

Ю.І. Мисула, О.П. Венгер

ІНФЕКЦІЙНІ ПСИХОЗИ. ІСТОРИЧНИЙ РАКУРС. ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Інфекційні психози відомі з давнини, проте вони дотепер становлять труднощі для діагностики, лікування та догляду за пацієнтами з цією патологією. Знання історичних етапів вчення та клініки інфекційних психозів є важливим для лікаря будь-якого профілю, оскільки дає глибоке розуміння природи вказаної категорії розладів і знання того, чого слід очікувати від пацієнта. Інфекційні психози можуть виникати на будь-якій стадії захворювання. Часто вони обумовлені наростанням тяжкості захворювання з посиленням обмінних, судинних та інших порушень. Зазвичай у таких випадках розвиваються психози за типом екзогенної реакції з характерними для неї синдромами (делірій, онейроїд, аменція, сутінкове потьмарення свідомості). Залежність між виникненням психозів і тяжкістю соматичного стану не абсолютна. При психозах у хворих з інфекційними захворюваннями описано практично всі синдроми, відомі в психопатології.

Ключові слова: *інфекційні захворювання, психоз, делірій, онейроїд, аменція, сутінкові стани.*

XX ст. відзначено в науці відходом від монокаузалізму. В медицині ми завдячуємо цьому Гансу Сельє. Згідно з його вченням, етіологічний фактор, якої би природи він не був, запускає в організмі стереотипний механізм патологічного процесу, який є захисним. Також німецький психіатр і невропатолог Карл Бонгеффер створив вчення про екзогенний тип реакції.

Е. Крепелін спочатку виступив проти поглядів Бонгеффера, але згодом не тільки прийняв їх, але й розвинув у своїй теорії реєстрів. Історична справедливість вимагає назвати ще одне значне для психіатрії ім'я – німецького вченого В. Гризингера, який задовго до К. Бонгеффера сформулював концепцію єдиного психозу, стверджуючи, що різні форми психічного захворювання є лише стадіями одного патологічного процесу, який може або зупинитися на одній з них, або прогресувати. Однак сам Гризингер пізніше дійшов до існування первинного маячення, що суперечило концепції єдиного

психозу. Ось якими драматичними шляхами просувалася психіатрична наука.

К. Бонгеффер одним із перших у медичній науці піддав сумніву специфічність відповіді організму на хвороботворного агента та залежність цієї відповіді від його природи. Праці вченого з описом класичних типів екзогенних реакцій з'явилися майже на 30 років раніше від праць Г. Сельє про адаптаційний синдром (відповідно 1908 і 1936 р.). Дослідження Бонгеффера стосувалися клініки, Сельє працював експериментально в лабораторних умовах. Але, якщо порівнювати їх глобальні висновки, стає очевидним, що кожен із цих видатних вчених незалежно один від одного створив концепцію, яка лежить в основі сучасної медичної науки.

Зупиняючись детальніше на поглядах К. Бонгеффера та порівнюючи їх з теорією Г. Сельє, слід згадати, що, об'єднавши всі можливі екзогенні фактори психічних розладів в узагальнювальне поняття похае (шкідливі), К. Бонгеффер дійшов висновку, що ця сукупність шкідливих факторів діє на мозок не безпосередньо, а через так звану «проміжну етіологічну ланку». Водночас різні хворобливі психопатологічні явища слід розглядати як реакції на цей вторинний автотоксичний вплив. З курсу патофізіології відомо, що Г. Сельє вживав дуже близьку за своїм значенням дефініцію – «перший медіатор», тобто будь-який фактор, що активує систему гіпоталамус-гіпофіз-кора надниркових залоз. Ключовою в обох концепціях є думка про те, що, незважаючи на розмаїття та численність патогенних факторів, організм має досить обмежену кількість способів реагування на них.

У 1908 р. Бонгеффер визначив відомі п'ять типів екзогенних реакцій: делірій, сутінкове потьмарення свідомості (в оригіналі – епілептиформний тип), гострий галюциноз, аменція та оглушення. Сьогодні перелік екзогенних психічних розладів є значно ширшим, але геніальна здогадка німецького вченого і дотепер не втратила актуальності [1].

До групи психічних розладів інфекційно-органічного генезу належать порушення, що виникають при вірусних і бактерійних ураженнях головного мозку і проявляють-

ся різними психопатологічними синдромами – від невроноподібного (астенічного) синдрому та гострих психотичних реакцій екзогенного типу до психоорганічного синдрому у вигляді деменції та грубих розладів поведінки. В основі психічних порушень лежать енцефаліти, енцефаломієліти, менінгіти, а також гострі токсичні енцефалопатії, що розвиваються в цих випадках [2].

Поширеність інфекційних психозів в останні десятиліття мала відчутну тенденцію до зниження, тоді як непсихотичні форми психічних розладів інфекційного генезу спостерігаються частіше. Проте ситуація змінилась із настанням епідемії COVID-19, адже значна частина населення перенесла це захворювання із психотичними симптомами. Особливо це стосується тяжких форм недуги [3].

Імовірність розвитку психозів у разі інфекційних захворювань залежить від комплексу факторів, насамперед від характеристики інфекційного агента (вірулентності та нейротропності збудника), особливостей ураження структур головного мозку, гостроти та локалізації патологічного процесу, преморбідних властивостей особистості хворого, його віку, статі тощо [4].

Психоз – це дуже руйнівний синдром із багатьма етіологіями, який характеризується переважно наявністю маячних ідей, галюцинаціями та дезорганізацією мислення, мови й поведінки.

Достатньо умовним є розподіл інфекційних захворювань на гострі та хронічні, що також відображається на клінічній картині психічних розладів інфекційного генезу. У разі гострих інфекцій та загострень хронічних захворювань психопатологічні симптоми яскравіші, часто супроводжуються розладами свідомості у вигляді делірійного, аментивного, онейроїдного синдромів, оглушення, сутінкового стану свідомості (епілептиформного порушення). У той же час хронічні психози частіше характеризуються ендформними проявами (галюциноз, галюцинаторно-параноїдний стан, апатичний ступор, конфабуляції). У деяких випадках формуються органічні, незворотні стани у вигляді психоорганічного синдрому, синдрому Корсакова та деменції [5].

У психіатричній практиці виділяють такі психічні розлади інфекційного генезу, які залежать від особливостей ураження головного мозку:

- 1) симптоматичні психічні розлади, що виникають у результаті інтоксикації, порушення церебральної гемодинаміки, гіпертермії;
- 2) менінгоенцефалітні та енцефалітні психічні розлади, причиною яких є запальні процеси в оболонках, судинах і речовині головного мозку;
- 3) енцефалопатичні розлади, що виникають у результаті постінфекційних дегенеративних і дистрофічних змін у структурах головного мозку [6].

Протягом останніх десятиліть продовжує змінюватися структура психіатричної захворюваності у групі інфекційно-органічних хвороб мозку, що пов'язано зі зменшенням поширеності одних нейроінфекцій та появою нових клінічних форм. Це, наприклад, розлади, зумовлені нейросифілісом та СНІДом [7].

Для інтерпретації показників поширеності психічних порушень при інфекційно-органічних захворюваннях нервової системи необхідно враховувати той факт, що зараження відповідним вірусним або бактерійним агентом ще не означає виникнення інфекційної хвороби [8].

Точних епідеміологічних даних щодо поширеності психічних порушень внаслідок нейроінфекцій немає. Про них можна судити лише за непрямими показниками, наприклад, за статистичною звітністю психіатричних установ. Тривалість перебування в стаціонарі конкретної категорії хворих досить велика і майже аналогічна такій при шизофренії, психотичних формах психозів пізнього віку та деменції. Висока і летальність цього контингенту: вона досягає 4-6 %, поступаючись лише відповідним показникам при старечих психозах [9, 10].

Загальновідомо, що патогенез мікробних і вірусних уражень нервової системи різних. Так, вірусна патологія, на відміну від бактерійної та паразитарної, характеризується не прямою дією інфекційного агента, а формування патологічного комплексу відбувається внаслідок взаємодії вірусу та факторів імунітету.

Не менше значення мають і загальні соматогенні фактори, пов'язані з органічними змінами в різних органах і системах, які призводять до вторинних ушкоджень у вигляді токсичної, обмінної, судинної та іншого генезу енцефалопатії.

Психічні порушення при нейроінфекціях загалом прийнято розглядати в рамках екзогенного типу реакцій на різних стадіях психоорганічного синдрому [4].

Однак природа формування різних психопатологічних симптомокомплексів, що належать до них, незважаючи на зусилля багатьох вітчизняних психіатрів, залишається маловивченою [2]. На підставі наведених робіт можна зробити висновок, що різні нейроінфекції мають загальні риси та особливості, які зумовлені етіологією захворювання. Особливо велике значення має локалізація топіки ураження нервової системи, яка знаходить відображення насамперед у клінічній картині неврологічних розладів.

На висоті хвороби при гострих нейроінфекціях ці розлади встановити досить складно, оскільки переважає загальнономозкова симптоматика, у зв'язку з чим затушуються локальні прояви хвороби. Тому, як і за інших психічних захворювань, для діагностики велике значен-

ня мають структура психопатологічного синдрому та його трансформація у розвитку захворювання.

Сучасні уявлення про патогенез психічних порушень при нейроінфекціях припускають також велике значення спадковості, преморбідних особливостей особистості та факторів «підґрунтя».

Класифікація психічних порушень у разі інфекційних захворювань

1. Синдроми порушення свідомості (непсихотичні зміни): обнуліяція, оглушення, сопор, кома.

2. Функціональні непсихотичні синдроми: астеничний, астеноневротичний, астеноабулічний, апатико-абулічний, психопатоподібний.

3. Психотичні синдроми: астенична сплутаність, деліріозний, онейроїдний, аментивний, сутінкове потьмарення свідомості, кататонічний, параноїдний та галюцинаторно-параноїдний, галюцинаторний.

4. Психоорганічні синдроми: простий психоорганічний, синдром Корсакова (амнестичний), епілептиформний, деменція [2].

Клінічні прояви психічних розладів залежать від стадії та тяжкості інфекційного захворювання. У початковий (ініціальний) період частіше виникають такі синдроми: астеничний, астеноневротичний (неврозоподібний), окремі ознаки деліріозного синдрому. Маніфестний період інфекційного захворювання характеризується наявністю астеничного й астеноневротичного синдромів, можливі епізоди пригнічення або потьмарення свідомості, галюцинозу, галюцинаторно-параноїдного, параноїдного, депресивного- та маніакально-параноїдного синдромів. У період реконвалесценції спостерігаються астеничний, астеноневротичний, психопатоподібний, психоорганічний синдроми, деменція, епілептиформний, синдром Корсакова (амнестичний), резидуальне маячення, інші психотичні синдроми (параноїдний, галюцинаторно-параноїдний). За умови легкого ступеня інфекційного захворювання психічні розлади обмежуються непсихотичними проявами, тоді як у разі тяжких гострих інфекцій та загострень хронічних інфекцій астеничні стани поєднуються із синдромами пригнічення та потьмарення свідомості. Останнім часом через патоморфоз психічної патології найчастішими проявами психічних розладів у разі інфекційних захворювань є порушення непсихотичного рівня, які в основному представлені астеничним синдромом, що супроводжується значними вегетативними порушеннями, сенестопатичними, іпохондричними, нав'язливими станами, порушеннями сенсорного синтезу. Емоційні розлади найчастіше характеризуються депресивними проявами, нерідко з дисфоричним відтінком – з тужливістю, злостивістю, дратливістю. У разі затяжного перебігу хвороби формуються особистісні порушення, змінюється характер,

з'являються збудливість або невпевненість у собі, тривожність, стурбованість. Ця симптоматика може бути досить стійкою [5].

Найпоширенішим психотичним синдромом у разі інфекційних захворювань, особливо в осіб молодого віку, є деліріозний синдром. Інфекційний делірій характеризується дезорієнтуванням у навколишньому, однак іноді на короткий час вдається повернути увагу хворого, виникають зорові ілюзії та галюцинації, страхи, ідеї переслідування. Зазначені симптоми посилюються до вечора. Хворі можуть бачити пожежі, загиблих людей, руйнування, втікають від катастроф і переслідувачів. Поведінка та мова зумовлені галюцинаторно-маячними переживаннями. Хворий може відчувати біль у різних органах, йому здається, що його хочуть четвертувати, ампутувати ногу, прострілити бік тощо. Може виникнути симптом двійника: хворому здається, що поруч із ним знаходиться його двійник. Нерідко розвивається професійний делірій, під час якого хворий виконує дії, характерні для його професії, звичної трудової діяльності.

Іншим видом психічних розладів, який досить часто трапляється в разі інфекційних захворювань, є аментивний синдром, що зазвичай розвивається у хворих із тяжким соматичним станом. Аменція характеризується глибоким потьмаренням свідомості, порушенням орієнтування в навколишньому і у власній особі. Можливе різке психомоторне збудження, галюцинаторні переживання. Мислення інкогерентне, хворі розгублені, збудження одноманітне, в межах ліжка, хворий безладно борсається з боку на бік, здригається, витягається, намагається кудись бігти, відчуває страх. Такі хворі потребують пильного спостереження та догляду [8].

Онейроїдний синдром у разі інфекційних захворювань характеризується наявністю ступору чи психомоторного збудження. У хворих мимоволі виникають фантастичні сноподібно-маячні уявлення у вигляді мрій, ілюзій та псевдогалюцинацій; пацієнт, ніби учасник, переживає різні, нерідко грандіозні драматичні ситуації (сцени). Так, він сприймає себе в ролі відомої історичної особи, героя прочитаної книги, баченого фільму, здійснює подорожі в космос, бере участь у гігантських боях з інопланетянами, присутній при загибелі материка внаслідок атомної катастрофи тощо. Переживання супроводжуються афективними (емоційними) розладами депресивного або маніакального типу, при цьому афекти виявляються тільки в міміці і рідкісних словесних виразах. Характерна дисоціація між широтою фантастичних уявлень, що виникають у свідомості хворого, і його поведінкою, яка проявляється загальмованістю (ступорозний онейроїд), або стереотипними рухами, іноді розгублено-патетичним збудженням («збуджений» онейроїд). Зазвичай мовне спілкування з хворим

ускладнене чи неможливе. Онейроїд може тривати кілька годин або діб, іноді тижнів. При одужанні хворий, як правило, пам'ятає в деталях свої переживання під час онейроїду, а реальну обстановку в цей період відтворює уривчасто. У міру зменшення яскравості інфекційного психозу розвивається астения з емоційною гіперестезією, дратливістю, плаксивістю, різкою слабкістю, несприйняттям звуків, світла та інших зовнішніх подразників.

Затяжні (протраговані) психози можуть виникати в разі тривалого чи хронічного перебігу інфекції. У цих випадках психічні розлади нерідко перебігають без потьмарення свідомості. Відзначається депресивно-параноїдний або маніакальний синдром з гарним настроєм, багатою мовною продукцією. Надалі можуть виникати ідеї переслідування, іпохондричне маячення, галюцинаторні переживання. При виході із цього стану зазвичай виникає тривала астения, а за несприятливого перебігу може формуватися синдром Корсакова чи психоорганічний синдром.

Нижче наведено перелік захворювань, при яких найчастіше виникає психіатрична психотична симптоматика.

COVID-19. За даними літератури, щонайменше 30 % пацієнтів, які мають середні та тяжкі форми коронавірусної інфекції, мають проблеми з психікою. Найчастіше розвиваються деліріозний стан, психоз із наявністю зорових і слухових галюцинаторних розладів та різними маячними ідеями, дезорганізованість мови та поведінки, аутизованість пацієнтів із фіксацією на внутрішніх думках і переживаннях, сплутаність свідомості, аментивні порушення та суїцидальні думки. Є дані, які свідчать на користь розвитку посттравматичного стресового розладу у цих пацієнтів.

Сьогодні достовірно невідомо, чи ці симптоми викликані прямим інфікуванням клітин мозку, чи надмірною стимуляцією імунної системи [3, 10].

Грип. Психічні розлади при грипі виникають на висоті інфекції в гарячковому або постфебрильному періоді. У продромі психозів відзначаються астеничні розлади, адинамія, розлади сну (безсоння вночі та сонливість удень), а також явища дереалізації, страхи з неприємними відчуттями в ділянці серця. Гострі психотичні стани проявляються картинами гострого делірію, епілептиформним, а також тривожно-тоскним збудженням з маяченням провини, гріховності, рідше – ідеями переслідування. Характерні наявність астеничних розладів, в першу чергу підвищеного виснаження та вегетативних порушень. Інколи спостерігаються гіпоманіакальні стани з поживленням, спрямованістю до дій. Психози виникають частіше при епідеміях і дуже рідко – при спорадичних випадках [1, 5].

Туберкульоз. Психози спостерігаються рідко, серед них частіше трапляються маніакальні, рідше – галюцинаторно-параноїдні стани. Приєднання епіпападів дає підставу підозрювати виникнення туберкульозом головного мозку. Є також думка, що психози при туберкульозі пов'язані не з самим захворюванням, а із застосуванням протитуберкульозних засобів. Принаймні, відкриттям антидепресантів психіатри завдячують саме фтизіатричній практиці, в якій почали застосовувати іпроніазид, що спричиняв стани підвищеного настрою у хворих (його побічна дія на фермент моноаміноксидазу) [5, 9].

За наявності **скарлатини** психічні розлади проявляються у вигляді астеничної симптоматики, що виникає на другий день захворювання після короткочасного збудження. У разі середньотяжкої та тяжкої форм скарлатини астения у дітей в перші 3-4 дні поєднується з легким оглушенням. У разі тяжких форм скарлатини також можливий розвиток деліріозного й онейроїдного синдромів з галюцинаціями фантастичного змісту, які періодично посилюються. При цьому психоз має хвилеподібний перебіг зі швидкою зміною настрою. В ослаблених дітей, які часто хворіють, у разі стертих атипичних форм скарлатини психоз може розвинути на 4-5-й день недуги. Астеничні розлади після скарлатини є основою для розвитку в дітей невротичних реакцій.

Бешиха порівняно рідко супроводжується розвитком психічних розладів. Лише на висоті гарячки на тлі астеничної симптоматики може розвинути транзиторний психоз у вигляді абортивного, звичайно гіпнагогічного (перед засинанням) делірію. За млявого чи затяжного перебігу бешихи може виникати аментивний синдром, як правило після короткочасного гіпоманіакального стану з ейфорією. У разі затяжного перебігу хвороби можуть розвинути психози без порушення свідомості. Легші форми психічних розладів за наявності бешихи представлені астенодепресивним, астеноіпохондричним, гіпоманіакальним синдромами. У разі тяжкого ступеня інфекції, розвитку флегмони можливий кататонічний синдром. Прогноз транзиторних і пролонгованих психозів сприятливий [2, 5].

Черевний тиф супроводжується астениею, адинамією, безсонням, гіпнагогічними страхітливими галюцинаціями, нерідко тривоною, страхом [5].

Кір є одним із захворювань, що виникають переважно в дитячому віці. Його перебіг може ускладнюватися пневмонією, менінгоенцефалітом, енцефалітом. У дорослих, які вперше захворіли на кір, хвороба перебігає тяжче, ніж у дітей. Психічні розлади у разі кору спостерігаються на всіх стадіях захворювання. Так, у продромальний період відзначається дратливість,

плаксивість, занепокоєння, погіршення настрою, млявість, зниження апетиту, а іноді рухове і мовне збудження. У маніфестний період може розвинутися психомоторне збудження із сутінковим потьмаренням свідомості, деліріозним чи онейроїдним синдромом. Делірій у разі кору, так само як і в разі скарлатини, у дорослих частіше розвивається у нічний час, з'являється рухове занепокоєння з раптовим плачем. Онейроїдний синдром у дітей супроводжується переживаннями кошмарів, що можуть бути пов'язані з казками, телепередачами, розповідями дорослих. За умови розвитку неврологічних ускладнень з'являються менінгеальні симптоми, судоми, паралічі, нерідко розвиваються оглушення, сонливість [5, 6].

Клініка психічних порушень у разі **інфекційного паротиту** мало відрізняється від психічної патології у разі скарлатини чи кору. Ускладненням недуги може бути менінгоенцефаліт, що супроводжується сонливістю, млявістю, психосенсорними розладами, а також оглушенням, сопором і, навіть, комою.

У разі **пневмонії** психічні розлади зумовлені інтоксикацією, гіпоксією, нейрорефлекторними впливами на головний мозок. На висоті інтоксикації можливі деліріозні епізоди («гарячковий делірій»), звичайно у вечірній і нічний час, сонливість вдень може супроводжуватися парейдолічними ілюзіями. У хворих на хронічний алкоголізм пневмонія може призвести до розвитку білої гарячки. За тяжкого ступеня недуги можливий розвиток аментивного синдрому з порушенням контакту, відсутністю реакції на зовнішні впливи, страхом, дезорганізованим мисленням. Вихід зі стану порушеної свідомості частіше критичний, він не завжди збігається з поліпшенням соматичного стану і зниженням температури тіла. Пневмонія із затяжним і хронічним перебігом супроводжується астено-абулічним чи неврозоподібним синдромами [5, 10].

Ще одним захворюванням є галюцинаторно-параноїдна форма **сифілісу мозку**. Фоном цього захворювання є помірне недоумство. Переважають слухові галюцинації та маячні ідеї переслідування, величі, а також іпохондричні. Настрій нестійкий: роздратованість змінюється тривожністю або пригніченістю. Інколи спостерігається гнівливість, рідше ейфорія. На пізньому етапі приєднуються епілептиформні напади та порушення свідомості.

Ревматизм. Можливе виникнення делірійних станів, онейроїдних розладів свідомості, оглушення, психосенсорних розладів, нападів туги з тривогою і страхом. При ревматичній хорей поряд з астенічними проявами і значною емоційною лабільністю може спостерігатися розгальмованість поведінки з підвищенням потягів, ейфорією. Часті протраговані психози у вигляді маніакальних

станів і депресій. При ревматичному ураженні мозкових судин спостерігаються депресивно-маячні синдроми з ажитацією та тривогою, апатичний ступор [5].

Підгострий септичний ендокардит. Психози можуть перебігати з розладами свідомості у вигляді делірію, аменції, епілептиформного збудження, а також у вигляді депресивно-ажитованих станів, що нагадують картину інволюційної депресії та галюцинаторно-маячних психозів.

У разі церебральної форми **тропічної малярії** розвиваються симптоми, пов'язані з ураженням головного мозку. Розлад свідомості розвивається поступово чи дуже швидко: зовні цілком здорова людина раптово втрачає свідомість, іноді за нормальної температури. Кома може виникнути після делірію чи сутінкового потьмарення свідомості, рідше – після епілептиформних нападів, а іноді тільки в разі посилення головного болю. Прогноз у разі коматозної форми дуже серйозний. Крім оглушення і делірію за церебральної форми малярії можуть виникати сутінкове потьмарення свідомості й аменція. Малярійні психози тривають кілька днів і, навіть, тижнів [4, 5].

Післяпологові психози. Найчастіше спостерігаються делірій, вербальний галюциноз, депресії з тривогою та манії зі сплутаністю. Раніше характерними вважалися стани аменції, які в еру широкого застосування антибіотиків майже не спостерігаються. Післяпологові психози можуть бути симптоматичними (у зв'язку з післяпологовими септичними процесами) і ендогенними (шизофренія, маніакально-депресивний психоз). Останні спровоковані вагітністю та пологами. Диференційна діагностика пов'язана зі значними труднощами, оскільки психози різного генезу мають схожу клінічну картину. Однак делірійні епізоди і розвиток кататонічних розладів тільки на висоті аментивного стану свідчать на користь симптоматичного психозу, а розвиток аменції услід за кататонічним збудженням є більш властивим для шизофренії. Якщо психоз виникає в неускладненому післяпологовому періоді, то діагноз симптоматичного психозу є сумнівним [5].

Висновки

1. Психічні порушення можуть виникати практично при всіх гострих і хронічних інфекціях.
2. Клінічна картина залежить від багатьох факторів: характеристики інфекційного агента (вірулентності та нейротропності збудника), особливостей ураження структур головного мозку, гостроти та локалізації патологічного процесу, особливостей особистості хворого, його віку, статі тощо.
3. При інфекційних захворюваннях можливий весь спектр психотичної симптоматики, яка не є специфічною для конкретного захворювання.

Література

1. Skrypnikov, A.M., Zhyvotovska, L.V., Bodnar, L.V., Sonnyk, H.T. (2017). *Psychiatriya i narkologiya – Psychiatry and narcology*, 2, 156-163. Kyiv: Medytsyna [in Ukrainian].
2. Sonnyk, H.T., Naprienko, O.K., Skrypnikov, A.M. (2017). *Psychiatriya i narkologiya – Psychiatry and narcology*, 3, 276-297. Kyiv: Medytsyna [in Ukrainian].
3. Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J.R., Harrison, P.J. (2021). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *Lancet Psychiatry*, 8, 130-140.
4. Munjal, S., Ferrando, S.J., Freyberg, Z. (2017). Neuropsychiatric aspects of infectious diseases: An update. *Crit. Care Clin.*, 33 (3), 681-712.
5. Havenko, V.L., Bitenskyi, P.B., Abramov, V.A. (2015). *Psychiatriia i narkologija – Psychiatry and narcology*, 2, 182-204. Kyiv: Medytsyna [in Ukrainian].
6. Pohorelov, I.I., Manaenkova, O.D. (2018). *Psychiatriya i narkologiya – Psychiatry and narcology*, 2, 118-124. Kyiv: Medycyna [in Ukrainian].
7. Chhagan, U., Ntlantsana, V., Tomita, A. (2021). Investigating the impact of HIV on patients with first episode psychosis: a study protocol for a longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 11, 1-8.
8. Rymsha, S.V., Racyborynska-Polyakova, N.V. (2020). *Propaedeutics of psychiatry with the basics of general psychology, pathopsychology and psychopathology*, 520. Lviv: Magnoliya [in Ukrainian].
9. Polcek, D., Huremovic, D., (2019). Psychiatry of Pandemics: a Mental Health Response to Infection Outbreak. *Springer International Publishing*, 185.
10. Abdoli, A., Taghipour, A., Pirestani, M., Mofazzal Jahromi, M. A., Roustazadeh, A., Mir, H., Ardakani, H. M., Kenarkoohi, A., Falahi, S., & Karimi, M. (2020). Infections, inflammation, and risk of neuropsychiatric disorders: the neglected role of "co-infection". *Heliyon*, 6 (12), 2-8.

INFECTIOUS PSYCHOSES. HISTORICAL PERSPECTIVE. FEATURES OF THE CLINIC

Yu.I. Mysula, O.P. Venger

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

SUMMARY. *Infectious psychoses have been known since ancient times, but they are still difficult to diagnose, treat and taking care for this category of patients. Knowledge of the historical stages of the studying and clinic of infectious psychoses are important for a doctor of any profile, as it gives a deep understanding of the nature of this category of disorders and an understanding of what to expect from the patient. Infectious psychoses can occur at any stage of the disease. Often, they occur due to an increase in the severity of the disease with increased metabolic, vascular and other disorders. Usually, in such cases, psychoses develop according to the type of exogenous reaction with typical syndromes of it (delirium, oneiroid, amentia, twilight state of consciousness). The relationship between the occurrence of psychoses and the severity of the somatic condition is not absolute. Almost all syndromes known in psychopathology are described in patients with infectious disease psychosis.*

Key words: *infectious diseases; psychosis; delirium; oneiroid; amnesia; twilight states.*

Відомості про авторів:

Мисула Юрій Ігорович – доктор медичних наук, професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського; e-mail: yuramysula@gmail.com
ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7443-5304>

Венгер Олена Петрівна – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського; e-mail: olenavenger@gmail.com

ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5823-9415>

Information about the authors:

Mysula Yu. I. – MD, Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University; e-mail: yuramysula@gmail.com

ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7443-5304>

Venger O. P. – MD, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University; e-mail: olenavenger@gmail.com

ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5823-9415>

Конфлікту інтересів немає.

Authors have no conflict of interest to declare

Отримано 08.10.2022 р.