

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm01070&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 01070. Гострий психоз

Автор: Outi Mantere

Редактор оригінального тексту: Sari Atula

Дата останнього оновлення: 2017-08-24

Основні положення

- Психотична поведінка є *симптомом*, що відображає спотворене сприйняття реальності та залучає певні сенсорні функції або процеси мислення. Гострі психотичні *розлади* мають обширну симптоматику та певні критерії, що стосуються тривалості стану.
- Гострий психоз може розвинути вторинно відносно психічного або соматичного захворювання, чи як побічний ефект або синдром відміни препарату.
- Щодо прогнозу, набагато важливішим фактором є прихильність до лікування, а не швидкість, з якою усуваються психотичні симптоми.
- Стан алкогольної, наркотичної або іншої інтоксикації не є перешкодою для огляду пацієнта, його направлення або госпіталізації для спостереження.

Первинний психотичний епізод

- Можлива соматична етіологія психозу досліджується в умовах первинної медичної допомоги.
- Лікування гострого психозу завжди має проводитися спеціалістом-психіатром. Існують команди спеціалістів з психічного здоров'я, що спеціалізуються на лікуванні первинних психотичних епізодів. Ці команди мають гнучкі методи обстеження пацієнта та досвід оцінювання потреби в невідкладному лікуванні.

- Важливими є зустрічі з родиною пацієнта та іншими членами його/її кола спілкування, в тому числі для визначення етіології та правильного лікування. Метою є
 - отримати інформацію щодо стану пацієнта та симптоми
 - допомогти у дотриманні прихильності до лікування
 - надати навчання щодо психічного стану.

Дослідження соматичного стану первинного психотичного епізоду

- На думку щодо соматичної етіології наводять численні системні симптоми (лихоманка, головний біль та інший біль), швидке прогресування симптомів без продромального періоду або різкі коливання симптомів, зорові симптоми, нюхові галюцинації, порушення рухів (спастичність, атаксія), кататонічні симптоми, виражене збудження, повторні травми голови (бокс, хокей), зміни рівня свідомості, швидке зниження когнітивної спроможності та нерозбірливість мови.
- В умовах первинної медичної допомоги потрібно провести загальне обстеження для виключення неврологічної патології, зловживання психоактивними речовинами (структуровані опитувальники AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test, Тест на виявлення порушень, пов'язаних зі вживанням алкоголю) Програма L00004 [AUDIT], DAST (Drug Abuse Screening Test, скринінговий тест на зловживання наркотиками)), неправильне застосування призначених ліків, отруєння, інфекції та паранеопластичні симптоми.
- Першочерговими базовими дослідженнями для дорослого пацієнта без соматичних симптомів є: загальний аналіз крові, що включає кількість тромбоцитів, С-реактивний білок, аналіз сечі з середньої порції струменя, рівні калію, натрію, кальцію і глюкози у плазмі, АЛТ, вуглевод-дефіцитний трансферин (ВДТ), рівень креатиніну плазми, скринінг на наркотики, тропонін Т плазми, ЕКГ та рентгенологічне дослідження органів грудної клітки.
- Якщо є певна причина підозрювати соматичну патологію, проконсультуйтеся із неврологом стосовно можливості енцефаліту та із спеціалістом внутрішньої медицини для виключення ендокринних та системних аутоімунних захворювань.
- Якщо поведінка пацієнта швидко змінюється або психоз розвинувся менше, ніж за 12 тижнів, є сенс перевірити антитіла до NMDA-рецепторів та потенціал-залежних калієвих каналів.

- Якщо первинний психотичний епізод супроводжується кататонічними симптомами, якщо важкий психічний симптом розвивається впродовж годин чи днів або якщо підгострий психічний симптом супроводжується навіть помірними симптомами, подібними до таких при лімбічному енцефаліті, необхідна консультація невролога. Нормальні результати МРТ голови або ЕЕГ не є достатніми для виключення енцефаліту в цих випадках.
- Сімейний анамнез, відхилення від норми в аналізах крові, помірні відхилення з боку зовнішності (ксантоми, "марфаноїдний" зовнішній вигляд) допомагають у визначенні рідкісних спадкових захворювань.
- В осіб похилого віку потрібно виключити розлади пам'яті, особливо цереброваскулярні порушення (MMSE (Mini-Mental State Examination, коротка шкала оцінки психічного статусу), МРТ).

Коментар експерта. В Україні наявні медико-технологічні документи за темою Деменція <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/83-dementsiia>

Психіатричне обстеження

- У позаприйомний час оцініть усвідомлення пацієнтом свого стану та мотивацію до лікування; соматичну етіологію; можливість підтримки оточуючих для безпечного перебування пацієнта до наступного робочого дня; слід оцінити наявність ажитації, збудження, потенційну агресію щодо оточуючих та аутоагресію.
 - Більш специфічний діагноз ставиться в умовах спеціалізованої допомоги.
1. Увесь спектр психотичних симптомів потрібно описати.
 - Чи є пацієнт чутливим до звуків або світла?
 - Чи пацієнт чує речі, які не чують інші, голоси на самоті, цокаючі звуки тощо - без зовнішнього подразника?
 - Чи пацієнт бачить вогні, фігури, створіння/комахи, щось інше надзвичайне?
 - Чи пацієнт відчуває запахи, які неможливо пояснити?
 - Чи має дивні відчуття у тілі?
 - Чи пацієнт наляканий? Чи пацієнт думає, що за ним/нею стежать або що хтось намагається нашкодити йому/їй?

- Чи пацієнт думає, що він/вона - надзвичайно важлива особа? Чи він/вона вважає, що має особливі здібності?
 - Чи має надприродні переживання?
 - Етіологію психозу, зазвичай, не можна визначити лише за картиною психотичних симптомів.
2. Потрібно визначити фактор, що спровокував появу психотичних симптомів, а також їх тривалість та час появи.
- Короткострокові психотичні розлади з тривалістю не більше місяця зазвичай провокуються важкими стресовими подіями.
 - Шизофренію можна діагностувати, якщо психотичні симптоми утримуються більше місяця, у сполученні з критеріями цього захворювання та за відсутності критеріїв виключення.
 - Психоз, спричинений психоактивними речовинами, триває не більше тижня, як правило, лише кілька днів після припинення прийому речовини. Якщо психотичні симптоми персистують більше, ніж 2 тижні після припинення прийому речовини, діагнозом є первинний психотичний розлад, навіть якщо зловживання психоактивними речовинами або супутня депривація сну були провокуючими факторами.
 - Делірій: див. [\[Настанова 00473 | Делірій у осіб похилого ...\]](#)
[\[Настанова 00708 | Психічні розлади внаслідок...\]](#).
 - Алкогольний делірій (делірій, спричинений алкогольним абстинентним синдромом) є екстремним станом, якому передують вживання значних обсягів алкоголю впродовж декількох днів [\[Настанова 00893 | Лікування алкогольної аб...\]](#).
 - Маячний розлад пов'язаний із довготривалим, але обмеженим психотичним мисленням; точний час появи симптомів може залишатися невідомим.
 - Наприклад, страх неіснуючого каліцтва або захворювання, патологічні ревності, підозра щодо отруєння або знаходження під дією радіації.
 - Хибні упередження є давніми та персистують попри будь-які докази, що їм протирічать; у той же час інші психотичні симптоми відсутні.
 - Галюцинації відсутні

- Симптоми психотичного розладу особистості включають схильність до усамітнення, дивакуваті думки або звички та звуження життєвих горизонтів. Ці характеристики присутні з молодого віку пацієнта та переважають в усіх сферах життя.
 - Дисоціативний розлад може нагадувати психоз і має розглядатися, особливо якщо пацієнт переніс важку психічну травму, а симптоми пов'язані з емоційним стресом, вечірнім часом та перебуванням на самоті. Тривалість симптомів коротка, порівняно з істинними психотичними симптомами. Слухові галюцинації здебільшого складаються з нерозбірливого шепотіння, звуку кроків, клацання або тріску тощо.
3. Потрібно визначити настрій пацієнта.
- Маніакальні настрої та симптоми можуть зустрічатись, як у випадку біполярного афективного, так і шизоафективного розладу.
 - Психотична депресія часто характеризується ірраціональним почуттям провини, значною кількістю соматичного болю, аж до іпохондрії та, у деяких випадках, пацієнти чують голоси, що звинувачують їх. У цих випадках пацієнта потрібно завжди питати щодо голосів, що заохочують до самогубства. Психотична депресія пов'язана з великим депресивним розладом, біполярним афективним або шизоафективним розладом.

Шкали оцінки

- Важкість маніакальних епізодів можна оцінити, наприклад, за допомогою шкали оцінки манії Янга [web|<http://www.bipsych.org/i...>].
- Шкали депресії, що підходять для оцінки симптомів депресії - це шкала депресії Бека (BDI), шкала депресії Калгарі, шкала оцінки депресії Монтгомері-Асберг та CUDOS (Clinically Useful Depression Outcome Scale, клінічно корисна шкала оцінювання наслідків депресії).

Коментар експерта. В Україні наявні медико-технологічні документи за темою Депресія <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/12-depresii>

- Опитувальник для скринінгу розладів настрою (MDQ, Mood Disorder Questionnaire) може використовуватися для скринінгу депресивної особи на біполярний афективний розлад. Якщо результат скринінгу позитивний, потрібні ретельне діагностичне опитування пацієнта та, зазвичай, необхідним є подальше спостереження за його настроєм.

Психотичні симптоми

- Симптоми, характерні для шизофреноподібного психозу, включають слухові галюцинації, які містять зрозумілі речення та коментарі щодо того, що пацієнт робить, або специфічні та дивні ланцюжки думок, наприклад, що за пацієнтом шпигують через його слуховий апарат.
- Підвищена самооцінка та пиха вказують на те, що в пацієнта може бути манія.
- Непослідовність: мова пацієнтів нерозбірлива або сплутана.
- Вільні асоціації: мова пацієнтів складається з непов'язаних між собою ідей, важко слідувати за ходом розповіді, а зв'язки між поняттями не є очевидними слухачеві.
- Кататонія: стан зупинки моторних функцій, впродовж якого позу пацієнтів не можна змінити, і вони не сприймають мову. Може також проявлятися важкою ажитацією, коли пацієнт крокує на місці.
- Погляди скоса, пильність, підозрілість, мовчання або шепотіння можуть вказувати на параною або слухові галюцинації.
- Конкретне мислення: пацієнт не говорить про його/її емоції, але лише про події або речі.
- Психоз також може проявлятися тим, що пацієнт відповідає запитанням, що ставилось для нього або каже "Я не знаю", чи дає надто короткі та незрозумілі відповіді.
- Відчуття запаху гниття є симптомом психотичної депресії або епілептичного нападу.
- Відчуття комах, що рухаються по шкірі, та відганяння комах вказує на делірій.
- В осіб похилого віку важка депресія часто супроводжується соматичним маренням.

Початкова медикаментозна терапія для психотичних симптомів

- До початку прийому препарату, що може мати метаболічну побічну дію, потрібно перевірити ІМТ, артеріальний тиск та рівні ліпідів крові пацієнта.
- Першочерговою метою є забезпечення сну та зниження тривожності; не обов'язково відразу застосовувати антипсихотичні засоби для забезпечення цих цілей, якщо пацієнт проти їх застосування.
- Прийом антипсихотичних препаратів можна почати в умовах первинної медичної допомоги у випадку ретельного моніторингу.
- Антипсихотики показані негайно, якщо пацієнт не може спати попри снодійний засіб або є дуже неспокійним, збудженим або потенційно агресивним чи схильним до самогубства.
- Для початкового лікування застосовують такі атипові антипсихотики (антипсихотики другого покоління), що мають найменше метаболічних побічних ефектів.
 - Їх профіль побічної дії більш сприятливий.
 - Вони мають більшу ефективність щодо негативних психотичних симптомів та когнітивних порушень.
- Є певні особливості фармакотерапії у дітей, підлітків, осіб похилого віку та розумово відсталих осіб, що стосуються необхідної дози та чутливості до побічних ефектів. У випадку психотичної депресії для них може бути достатньо одного антидепресанту.

Загострення існуючого психотичного розладу

- У пацієнта з психозом соматичне захворювання, біль або, напр., закреп може проявитися погіршенням психотичних симптомів. Пацієнту може бути важко описати симптоми, отже ретельне соматичне обстеження є завжди необхідним.
- Пацієнту з прийомом антипсихотичних препаратів в анамнезі, звичайно будуть потрібні більші дози, ніж пацієнту з первинним психотичним епізодом.
- Рецидивуючі психотичні епізоди звичайно лікують препаратом, який довів свою ефективність у минулому.

- Заміну препарату для довготривалого лікування потрібно проводити лише після консультації з лікарем, який лікує пацієнта амбулаторно.

Фармакотерапія в умовах первинної медичної допомоги

- Початкове лікування
 - Арипіразол 7,5 мг один раз на день, підтримуюча доза до 30 мг
 - Зипразидон 40 мг двічі на день, підтримуюча доза до 80 мг двічі на день
 - Сертиндол 8 мг раз на день, підтримуюча доза до 20 мг
- Мають сильнішу седативну дію, але через метаболічні побічні ефекти не є препаратами першого ряду для підтримуючої терапії.
 - Рисперидон 0,5-2 мг раз на день, підтримуюча доза до 6 мг
 - Кветіапін 25-100 мг раз на день, підтримуюча доза до 800 мг
 - Оланзапін 5-10 мг раз на день, підтримуюча доза до 20 мг
- Якщо адекватного контролю стану не вдається досягти попри спроби лікування двома вищезазначеними препаратами, можна призначити клозапін: початкова доза 25 мг на день, підтримуюча доза до 900 мг [Настанова 00935 Лікування клозапіном].
- Перазин у початковій дозі 4-8 мг один чи два рази на день може бути ефективним при маячному розладі та психотичній депресії.

Коментар експерта. Лікарський засіб Перазин станом на 11.02.2019 в Україні не зареєстрований

- У випадку розладів настрою до лікування можна додати літій або вальпроєву кислоту, а у випадку психотичної депресії або біполярного розладу - ламотриджин.
- Якщо пацієнт має надлишкову вагу або підвищений кардіоваскулярний ризик ще до початку прийому препарату, розпочніть заходи з контролю ваги одразу з початком лікування. Профілактика набору ваги варта вкладених зусиль; зниження ваги є набагато важчим процесом.

Фармакотерапія в умовах лікарні

- Для корекції неспокою та тривожності

- Діазепам 5–10 мг тричі на день або лоразепам 1–2 мг тричі на день перорально [Доказ 05008] [C]
- Якщо пацієнт має в анамнезі зловживання алкоголем або бензодіазепінами, можуть бути потрібні більші дози.
- Для лікування безсоння
 - Препаратом вибору є антипсихотик зі снодійними властивостями.
 - Якщо неможливо негайно почати прийом антипсихотичного засобу або отримати адекватний ефект, можна додати до лікування мелатонін у дозі 0,5-4 мг, зопіклон у дозі 7,5 мг, темазепам у дозі 20-40 мг або промазин у дозі 50-200 мг.

Коментар експерта. Лікарські засоби Темазепам та Промазин станом на 11.02.2019 в Україні не зареєстровані

- Критерії вибору препарату для лікування первинного психотичного епізоду такі ж самі, як в умовах первинної медичної допомоги.
- За потреби можна застосовувати рідкі або дисперговані пероральні препарати.
- Препарат потрібно вводити ін'єкційно, якщо
 - пацієнт спльовує або виблювує препарат, введений перорально
 - швидка седация необхідна у випадку ізоляції або для уникнення потреби в ізоляції.
- Ін'єкційне введення препаратів у гострих ситуаціях:
 - Оланзапін 2,5-10 мг
 - Максимум 3 ін'єкції/24 години, загальна доза 20 мг/24 години (включаючи пероральний прийом оланзапіну)
 - Ін'єкційне введення не більше 3-ох днів поспіль
 - Особливо при маніакальному або шизофреноподібному психозі
 - Галоперидол 5-10 мг з проміжком між дозами не менше однієї години, до 60 мг/24 години
 - Особливо при амфетаміновому психозі [Доказ 06293] [B]; крім того бензодіазепіни та бета-блокатори є засобами лікування з доведеною ефективністю.
 - Арипіпразол 5,25–30 мг/24 години (до 3 ін'єкцій/24 години) [Доказ 07647] [C]

- Зипразидон 10-40 мг/24 години (ін'єкційне введення не більше, ніж 3 дні поспіль)
- Зуклопентиксолу ацетат у дозі 50-150 мг показаний для лікування пацієнтів із вираженою агресією. Інтервал між дозами 2-3 дні через можливі побічні ефекти.

Коментар експерта. Міжнародна непатентована назва препарату Зуклопентиксол

- Якщо застосована ізоляція, часто до антипсихотичного препарату додають 2-4 мг лоразепаму в/м.
- Ін'єкційне введення препарату всупереч волі пацієнта є порушенням його прав, отже є виключною процедурою, причини вибору якої мають бути чітко обгрунтовані в медичній документації.
- При деліріозній манії слід застосовувати лише атипіві антипсихотики. Типові антипсихотики посилять сплутаність свідомості та неспокій.
- У випадку лікування алкогольного делірію пацієнту призначають бензодіазепіни кожні 1-2 години, поки пацієнт не засне. Максимальна доза діазепаму складає 200 мг. Якщо пацієнт дуже неспокійний або марить, можна додатково ввести 2,5-5 мг галоперидолу в/м або в/в.
- У кататонічного пацієнта або пацієнта з психотичною депресією варто розглянути застосування церебральної електротерапії.

Контакт у гострій ситуації

- Переконайтеся, що оточуюче середовище достатньо спокійне та безпечне.
- Запропонуйте родичам або друзям супроводжувати пацієнта, щоб він/вона почував себе безпечніше. У той же час, надто багато людей можуть навпаки схвилювати пацієнта.
- Уникайте надто близької дистанції та раптових рухів: психотичний пацієнт побачить в них загрозу.
- Якщо пацієнт насторожі та постійно озирається, спитайте, чи він/вона чогось боїться та скажіть йому/їй, що ніхто поза цими стінами не почує бесіду, всі присутні будуть зберігати таємницю тощо.
- Поясніть усі незрозумілі та заплутані моменти. Якщо щось видається вам дивним, ви можете запитати, як це можливо. Чому пацієнт настільки важливий, що за ним/нею стежать?

- Не вступайте в суперечку з пацієнтом про пережите ним/нею; досвід пережитого завжди суб'єктивний. Ви можете спробувати пояснити пацієнтові, що з ним/нею відбувається, як створені мозком переживання та його/її інтерпретацію цих переживань, а також емоційний стан. З цього інтерпретацію та емоції пацієнта можна прийняти, таким чином надаючи йому підтримку.
 - Переживання: Розкажіть пацієнтові, що безсоння часто супроводжується підвищенням чутливості органів чуттів та хибними відчуттями, що створюються мозком та видаються справжніми, але не мають зовнішніх подразників. Загальна інформація щодо існування та характеристики психотичних симптомів полегшить збентеження та сором пацієнта та допоможуть йому/їй поділитись власними симптомами.
 - Пояснення: Природньо, що людина намагається пояснити дивні відчуття якимось чином, психотичні ж пояснення викривлені психозом. Втім, ви можете констатувати, що пояснення пацієнта не відповідає картині, яка у вас склалася або яку ви спостерігаєте.
 - Емоції: Якщо пацієнт переживає емоції, напр., страх, ви можете сказати, що знаєте, що це переживання є реальним для пацієнта та, мабуть, дуже моторошним, саме тому ви хочете допомогти йому/їй відчувати себе в безпеці.
- Якщо ви помічаєте, що пацієнт напружується або він/вона підвищує голос, доброзичливо припиніть бесіду. Заохочуйте пацієнта заспокоїтись та описати свій поточний емоційний стан ("здається, ви засмутились через мої слова") та не продовжуйте бесіду, доки ситуація не заспокоїтись. Якщо ситуація не заспокоюється, завершіть зустріч на даний час.

Пов'язані ресурси

- Література [\[пов'язані 01090\] Acute psychosis – Relate...](#)

Джерела інформації

- R1. Hasan A, Falkai P, Wobrock T et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, part 1: update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. World J Biol Psychiatry 2012;13(5):318-78. [\[PubMedID|22834451\]](#)
- R2. Ross S, Peselow E. Co-occurring psychotic and addictive disorders: neurobiology and diagnosis. Clin Neuropharmacol 2012;35(5):235-43. [\[PubMedID|22986797\]](#)
- R3. Gournellis R, Oulis P, Howard R. Psychotic major depression in older people: a systematic

review. Int J Geriatr Psychiatry 2014;29(8):789-96. [PubMedID|25191689]

R4. Demily C, Sedel F. Psychiatric manifestations of treatable hereditary metabolic disorders in adults. Ann Gen Psychiatry 2014;13():27. [PubMedID|25478001]

R5. Deal N, Hong M, Matorin A et al. Stabilization and Management of the Acutely Agitated or Psychotic Patient. Emerg Med Clin North Am 2015;33(4):739-52. [PubMedID|26493520]

R6. Richards JR, Albertson TE, Derlet RW et al. Treatment of toxicity from amphetamines, related derivatives, and analogues: a systematic clinical review. Drug Alcohol Depend 2015;150():1-13. [PubMedID|25724076]

R7. Canadian agency for drugs and technologies in health. Use of Antipsychotics and/or Benzodiazepines as Rapid Tranquilization in Patients of Mental Facilities and Emergency Departments: A Review of the Clinical Effectiveness and Guidelines. 2015
[веб|https://www.ncbi.nlm.nih...]

R8. Lindenmayer JP, Kaur A. Antipsychotic Management of Schizoaffective Disorder: A Review. Drugs 2016;76(5):589-604. [PubMedID|26927951]

R9. Stafford MR, Mayo-Wilson E, Loucas CE et al. Efficacy and safety of pharmacological and psychological interventions for the treatment of psychosis and schizophrenia in children, adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. PLoS One 2015;10(2):e0117166. [PubMedID|25671707]

R10. Suvisaari J, Keinänen J, Eskelinen S et al. Diabetes and Schizophrenia. Curr Diab Rep 2016;16(2):16. [PubMedID|26803652]

Настанови

- [Настанова 00473](#). Делірій у осіб похилого віку.
- [Настанова 00708](#). Психічні розлади внаслідок соматичного захворювання.
- [Настанова 00893](#). Лікування алкогольної абстиненції.
- [Настанова 00935](#). Лікування клозапіном.

Калькулятори й анкети

- [Програма 00004](#). AUDIT.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 05008](#). Benzodiazepines alone or in combination with antipsychotic drugs for acute psychosis.
Дата оновлення: 2013-05-20
Рівень доказовості: C
Резюме: Benzodiazepines may be as effective as antipsychotics for acute psychosis. Adding them to antipsychotics may not bring added benefit but may cause more adverse effects.

- [Доказовий огляд 06293](#). Treatment for amphetamine psychosis.
Дата оновлення: 2009-02-03
Рівень доказовості: B
Резюме: Both haloperidol and olanzapine appear to be effective in the treatment of amphetamine psychosis.
- [Доказовий огляд 07647](#). Aripiprazole (intramuscular) for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquillisation).
Дата оновлення: 2018-03-06
Рівень доказовості: C
Резюме: Aripiprazole may be more effective than placebo and as effective as haloperidol, but not as effective as olanzapine at reducing agitation in psychosis-induced aggression or agitation.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.
Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.
Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm01070 Ключ сортування: 035.010 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-08-24

Автор(и): Outi Mantere Редактор(и): Sari Atula Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Psychiatry

Ключові слова індексу

specialty: Psychiatry Acute psychosis Antipsychotics Auditory hallucination Delusion Delusions
Delusional behaviour First-episode psychosis Hallucination Hallucinatory perception Mental disorder Mental health
Olfactory hallucination Psychosis Psychotic Disorders Reality sense Reality testing Schizophrenia
Schizophrenia and Disorders with Psychotic Features Sense of reality Visual hallucination Aggression Aggressive patients
Agitation Alcohol Aripiprazole Benzodiazepines Clozapine Compliance Compulsory treatment Delirium
Delirium tremens Delusional disorder Diazepam Dissociative disorder Fear Haloperidol Injection Intoxication
Levomopromazine Lithium Lorazepam Mania Mood disorder Olanzapine Paranoid schizophrenia Perazine
Personality disorder Physician-Patient Relations Promazine Psychoeducation Psychotic depression
Substance-induced psychosis Quetiapine Restlessness Seclusion Sertindole Substance intoxication
Substance-related disorders Risperidone Temazepam Valproate Ziprasidone Zopiclone Zuclopenthixol
ісрс-2: P71 ісрс-2: P98 ісрс-2: P75 ісрс-2: P15 ісрс-2: P19