdopodobniej przypadki takie zdarzały się, lecz nie były opisywane. Opis naszego pacjenta być może spowoduje kolejne doniesienia, co umożliwi lepszy wgląd w rzeczywiste występowanie tego zaburzenia w naszym kraju i szerzej – poza obszarem Azji Południowo-Wschodniej.

Przedstawiony przypadek z jednej strony jest charakterystyczny dla osób spoza rejonów endemicznych, w jego etiologii nie biorą udziału uwarunkowania kulturowe – jest bowiem niepełnoobjawowy. Nie ma tu typowego dla klasycznego koro przekonania o groźącym całkowitym wciągnięciu genitaliów w głąb brzucha, nie ma lęku przed śmiercią. W zamian pojawia się lęk przed zaburzeniami erekcji oraz przed zablokowaniem odpływu moczu. Tego rodzaju obawy opisywane były u innych „nie-azjatyckich” pacjentów z niekompletnym zespołem koro (np. przez Adeniran i Jones [1994] – lęk przed impotencją, przez Anderson [1990], Chen [1991] – lęk przed zablokowaniem odpływu moczu).

Co ciekawe, Chen [1991] wysunął hipotezę, że rzadko spotykany w symptomatyce

koro lęk przed utrudnieniem oddawania moczu może odzwierciedlać patoplastyczny efekt wieku, jako że opisany przez niego pacjent miał 69 lat, a podobny przypadek przedstawiony przez Anderson [1990] dotyczył chorego w 73 roku życia. Pacjent, którego zaprezentowaliśmy nie potwierdza jednak tej tezy – ma bowiem 45 lat.

Opisany przez nas mężczyzna w czasie niektórych napadów objawów koro odczuwał ból jąder. W dostępnej literaturze znaleźliśmy tylko 3 przypadki, w których występował podobny objaw [8, 38, 47]. Wszyscy ci pacjenci obawiając się schorzenia narządów moczowo-płciowych zgłaszali się w pierwszej kolejności do urologów. U żadnego z nich nie stwierdzono patologii tego układu. W przypadku naszego chorego było inaczej – nie szukał on porady urologa, mimo że oprócz bólu jąder towarzyszył mu także lęk przed zablokowaniem odpływu moczu. Wyraźnie zdawał on sobie sprawę z faktu, że jego dolegliwości są natury „psychiatrycznej”.

Przedstawiony pacjent podczas niektórych napadów koro miał uczucie, że „wciąganie” obejmuje nie tylko genitalia, ale także niektóre narządy wewnętrzne, np. żołądek, pęcherz moczowy. Stanowi to swego rodzaju wyjątek w symptomatyce koro. Przeglądając liczne doniesienia literaturowe nie spotkaliśmy się z podobnym objawem u żadnego z opisanych pacjentów.

Z drugiej strony przedstawiony przypadek ma wiele cech klasycznego koro, który – jak wynika z piśmiennictwa – spotykany jest rzadko w świecie kultury zachodniej, jest zaś typowy dla mieszkańców Chin. Dotyczy on bowiem osoby bez innych schorzeń psychicznych, zdrowej somatycznie i ma charakter zespołu lękowego o charakterze napadowym. Pojawia się epizodycznie, w okresach o zwiększonym poziomie stresu, ma charakter nawrotowy, co zdarza się w części przypadków klasycznego koro – jak podaje Devan i Hong [1987] w ok. 17%. Pod wieloma względami przypomina inne opisy w literaturze, gdzie cechy „pierwotnego” koro wystąpiły u osoby spoza obszaru endemicz-

nego, a więc bez udziału w etiologii „azjatyckich” czynników kulturowych. Np. Constable [1979] przedstawił 50-letniego mieszkańca Wielkiej Brytanii, który znajdował się w trudnym emocjonalnie okresie swojego życia, poza przewlekłym niepokojem bez innych zaburzeń psychicznych, u którego kilkakrotnie wystąpiły nocne napady paniki z przekonaniem o wciąganiu penisa w głąb brzucha. Barrett [1978] – podobnie – opisał powtarzające się nocne napady objawów koro z klasycznymi cechami lęku panicznego u 33-letniego mieszkańca Londynu, bez innych schorzeń somatycznych lub psychicznych. Obaj pacjenci w przeciwieństwie do opisanego przez nas próbowali wyciągać „kurczący się” członek, u obu napadom koro towarzyszył lęk przed zbliżającą się katastrofą lub „czymś strasznym”, ale nie było przekonania o nieuchronnej śmierci w wyniku zniknięcia genitaliów. Co ciekawe, w obu przypadkach, podobnie jak u „naszego” pacjenta, napady występowały w nocy. Kolejny przypadek „pierwotnego” koro poza obszarem endemicznym opisali Oyebode i inni [1986] z tym, że tutaj epizody „kurczenia się” genitaliów trwały dłużej – 24–48 godzin, były – podobnie jak w naszym doniesieniu – związane z nasileniem stresu i nie towarzyszył im lęk przed śmiercią, lecz przekonanie, że jest to objaw poważnej choroby. Wprawdzie u pacjenta tego pojawiła się w późniejszym okresie depresja z cechami endogennymi, ale było to już 15 lat po pierwszym epizodzie koro, można więc uznać, że oba zaburzenia przebiegały niezależnie od siebie. Kolejne opisy „czystego” koro poza obszarem endemicznym podają Hallak i wsp. [2000] (pacjent z Ameryki Pd.) oraz Modai i wsp. [1986] (pacjent z Izraela; w tym przypadku autorzy podkreślają jednak ważną rolę etiologiczną czynników kulturowych w postaci surowych żydowskich zasad religijnych dotyczących życia seksualnego, zwłaszcza masturbacji). Jednak przypadek najbardziej zbliżony do opisanego w niniejszej pracy przedstawili Berrios i Morley [1984] – był to mężczyzna z ok. 20-letnią historią na-



wracających napadów lęku z objawem koro, u którego jednocześnie postawiono rozpoznanie fobii społecznej.

Jak widzimy, dotychczas już kilkakrotnie opisano zespół koro u osób spoza oddziaływań kultury chińskiej, który stanowi przykład „pierwotnego” – nie nałożonego i nie będącego objawem innych schorzeń – zaburzenia. Nasze doniesienie można śmiało dodać do tej serii, wzmacniając w ten sposób postulaty niektórych autorów, aby koro traktować szerzej – jako uniwersalny zespół psychopatologiczny, a nie tak wąsko jak dotychczas – jako jedno z egzotycznych zaburzeń psychicznych. Twierdzenie, że przypadki nieuwarunkowane kulturowo – to zasadniczo koro w przebiegu innych zaburzeń, nie znajduje potwierdzenia w powyższych przykładach, w tym – w opisanym przez nas.

Przedstawiony pacjent jest pod wieloma względami typowy – opisał siebie jako osobę nieśmiałą, wrażliwą, z trudnościami w sytuacjach społecznych, co zgadza się z charakterystyką większości innych osób z koro. Aktywność płciowa była dla niego ważną sferą życia, poświęcał jej wiele uwagi, przejawiał lęk i niepewność co do potencji i jej ewentualnych zaburzeń. Nie mówił wprost o poczuciu winy z powodu masturbacji, jednak można przypuszczać, że jej elementy istniały w jego przeżywaniu (co jest kolejną charakterystyczną cechą pacjentów z opisywanym zespołem). W okresie dojrzewania często uprawiał masturbację, pierwszy stosunek odbył w 18 roku życia i mniej więcej w tym wieku po raz pierwszy pojawiły się objawy koro. Jako młody mężczyzna stale odczuwał napięcie erotyczne, a jego partnerki mówiły mu o zbyt wybuchających potrzebach seksualnych. Przypomina on pod tym względem 2 spośród 19 pacjentów opisanych przez Yap [1965]. Ci pacjenci i prawie połowa pozostałych, przedstawionych we wspomnianej pracy skarżyli się na nocne, samoistne ejakulacje. Podobnie – opisany przez nas chory. Dalsza historia życia płciowego tego pacjenta jest również charakterystyczna dla osób cierpiących z powodu objawów koro. Po za-

warcu związku małżeńskiego okazało się, że żona potrzebuje znacznie rzadszych kontaktów erotycznych niż on, wyraźna jest niezgodność małżonków w zakresie tych potrzeb. Niechętnie, dość enigmatycznie, ze wstydem wspomina on o „okresach niemocy” w pożyciu z żoną. Rozumie przez to trudności z erekcją. Jego lęk w czasie „wciągania” genitaliów dotyczy właśnie ewentualnych zaburzeń wzwodu. U wielu innych opisywanych w literaturze pacjentów w okresie poprzedzającym objawy koro także występowały różnego rodzaju dysfunkcje seksualne, jak np. wytrysk przedwczesny, zaburzenia erekcji [4, 13, 15, 16, 21, 49].

Przeglądając literaturę nie spotkaliśmy się z zastosowaniem wcześniej fluwoksaminy u chorych z omawianym zaburzeniem. Istnieją natomiast doniesienia wskazujące na skuteczność w leczeniu „pierwotnego” koro leków przeciwdepresyjnych hamujących wychwyt zwrotny serotoniny, zarówno niewybiórczo – w przypadku klomipraminy [22, 25] jak i wybiórczo – w przypadku citalopramu [27]. Pozytywny efekt fluwoksaminy u opisanego przez nas chorego potwierdza słuszność strategii leczenia koro za pomocą leków z grupy SSRI oraz może wskazywać na udział tego neuroprzekaznika w patogenezie omawianego zespołu. W przeszłości jeden z epizodów objawów koro u przedstawionego pacjenta przeminął samoistnie. W piśmiennictwie spotkaliśmy się także z podobnymi przypadkami [5, 14, 27].

Czytając literaturę na temat koro widzimy wyraźnie, że pacjenci skupiają uwagę na okolicy genitaliów i odczuciach płynących z tej części ciała, ale jednocześnie ich emocje – niepewność, lęk – koncentrują się wokół tożsamości płciowej, poczucia męskości lub kobiecości, realizacji potrzeb seksualnych, potencji, wreszcie płodności. W skrajnej postaci wyraża się to lękiem przed śmiercią, ale być może jest to tylko „psychologiczna” metafora i w głębszym sensie oznacza nie tyle zagrożenie śmiercią, co symboliczną utratę życia, a więc witalności, męskości, seksualności, zdolności do rozrodu.

Według starochińskich koncepcji w czasie stosunku płciowego energia męska (*yang*) i kobieca (*jin*) przepływają swobodnie, podlegają zdrowej wymianie i dzięki temu pozostają w harmonijnej równowadze ze sobą. W czasie masturbacji lub samoistnych ejakulacji dochodzi do utraty nasienia, a więc ubytku *yang*, który nie zostaje zbalansowany – wówczas pojawiają się objawy koro [49]. Ta starożytna wschodnia koncepcja może w symboliczny sposób tłumaczyć źródła niepokojów prowadzących do powstania koro nie tylko u mieszkańców Chin, ale także osób o odmiennym pochodzeniu kulturowym.

Analizując szczegółowo wypowiedzi niektórych pacjentów można to wyraźnie prześledzić. Np. mężczyzna opisany przez Adeniran i Jones [1994] nie mówił wprost o lęku przed śmiercią, lecz twierdził, że kiedy jego członek skurczy się całkowicie będzie on „niczym”, ponieważ straci swoją płć, nie będzie dłużej realną osobą, pozostanie impotentem bez spermy, a jego jądra będą martwe. Wcześniej mężczyzna ten zaspokajał potrzeby seksualne poprzez masturbację, a w okresie bezpośrednio poprzedzającym objawy koro odkrył u siebie pragnienia homoseksualne, które przeraziły go. Ciekawych informacji dostarczają pacjenci chorzy na schizofrenię z objawem koro, zwłaszcza treść ich urojeń – przejawiające się w nich myślenie symboliczne pozwala zobaczyć jak bliskie lękowi przed śmiercią są obawy związane z utratą tożsamości seksualnej, płodności, potencji. Na przykład u mężczyzny opisanego przez Cohen i wsp. [1995], cierpiącego już wcześniej na bezpłodność, po pojawieniu się objawów koro rozwinęła się ich urojeniowa interpretacja – to rodzina żony, stosując truciznę, pozbawiła go seksualnej witalności. U innych, wraz z koro pojawiają się urojenia zmiany płci [4, 32, 36]. Szczególnie interesujący jest przedstawiony przez węgierskich autorów Kovacs i Osvath [1998] opis kobiety z ostrym stanem psychotycznym i objawem koro, gdzie analogie do chińskiej koncepcji *jin-yang* widać „jak na dłoni”. Czowała ona jak kurczą się jej piersi i jednocześnie

coraz bardziej traciła poczucie, że jest kobietą. „Przekształcając się” stopniowo w mężczyznę przeżywała intensywny lęk, wierzyła bowiem, że w wyniku tej metamorfozy utraci całą swoją energię i w rezultacie umrze. Zrzuciła z siebie ubranie i błagała znajdujących się w pobliżu mężczyzn, aby któryś z nich odbył z nią stosunek seksualny. Była przekonana, że jedynie w ten sposób (otrzymując niejako męską energię) pozostanie kobietą i tym samym ocali swoje życie.

Ciekawe wydaje się także wyjaśnienie objawów koro u pacjenta Modai i wsp. [1986] w kategoriach psychodynamicznych, tym bardziej, że ten punkt widzenia jest bardzo rzadko obecny w doniesieniach. Autorzy opisali mężczyznę z „pierwotnym” zespołem koro. Miał on sztywne poglądy na temat męskości i kobiecości. Uważał siebie za silną osobę, dbającą i opiekującą się słabą żoną, a swoją męskość potwierdzał poprzez częste współżycie płciowe. Kurczenie się penisa symbolizowało dla niego utratę męskości. Szczegółowe badania psychologiczne pokazały jednak, że w rzeczywistości jego poczucie wartości w roli mężczyzny było kruche, a kobiety postrzegał jako duże i zagrażające. W trakcie psychoterapii stało się jasne, że towarzyszą mu konflikty neurotyczne związane z tożsamością seksualną, lęk przed kastracją i utratą kontroli nad silnymi agresywnymi impulsami wobec obiektu seksualnego. Kurczenie się penisa miało neurotyczny cel – umożliwiało obsesyjną koncentrację na narządach płciowych bez używania ich w realnym życiu.

Jak widzimy, powstanie koro tłumaczyć mogą koncepcje wychodzące z różnych punktów widzenia – etnograficzne, psychologiczne, medyczne, a nawet antropologiczne. Schleidt [1995] w ciekawy sposób wiąże omawiany zespół z przystosowaniem ewolucyjnym człowieka. Okazuje się, że w komunikacji prewerbalnej członek męski odgrywał bardzo ważną rolę. Pokazywanie go we wzwodzie miało funkcję odstrasżającą, natomiast skurczony – był sygnałem lęku i braku pewności siebie. Przewlekłe wycofa-

nie członka, zwykle połączone z uniesieniem jąder powoduje jednak wzrost temperatury w ich wnętrzu i w rezultacie zaburzenia płodności, co równa się – jak pisze Schleidt – psychologicznej kastracji. Znowu prowadzi nas to do głębokich, ukrytych zarówno dla pacjenta jak i lekarzy źródeł objawu koro – niepewnego lub negatywnego obrazu siebie w swojej roli płciowej.

Pogląd, że koro jest egzotycznym zaburzeniem psychicznym, a przypadki spoza wpływów kultury chińskiej są jedynie jego sporadycznymi przejawami, podważa coraz więcej przykładów z literatury, w tym pacjent opisany przez nas. Wielu autorów uważa za niepotrzebne i dziś już nieuzasadnione trzymanie się utartych schematów i postuluje uznanie objawów koro za uniwersalne, występujące na całym świecie, o wieloczynnikowej etiologii [1, 5, 6, 43]. Koro i stany „koro-podobne” można umieścić w pewnym spektrum zaburzeń, gdzie jeden biegun stanowiłby klasyczny – „lękowy” zespół z zasadniczym udziałem wpływów kulturowych, a drugi – koro jako objaw innego schorzenia somatycznego lub psychicznego [36]. Między tymi skrajnościami byłaby przestrzeń dla przypadków, w których działają oba powyższe, ale też i inne czynniki, w różnych konstelacjach i proporcjach, takie jak: uwarunkowania osobowościowe (zależność, pasywność), nastawienie hipochondryczne związane z okolicą genitaliów (wzmocnione np. przez przebyte lub aktualne schorzenia, urazy czy operacje narządów płciowych), wysoki poziom stresu i lęku, konflikty neurotyczne dotyczące seksualnej sfery życia, obecność dodatkowych zaburzeń psychicznych lub somatycznych, inne niż chińskie wpływy kulturowe, np. żydowskie. Chcemy opowiedzieć się za takim poglądem, dokładając kolejny argument na jego rzecz w postaci opisanego przypadku. Intencją tej pracy było także przybliżenie praktykującym psychiatrom zespołu koro, jako że podręczniki poświęcają mu niewiele miejsca, a jednocześnie mówi się o zbyt rzadkich doniesieniach na jego temat w piśmiennictwie w stosunku do rzeczywistego

rozpowszechnienia. Mamy nadzieję, że praca nasza sprowokuje dalsze opisy tego ciekawego zaburzenia wśród polskich pacjentów.

## PIŚMIENNICTWO

1. Adeniran RA, Jones JR. Koro: culture-bound disorder or universal symptom? *Br J Psychiatry* 1994; 164: 559–61.
2. Adityanjee, Zain AM, Subramaniam M. Sporadic Koro and marital disharmony. *Psychopathology* 1991; 24: 49–52.
3. Anderson DN. Koro: the genital retraction symptom after stroke. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 142–4.
4. Ang PC, Weller MPI. Koro and psychosis. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 335.
5. Barrett K. Koro in a Londoner (list). *Lancet* 1978; 16: 1319.
6. Bernstein RL, Gaw AC. Koro: proposed classification for DSM-IV. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1670–4.
7. Berrios GE, Morley SJ. Koro-like symptom in non-Chinese subject. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 331–4.
8. Caballero JM, Avila A, Cardona X, Sastre F, Maho P, Bello J. Genital pain without urogenital pathology: the Koro-like syndrome. *J Urology* 2000; 163: 243.
9. Chand SP. Koro associated with phobia for AIDS. *Int J Psychiatry Med* 1998; 28: 353–6.
10. Chen E. Drug-induced Koro in a non-Chinese man. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 721.
11. Chin CN, S'ng KH. Koro-like syndrome affecting the Tongue – a case report. *Med J Malaysia* 1995; 50: 175–7.
12. Chowdhury AN, Bera NK. Koro following cannabis smoking: two case reports. *Addiction* 1994; 89: 1017–20.
13. Cohen S, Tennenbaum SY, Teitelbaum A, Durst R. The Koro (genital retraction) syndrome and its association with infertility: a case report. *J Urology* 1995; 153: 427–8.
14. Constable PJ. Koro in Hertfordshire (list). *Lancet* 1979; 20: 163.
15. Cremona A. Another case of Koro in a Briton (list). *Br J Psychiatry* 1981; 138: 180–1.
16. Dantendorfer K, Amering M, Prayer D, Maierhofer D, Schneider P, Katschnig H. Treatment of Koro and panic attacks after stroke. *Anxiety* 1996; 2: 53–5.

17. De Leo D, Mauro P, Pellegrini C. An organic triggering factor in Koro syndrome? A case report. *Eur J Psychiatry* 1989; 3: 77.
18. Devan GS, Hong OS. Koro and schizophrenia in Singapore. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 106–7.
19. Durst R, Rosca-Rebaudengo P. Koro secondary to a tumor of the corpus callosum. *Br J Psychiatry* 1988; 153: 251–4.
20. Earleywine M. Cannabis-induced Koro in Americans. *Addiction* 2001; 96: 1663–6.
21. Fabian JL. Koro: Classification and case reports (list). *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1766.
22. Fernando N. Monosymptomatic hypochondriasis treated with a tricyclic antidepressant. *Br J Psychiatry* 1988; 152: 851–2.
23. Fishbain DA. Koro: Classification and case reports (list). *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1765–6.
24. Fishbain DA, Barsky S, Goldberg M. „Koro” (genital retraction syndrome): psychotherapeutic interventions. *Am J Psychother* 1989; 43: 87–91.
25. Goetz KL, Price TR. A case of Koro: treatment response and implications for diagnostic classification. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182: 590–1.
26. Guarnaccia PJ, Rogler LH. Research on culture-bound syndromes: new directions. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1322–7.
27. Hallak JEC, Crippa JAS, Zuardi AW. Treatment of Koro with citalopram (list). *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 951.
28. Harrington JA. Epidemic psychosis (list). *Br J Psychiatry* 1982; 141: 98–9.
29. Heyman I, Fahy TA. Koro-like symptoms in a man infected with the human immunodeficiency virus. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 119–21.
30. Holden TJ. Koro syndrome associated with alcohol induced systemic disease in a Zulu. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 695–7.
31. Joseph AB. Koro: computed tomography and brain electrical activity mapping in two patients. *J Clin Psychiatry* 1986; 47: 430–2.
32. Kendall EM, Jenkins PL. Koro in an American man (list). *Am J Psychiatry* 1987; 144: 1621.
33. Kennedy B, Flick GR. Classification of Koro (list). *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1278–9.
34. Kim J, Kim M, Lee N, Park Y. A case of urethrocutaneous fistula with the Koro syndrome. *J Urology* 2000; 164: 123.
35. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Kraków, Warszawa: Univ Wyd Med „Vesalius”, IPIŃ; 1998.
36. Kovacs A, Osvath P. Genital retraction syndrome in a Korean woman. *Psychopathology* 1998; 31: 220–4.
37. Kranzler HR, Shah PJ. Atypical Koro (list). *Br J Psychiatry* 1988; 152: 579–80.
38. Modai I, Munitz H, Aizenberg D. Koro in an Israeli male. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 503–5.
39. Mukherjee T. Koro-like states (list). *Br J Psychiatry* 1987; 150: 881.
40. Oyebo F, Jamieson R, Mullaney J, Davison K. Koro – a psychophysiological dysfunction? *Br J Psychiatry* 1986; 148: 212–4.
41. Puranik A, Dunn J. Koro presenting after prostatectomy in an elderly man. *Br J Urology* 1995; 75: 108–9.
42. Ramos RH, Budman CL. Emergence of Koro after abrupt cessation of olanzapine (list). *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 2.
43. Sajjad SHA. Classification of Koro (list). *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1279.
44. Schleidt WM. Re: the Koro (genital retraction) syndrome and its association with infertility: a case report (list). *J Urology* 1995; 154: 1484.
45. Stein DJ, Frenkel M, Hollander E. Classification of Koro (list). *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1279–80.
46. Ungvari GS, Mullen RS. Koro: the delusion of penile retraction. *Urology* 1994; 43: 883–5.
47. Wilson S, Agin C. Genital pain associated with genital retraction: a case of Koro syndrome. *J Pain Symptom Manage* 1997; 13: 176–8.
48. Wolff G, McKenzie K. Capgras, Fregoli and Cotard’s syndromes and Koro in folie a deux (list). *Br J Psychiatry* 1994; 165: 842.
49. Yap PM. Koro – a culture-bound depersonalization syndrome. *Br J Psychiatry* 1965; 111: 43–50.

*Adres: Dr Dariusz Łaguna, Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Stanisława Deresza, Plac Z. Brodowicza 1, 16-070 Choroszcz*