

210726 Bipolaaritauti

Yl juha kemppinen

Bipolaaritauti Käypä Hoito-suositus

- **Keskeinen sanoma**
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen mielenterveyden häiriö, jossa esiintyy vaihtelevasti masennus-, hypomania-, mania- tai **sekamuotoisia(?)** sairausjaksoja ja vähäoireisia tai oireettomia välivaiheita.
- Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistaminen ja huolellinen erotusdiagnostiikka ovat tärkeitä, jotta potilas saa asianmukaista hoitoa.
- Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy **runsasta oheissairastavuutta ja suurentunut itsemurhariski.**
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö on useimmiten krooninen, uusiutuva sairaus. Seurantatutkimusten perusteella potilailla esiintyy **oireita noin puolet ajasta** ja jaksojen välinen oireilu on yleistä. **Pääosa oireilusta on masennusvoittoista.**
- Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien **diagnosointi ja akuuttivaiheiden hoito** toteutetaan yleensä **psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa.**
- Vakiintuneessa vaiheessa hoito toteutetaan yksilöllisen harkinnan perusteella erikoissairaanhoidossa, työterveys- tai opiskelijaterveydenhuollossa tai perusterveydenhuollossa. Eri hoitotahojen välinen yhteistyö on tärkeää.
- Hoidossa keskeisintä on ehkäistä jaksojen uusiutumista

Bipolaaritauti Käypä Hoito-suositus

- **Keskeinen sanoma (jatkuu)**
- Hoidon suunnittelussa on **tärkeää selvittää, mikä sairauden vaihe kulloinkin on kyseessä, ja huomioida sairauden elinaikainen kulku.**
- Kaksisuuntaisen mielialahäiriön **hoidon perusta ovat mielialaa tasaavat lääkkeet ja uudemmat psykoosilääkkeet** sairauden ajankohtaisen vaiheen mukaan.
- Valproaatti on vasta-aiheinen **raskaana** olevilla kaikissa tilanteissa, eikä sitä tule käyttää fertiili-ikäisillä naisilla, joilla on mahdollisuus tulla raskaaksi, ellei erityistä uutta raskaudenehkäisyohjelmaa noudateta (lisätietoa [1](#)). Ks. Vältä viisaasti -suositus [1](#).
- Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaaliseen hoitoon **on kehitetty** spesifisiä yksilö-, ryhmä- ja perhehoitomalleja.
- Tiedon jakaminen sairaudesta ja sen hoidosta sekä varhaisoireiden tunnistamisen opetus potilaalle ja hänen perheenjäsenilleen **lisäävät hoidon vaikuttavuutta.**
- Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy erityisesti **muistin, toiminnanohjauksen, tarkkaavuuden ja prosessointinopeuden ongelmia**, jotka voivat näkyä osalla potilaista myös sairauden elpymävaiheessa ja heikentää osaltaan heidän toiminta- ja työkykyään.
- Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien **toimintakykyä tulee arvioida heti** häiriön alussa ja sairauden eri vaiheissa, ja heille tulee laatia hoito- ja kuntoutussuunnitelma.

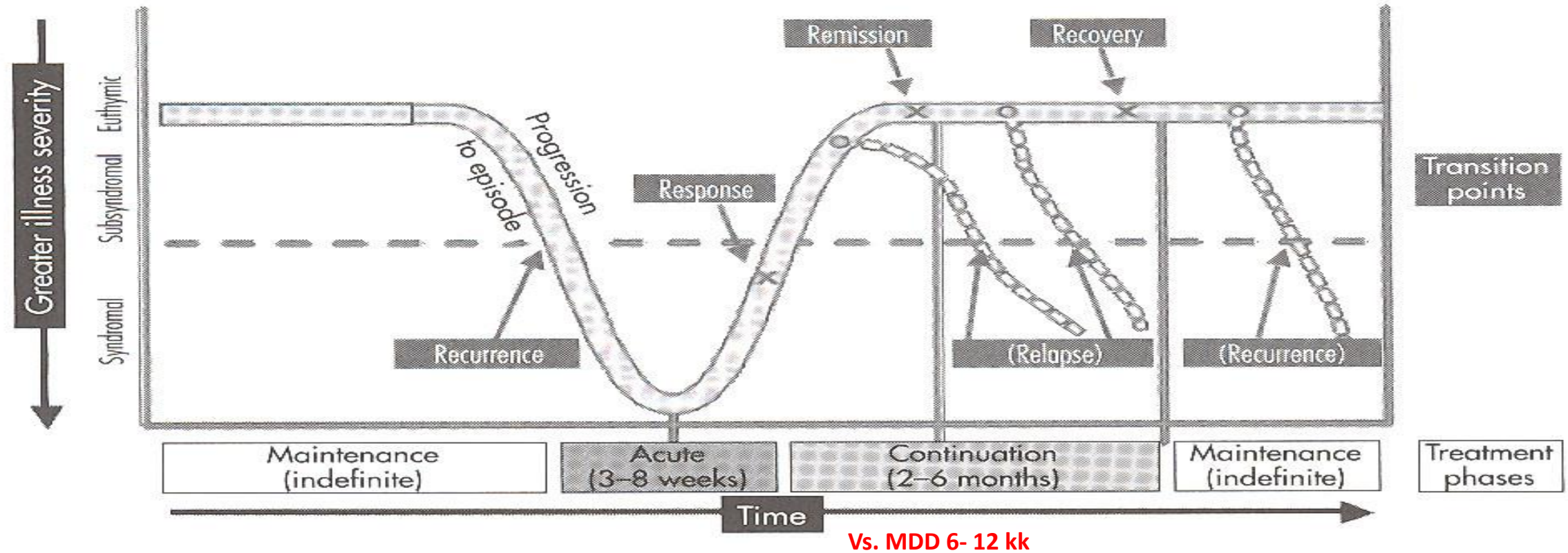


FIGURE 4–4. Treatment phases and illness transition points for bipolar disorder.

Source. Adapted from Frank et al. 1991; Kupfer 1991; Rush et al. 2006; Sachs et al. 2002.

TABLE 4–2. Multiphase treatment strategy

	Acute	Continuation	Maintenance
Duration	3–8 weeks	2–6 months	Indefinite
Symptoms	Syndromal	Subsyndromal or absent	Absent or subsyndromal
Episode	Overt	± Overt or covert (partially or fully suppressed)	Absent or ± overt
Goals	Response; remission (ideally)	Recovery; relapse prevention; improved function	Recurrence prevention; full function
Priority	Efficacy	Efficacy–tolerability balance	Tolerability
Medications	Increase; add	Continue; ± decrease; ± increase	Optimize; address prodromes
Psychosocial	Support/structure; education; involve family	Adherence; cognitive, behavioral, family; institute monitoring	Adherence; optimize adaptation; anticipate prodromes

Source. Adapted from Keller 2004; Sachs 1996, 2003; Swann 2005.

TABLE 4–1. Mood disorder illness transition points (the five R's)

Response	Vaste
Clinically significant (e.g., $\geq 50\%$) improvement	
Partially suppressed index episode still present	
Remission	Remissio, lieveneminen
Virtual absence of symptoms < 2 months	
Fully suppressed index episode still present	
Recovery	Toipuminen
Virtual absence of symptoms ≥ 2 months	
Index episode ended (i.e., no episode present)	
Relapse	Retkahdus
Index episode returns after response or remission	
Recurrence	Toistuminen
New episode emerges after recovery	

Source. Adapted from Frank et al. 1991; Kupfer 1991; Rush et al. 2006; Sachs et al. 2002.

Bipolar Disorder

Diagnosis:

Bipolar disorder involves at least one manic episode¹, which is determined by at least three of the following symptoms, and usually one or more major depressive episodes with at least five of the symptoms described on the depression information card.



Inflated self-esteem or grandiosity



Decreased need for sleep yet increased energy

...then said to him it really isn't my place to tell whether or not he should think the way he does really isn't worth bringing this up with you because you don't really care he thinks the way or not as well but don't think he really considered this he blew him off so wonder what he is on isn't thinking about what you don't think he thinking anyway but where was I yes, just decided to not have an opinion...



More talkative than usual or pressured speech



Flight of Ideas or racing thoughts



Increase in goal-directed activity



Tick
Tock
Tick
Tock



Easily distracted by unimportant external stimuli



Physical restlessness or agitation



Excessive engagement in pleasurable but potentially harmful activities



Depressive episodes and symptoms replace manic episodes

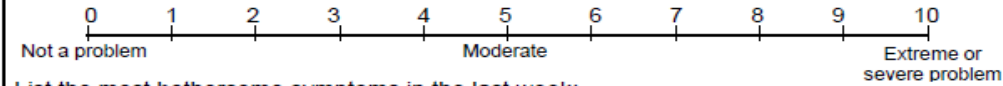
¹ As defined by Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994: 332.

People Do Get Better!



Mania*

Circle that number that best describes how much a problem your symptoms were:

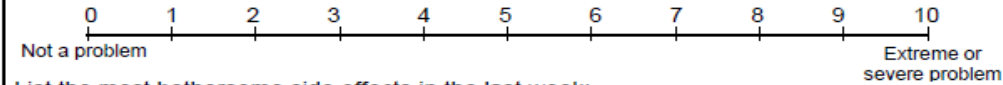


List the most bothersome symptoms in the last week:

-
-
-

Things I did for me: _____

Circle that number that best describes how much a problem your side effects were:



List the most bothersome side effects in the last week:

-
-
-

Things I did that helped: _____

List medications that you are currently taking:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

About how long have you been taking each medication? Weeks Months Years

*For Bipolar Disorder, also refer to Depression sheet

SYMPTOMS



Inflated self-esteem or grandiosity



Decreased need for sleep yet increased energy



More talkative than usual or pressured speech



Flight of ideas or racing thoughts



Increase in goal-directed activity



Easily distracted by unimportant external stimuli



Depressive episodes and symptoms replace manic episodes



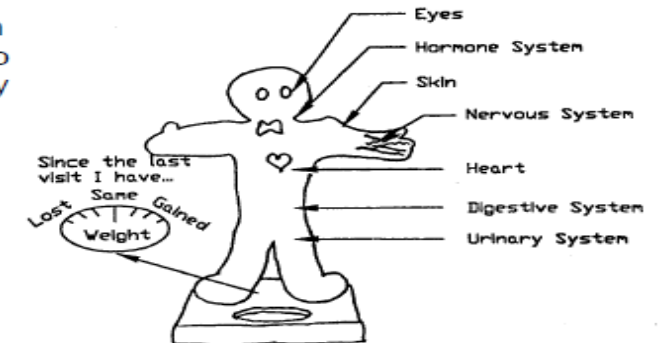
Excessive engagement in pleasurable but potentially harmful activities



Physical restlessness or agitation

Medications can cause side effects in many parts of the body. Some may go away in time, others can be treated by your doctor.

Ask your doctor about side effects that need to be reported immediately!



Illegal drugs and alcohol may increase the side effects of medications or keep them from working.



MADRAS Montgomery – Åsberg: Depression Rating Scale												
NIMI	SYNT.AIKA	PÄIVÄYS										
1. Huomioitu alakuloisuus (tu) Tarkoittaa emotionaalisen perusvireen alentumista (erotukseksi tilanteesta johtuvista tunnetiloista). Käsittelee synkkyyden, raskasmielisyyden ja alakuloisuuden, mitkä käyvät ilmi ilmeistä, asennoista ja liikehdinnästä. Arviointi perustuu siihen kuinka ilmeinen alakuloisuus ym. on sekä siihen kuinka helposti potilas on johdattavissa muihin asioihin. Kohonnut mieliala luokitellaan nollassi. <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">0</td> <td>Neutraali mieliala.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Näyttää koko ajan alakuloiselta, mutta voi tilapäisesti tulla valoisammalle tuulelle.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Näyttää alakuloiselta ja onnettomalta puheenaiheesta riippumatta.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Ilmaisee läpikotaista, äärimmäistä synkkyyttä, raskasmielisyys tai epätoivoista onnettomuuden tunnetta.</td> </tr> </table> pisteet 0 – 6 			0	Neutraali mieliala.	1	Näyttää koko ajan alakuloiselta, mutta voi tilapäisesti tulla valoisammalle tuulelle.	2	Näyttää alakuloiselta ja onnettomalta puheenaiheesta riippumatta.	3	Ilmaisee läpikotaista, äärimmäistä synkkyyttä, raskasmielisyys tai epätoivoista onnettomuuden tunnetta.		
0	Neutraali mieliala.											
1	Näyttää koko ajan alakuloiselta, mutta voi tilapäisesti tulla valoisammalle tuulelle.											
2	Näyttää alakuloiselta ja onnettomalta puheenaiheesta riippumatta.											
3	Ilmaisee läpikotaista, äärimmäistä synkkyyttä, raskasmielisyys tai epätoivoista onnettomuuden tunnetta.											
2. Ilmoitettu alakuloisuus Tarkoittaa masennuksen tunnetta huolimatta siitä näkykö se päällepäin vai ei. Käsittelee murheellisuuden, onnettomuuden, raskasmielisyyden, toivottomuuden ja avuttomuuden tunteita. Arviointi perustuu tunteen voimakkuuteen ja kestoon sekä siihen kuinka paljon ulkoiset tekijät vaikuttavat mielentilaan. Kohonnut mieliala luokitellaan nollassi. <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">0</td> <td>Neutraali mielentila. Voi tuntea sekä tilapäistä hilpeyttä että apeutta olosuhteiden mukaan, ilman painoa kumpaankaan suuntaan.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Enimmäkseen alakuloinen, mutta valoisampiakin hetkiä on välillä.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Jatkuvasti alakuloinen ja synkkämielinen. Ulkoiset olosuhteet vaikuttavat hyvin vähän mielentilaan.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Jatkuva, erittäin syvä masennus.</td> </tr> </table> pisteet 0 – 6 			0	Neutraali mielentila. Voi tuntea sekä tilapäistä hilpeyttä että apeutta olosuhteiden mukaan, ilman painoa kumpaankaan suuntaan.	1	Enimmäkseen alakuloinen, mutta valoisampiakin hetkiä on välillä.	2	Jatkuvasti alakuloinen ja synkkämielinen. Ulkoiset olosuhteet vaikuttavat hyvin vähän mielentilaan.	3	Jatkuva, erittäin syvä masennus.		
0	Neutraali mielentila. Voi tuntea sekä tilapäistä hilpeyttä että apeutta olosuhteiden mukaan, ilman painoa kumpaankaan suuntaan.											
1	Enimmäkseen alakuloinen, mutta valoisampiakin hetkiä on välillä.											
2	Jatkuvasti alakuloinen ja synkkämielinen. Ulkoiset olosuhteet vaikuttavat hyvin vähän mielentilaan.											
3	Jatkuva, erittäin syvä masennus.											
3. AHDISTUKSEN TUNTEET Tarkoittaa epämääräistä, psyykkisen pahanolon tunnetta, epämiellyttävää sisäistä jännitystä, ahdistusta, kauhua tai sisäistä levottomuutta, joka voi kehittyä paniikiksi. Arviointi perustuu tunteen voimakkuuteen ja keston sekä avun tarpeen suuruuteen. Pidettävä erillään alakuloisuudesta sekä huolestuneisuudesta.												
4. VÄHENTYNYT YÖUNI Tarkoittaa lyhentynyttä tai liiaksi keventynyttä unta tavallisiin nukkumatapoihin verrattuna. Lisääntynyt uni luokitellaan nollassi. Arviointi perustuu siihen kuinka ilmeinen alakuloisuus ym. on sekä siihen kuinka helposti potilas on johdattavissa muihin asioihin. <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">0</td> <td>Enimmäkseen rauhallinen.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Tilapäisiä epämiellyttävän psyykkisen jännityksen tunteita.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Jatkuva sisäisen levottomuuden tunne, joka toisinaan kehittyy paniikiksi, joka vain vaivoin on hillittävissä.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Pitkäaikaisia paniikinomaisia ahdistuskohtauksia. Vallitseva kauhun tunne tai ahdistava kuolemanpelko, jota (potilas) ei yksin pysty hallitsemaan.</td> </tr> </table> pisteet 0 – 6 			0	Enimmäkseen rauhallinen.	1	Tilapäisiä epämiellyttävän psyykkisen jännityksen tunteita.	2	Jatkuva sisäisen levottomuuden tunne, joka toisinaan kehittyy paniikiksi, joka vain vaivoin on hillittävissä.	3	Pitkäaikaisia paniikinomaisia ahdistuskohtauksia. Vallitseva kauhun tunne tai ahdistava kuolemanpelko, jota (potilas) ei yksin pysty hallitsemaan.		
0	Enimmäkseen rauhallinen.											
1	Tilapäisiä epämiellyttävän psyykkisen jännityksen tunteita.											
2	Jatkuva sisäisen levottomuuden tunne, joka toisinaan kehittyy paniikiksi, joka vain vaivoin on hillittävissä.											
3	Pitkäaikaisia paniikinomaisia ahdistuskohtauksia. Vallitseva kauhun tunne tai ahdistava kuolemanpelko, jota (potilas) ei yksin pysty hallitsemaan.											
5. VÄHENTYNYT RUOKAHALU Tarkoittaa sitä, että ruokahalu tuntuu huomattomalta kuin tavallisesti. <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">0</td> <td>Normaali tai lisääntynyt ruokahalu.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Huono ruokahalu.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Ruokahalu puuttuu melkein kokonaan, ruoka ei maistu: täytyy pakottaa itsensä syömään.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Ei syö mitään, jollei joku maaniitele.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Kieltäytyy kokonaan syömästä.</td> </tr> </table> pisteet 0 – 6 			0	Normaali tai lisääntynyt ruokahalu.	1	Huono ruokahalu.	2	Ruokahalu puuttuu melkein kokonaan, ruoka ei maistu: täytyy pakottaa itsensä syömään.	3	Ei syö mitään, jollei joku maaniitele.	4	Kieltäytyy kokonaan syömästä.
0	Normaali tai lisääntynyt ruokahalu.											
1	Huono ruokahalu.											
2	Ruokahalu puuttuu melkein kokonaan, ruoka ei maistu: täytyy pakottaa itsensä syömään.											
3	Ei syö mitään, jollei joku maaniitele.											
4	Kieltäytyy kokonaan syömästä.											

MADRS Montgomery – Åsberg: Depression Rating Scale																																													
6. KESKITTYMISVAIKEUDET Tarkoittaa vaikeuksia koota ajatuksensa ja keskittyä. Arviointi perustuu voimakkuuteen, taajuuteen sekä siihen missä määrin eri toiminnot vaikeutuvat. Pidetävä erillään muistihäiriöistä ja häiriöistä ajatuksen juoksussa. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px; text-align: center;">0</td><td>Ei keskittymisvaikeuksia.</td></tr><tr><td style="text-align: center;">1</td><td></td></tr><tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Tilapäisiä vaikeuksia pitää ajatukset koossa esim. lukiessa tai televisiota katsellessa.</td></tr><tr><td style="text-align: center;">3</td><td></td></tr><tr><td style="text-align: center;">4</td><td>Selviä keskittymisvaikeuksia, jotka vaikeuttavat lukemista tai keskustelua.</td></tr><tr><td style="text-align: center;">5</td><td></td></tr><tr><td style="text-align: center;">6</td><td>Jatkuvia invalidisoivia keskittymisvaikeuksia.</td></tr></table> pisteet 0 – 6 	0	Ei keskittymisvaikeuksia.	1		2	Tilapäisiä vaikeuksia pitää ajatukset koossa esim. lukiessa tai televisiota katsellessa.	3		4	Selviä keskittymisvaikeuksia, jotka vaikeuttavat lukemista tai keskustelua.	5		6	Jatkuvia invalidisoivia keskittymisvaikeuksia.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px; text-align: center;">6</td><td>Täysin kyvytön tuntemaan adekvaattia surua tai vihaa. Täydellinen tai tuskalainen välinpitämättömyyden tunne ja kyvyttömyys tuntea mitään edes läheisimpiä ihmisiä kohtaan.</td></tr></table> pisteet 0 – 6 9. DEPRESSIIVINEN AJATUSTEN SISÄLTÖ Tarkoittaa kaikenlaisia itsesyytöksiä, kuvitelmia synnistä ja syyllisyydestä, alemmuudesta ja taloudellisesta perikadosta. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px; text-align: center;">0</td><td>Ei pessimistisiä ajatuksia.</td></tr><tr><td style="text-align: center;">1</td><td></td></tr><tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Lyhytaikaisia itsesyytöksiä ja alemmuuden-tunteita silloin tällöin.</td></tr><tr><td style="text-align: center;">3</td><td></td></tr><tr><td style="text-align: center;">4</td><td>Jatkuvia itsesyytöksiä. Selkeitä, mutta ei kohtuuttomia mietteitä synnistä tai syyllisyydestä. Selvästi ilmaistu pessimistinen näkemys tulevaisuudesta.</td></tr><tr><td style="text-align: center;">5</td><td></td></tr><tr><td style="text-align: center;">6</td><td>Absurdeja kuvitelmia taloudellisesta perikadosta ja anteeksiantamattomista synneistä. Absurdeja itsesyytöksiä.</td></tr></table> pisteet 0 – 6 10. ELÄMÄÄN KYLLÄSTYNEISYYS JA ITSEMURHA-AJATUKSIA Tarkoittaa elämään kyllästymistä, kuolemantoivomuksia, itsemurha-ajatuksia sekä itsemurhahavainnointia. Mahdolliset itsemurhayritykset eivät sinänsä vaikuta luokitukseen. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px; text-align: center;">0</td><td>Tavanomainen elämänhalu. Ei itsemurha-ajatuksia.</td></tr><tr><td style="text-align: center;">1</td><td></td></tr><tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Elämään kyllästynyt, mutta ei ollenkaan tai vain epämääräisiä toiveita kuolla.</td></tr><tr><td style="text-align: center;">3</td><td></td></tr><tr><td style="text-align: center;">4</td><td>Itsemurha-ajatuksia esiintyy, ja itsemurha on ajateltavissa oleva ratkaisu, mutta ilman selkeitä itsemurha-aikeita.</td></tr><tr><td style="text-align: center;">5</td><td></td></tr><tr><td style="text-align: center;">6</td><td>Selvästi ilmaistuja aikeita tehdä itsemurha tilaisuuden tullen. Aktiivisia itsemurhavalmisteluita.</td></tr></table> pisteet 0 – 6 	6	Täysin kyvytön tuntemaan adekvaattia surua tai vihaa. Täydellinen tai tuskalainen välinpitämättömyyden tunne ja kyvyttömyys tuntea mitään edes läheisimpiä ihmisiä kohtaan.	0	Ei pessimistisiä ajatuksia.	1		2	Lyhytaikaisia itsesyytöksiä ja alemmuuden-tunteita silloin tällöin.	3		4	Jatkuvia itsesyytöksiä. Selkeitä, mutta ei kohtuuttomia mietteitä synnistä tai syyllisyydestä. Selvästi ilmaistu pessimistinen näkemys tulevaisuudesta.	5		6	Absurdeja kuvitelmia taloudellisesta perikadosta ja anteeksiantamattomista synneistä. Absurdeja itsesyytöksiä.	0	Tavanomainen elämänhalu. Ei itsemurha-ajatuksia.	1		2	Elämään kyllästynyt, mutta ei ollenkaan tai vain epämääräisiä toiveita kuolla.	3		4	Itsemurha-ajatuksia esiintyy, ja itsemurha on ajateltavissa oleva ratkaisu, mutta ilman selkeitä itsemurha-aikeita.	5		6	Selvästi ilmaistuja aikeita tehdä itsemurha tilaisuuden tullen. Aktiivisia itsemurhavalmisteluita.
0	Ei keskittymisvaikeuksia.																																												
1																																													
2	Tilapäisiä vaikeuksia pitää ajatukset koossa esim. lukiessa tai televisiota katsellessa.																																												
3																																													
4	Selviä keskittymisvaikeuksia, jotka vaikeuttavat lukemista tai keskustelua.																																												
5																																													
6	Jatkuvia invalidisoivia keskittymisvaikeuksia.																																												
6	Täysin kyvytön tuntemaan adekvaattia surua tai vihaa. Täydellinen tai tuskalainen välinpitämättömyyden tunne ja kyvyttömyys tuntea mitään edes läheisimpiä ihmisiä kohtaan.																																												
0	Ei pessimistisiä ajatuksia.																																												
1																																													
2	Lyhytaikaisia itsesyytöksiä ja alemmuuden-tunteita silloin tällöin.																																												
3																																													
4	Jatkuvia itsesyytöksiä. Selkeitä, mutta ei kohtuuttomia mietteitä synnistä tai syyllisyydestä. Selvästi ilmaistu pessimistinen näkemys tulevaisuudesta.																																												
5																																													
6	Absurdeja kuvitelmia taloudellisesta perikadosta ja anteeksiantamattomista synneistä. Absurdeja itsesyytöksiä.																																												
0	Tavanomainen elämänhalu. Ei itsemurha-ajatuksia.																																												
1																																													
2	Elämään kyllästynyt, mutta ei ollenkaan tai vain epämääräisiä toiveita kuolla.																																												
3																																													
4	Itsemurha-ajatuksia esiintyy, ja itsemurha on ajateltavissa oleva ratkaisu, mutta ilman selkeitä itsemurha-aikeita.																																												
5																																													
6	Selvästi ilmaistuja aikeita tehdä itsemurha tilaisuuden tullen. Aktiivisia itsemurhavalmisteluita.																																												
7. ALOITEKYVYTTÖMYYS Tarkoittaa omakohtaista tunnetta aloitekyvyttömyydestä sekä siitä, että on voitettava vastus ennen kuin voi ryhtyä toimiin. Pidetävä erillään päättämättömyydestä ja väsymisestä. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px; text-align: center;">0</td><td>Ei minkäänlaisia vaikeuksia käydä uusiin toimiin käsiin.</td></tr><tr><td style="text-align: center;">1</td><td></td></tr><tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Lieviä alkuvaikeuksia.</td></tr><tr><td style="text-align: center;">3</td><td></td></tr><tr><td style="text-align: center;">4</td><td>Vaikea ryhtyä yksinkertaisiin rutiinitehtäviin, nämä vaativat suuria ponnistuksia.</td></tr><tr><td style="text-align: center;">5</td><td></td></tr><tr><td style="text-align: center;">6</td><td>Kyvytön ryhtymään yksinkertaisimpiinkin puuhiin. Ei pysty aloittamaan mitään toimintaa omin neuvoin.</td></tr></table> pisteet 0 – 6 	0	Ei minkäänlaisia vaikeuksia käydä uusiin toimiin käsiin.	1		2	Lieviä alkuvaikeuksia.	3		4	Vaikea ryhtyä yksinkertaisiin rutiinitehtäviin, nämä vaativat suuria ponnistuksia.	5		6	Kyvytön ryhtymään yksinkertaisimpiinkin puuhiin. Ei pysty aloittamaan mitään toimintaa omin neuvoin.	8. VÄHENTYNYT KYKY KOKEA TUNNE-ELÄMYKSIÄ Tarkoittaa vähentynyttä kiinnostusta ulkomaailmaa tai tavallisesti huvia ja iloa tuottavia toimintoja kohtaan. Subjekttiivinen kyvyttömyys tunnereaktioihin lähiympäristön ihmisiä ja tapahtumia kohtaan. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px; text-align: center;">0</td><td>Normaalisti kiinnostunut ulkomaailmasta ja toisista ihmisistä.</td></tr><tr><td style="text-align: center;">1</td><td></td></tr><tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Vaikea tuntea huvia siitä mikä tavallisesti kiinnostaa. Vähentynyt kyky suuttua tai ärsyntyä.</td></tr><tr><td style="text-align: center;">3</td><td></td></tr><tr><td style="text-align: center;">4</td><td>Mielenkiinto ulkomaailmaa kohtaan puuttuu. Ystävät ja tuttavat tuntuvat samantekevilä.</td></tr><tr><td style="text-align: center;">5</td><td></td></tr></table>	0	Normaalisti kiinnostunut ulkomaailmasta ja toisista ihmisistä.	1		2	Vaikea tuntea huvia siitä mikä tavallisesti kiinnostaa. Vähentynyt kyky suuttua tai ärsyntyä.	3		4	Mielenkiinto ulkomaailmaa kohtaan puuttuu. Ystävät ja tuttavat tuntuvat samantekevilä.	5																			
0	Ei minkäänlaisia vaikeuksia käydä uusiin toimiin käsiin.																																												
1																																													
2	Lieviä alkuvaikeuksia.																																												
3																																													
4	Vaikea ryhtyä yksinkertaisiin rutiinitehtäviin, nämä vaativat suuria ponnistuksia.																																												
5																																													
6	Kyvytön ryhtymään yksinkertaisimpiinkin puuhiin. Ei pysty aloittamaan mitään toimintaa omin neuvoin.																																												
0	Normaalisti kiinnostunut ulkomaailmasta ja toisista ihmisistä.																																												
1																																													
2	Vaikea tuntea huvia siitä mikä tavallisesti kiinnostaa. Vähentynyt kyky suuttua tai ärsyntyä.																																												
3																																													
4	Mielenkiinto ulkomaailmaa kohtaan puuttuu. Ystävät ja tuttavat tuntuvat samantekevilä.																																												
5																																													

0-7 p = ei oireita

8-14 p = masennusoireita

15-24 p = lievä masennus

25-30 p = keskivaikea

31-43 p = vaikea

(Saman ajanjakson aikana, ei elämän aikana)

Päivämäärä / / 20.....

Nimi

Henkilötunnus

Mielialahäiriökysely MDQ

Hirschfeld et al, Am J Psych 2000;157:1873-5, suom. E.I & JoBS-työryhmä

MDQ+: >7 kyllä vastausta

1. Onko Teillä koskaan ollut sellaista ajanjaksoa jolloin ette oikein olleet oma itsenne ja ...

a) tunsitte olonne niin hyväksi tai niin kiihtyneeksi, että muidenkaan mielestä ette olleet oma itsenne, tai olitte niin kiihtynyt, että jouduitte vaikeuksiin?.....

b) olitte niin ärtyisiä, että huusitte ihmisille, tai aloitte väittelyjä tai riitoja?.....

c) itseluottamuksenne oli paljon tavallista parempi?.....

d) nukuitte paljon tavallista vähemmän, ettekä tuntenut tarvitsevanne enempää unta?.....

e) olitte paljon puheliasmpi tai puhuitte tavallista nopeammin?.....

f) ajatukset kiisivät mielessänne, tai ette saanut kiihtynyttä ajatustoimintaanne rauhoittumaan?.....

g) ulkoiset tapahtumat veivät huomiotanne niin paljon, ettette kyennyt keskittymään tai pysymään kärryillä?.....

h) olitte paljon tavallista energisempi?.....

i) olitte paljon aktiivisempi tai teitte useampia asioita kuin tavallisesti?

j) olitte paljon tavallista sosiaalisempi tai ulospäinsuuntautuneempi, esimerkiksi soittelitte ystäville keskellä yötä?.....

k) olitte paljon tavallista kiinnostuneempi seksistä?.....

l) teitte asioita joita yleensä ette tee tai joita muut ihmiset saattoivat pitää liioiteltuina, hölmöinä tai vaarallisina?.....

m) rahan tuhlaaminen aiheutti Teille tai läheisillenne vaikeuksia?.....

2. Mikäli vastasitte KYLLÄ useampaan kuin yhteen kohtaan ylläolevista, tapahtuiko useampi näistä asioista saman ajanjakson aikana? *Olkaa hyvä ja vastatkaa joko kyllä tai ei.*

3. Kuinka paljon ongelmia ylläolevat asiat aiheuttivat Teille – esimerkiksi ongelmia liittyen perheeseen, rahaan tai virkavaltaan, työkyvyttömyyttä, tai sanaharkkoja ja riitoja? *Olkaa hyvä ja rengastakaa vain yksi vaihtoehto.*

Kyllä	Ei
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☒	☐
1 Ei ongelmia	
2 Vähäisiä	
3 Kohtalaisia	
4 Vakavia	

Table 1. Format, specificity and sensitivity of three screening tools for bipolar spectrum disorders

Criteria	MDQ (psychiatric population)	BSDS (psychiatric population)	Hypomanic Personality Scale
Format	'Yes–no' questions	Narrative based	'True–false' questions
Self-report	Yes	Yes	Yes
Brief	Yes	Yes	No
Clinician input required to complete	No	No	No
Predictive	Not determined		Yes
Sensitivity	0.73	0.81	–
Specificity	0.90	Not reported	–

MDQ = Mood Disorder Questionnaire

BSDS = Bipolar Spectrum Diagnostic Scale

Screening Questions

Have you ever had a period of a week or so in which you felt so happy and energetic that your friends told you that you were talking too fast or that you were behaving differently and strangely?

If you get a “yes” here, find out when that period was and how long it lasted, and then continually refer to that period when you ask about the diagnostic criteria for mania. If the patient cannot remember such a period lasting an entire week, you should suspect that mania is not the diagnosis. Determine the circumstances of the elevated mood. Being really happy for a couple of days after college graduation, for example, is not mania.

Has there been a time when you felt just the opposite of depressed, so that for a week or so you felt as if you were on an adrenaline high and could conquer the world?

TABLE 23.1. DSM-IV-TR criteria for manic episode

1. A distinct period of abnormally and persistently elevated, expansive, or irritable mood, lasting at least 1 week, or such a mood of any duration if hospitalization is necessary.
2. Persistence of three or more of the following symptoms (four if the mood is only irritable) during the period of mood disturbance:

Mnemonic: **DIGFAST**

Distractibility

Indiscretion (excessive involvement in pleasurable activities that have a high potential for painful consequences)

Grandiosity or inflated self-esteem

Flight of ideas or racing thoughts

Activity increase (increase in goal-directed activity or psychomotor agitation)

Sleep deficit

Talkativeness (pressured speech)

Adapted from American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Tahdittomuus

Taulukko 3

Manian diagnoosiin edellytetään mielialan muutoksen lisäksi ainakin kolme seuraavista oireista (neljä, jos mieliala on ärtyisä).

Lisäksi oireiden on pitänyt kestää vähintään viikon tai johtaa sitä lyhyemmässä ajassa sairaalahoitoon.

- Toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus
- Puheliaisuuden lisääntyminen tai puhetulva
- Ajatuksenriento tai tunne kiihtyneestä ajatustoiminnasta
- Sosiaalinen estottomuus
- Vähentynyt unentarve
- Kohonnut itsetunto tai suuruusharhat
- Häiriöherkkyys tai jatkuvat muutokset toiminnassa tai suunnitelmissa
- Uhkarohkea tai vastuuton käyttäytyminen, jonka riskejä potilas ei tunnista
- Lisääntynyt sukupuolinen halukkuus tai holtittomuus

Taulukko 2

Hypomaaniseen mielialaan liittyy samanaikaisesti vähintään kolme seuraavista oireista.

Näiden oireiden on pitänyt esiintyä yhtäjaksoisesti vähintään neljän vuorokauden ajan.

- Toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus
- Puheliaisuuden lisääntyminen
- Keskittymisvaikeudet ja häiriöherkkyys
- Unen tarpeen väheneminen
- Seksuaalisen kiinnostuksen ja halukkuuden kasvu
- Lievä rahojen tuhlailu tai muu vastuuton käytös
- Lisääntynyt seurallisuus tai tuttavallisuus

Arvion tehneen lääkärin nimi:	Potilaan nimi ja henkilötunnus:
Aika ja paikka:	

YMRS

Youngin Mania-asteikko (YMRS)

1. Kohonnut mieliala

- 0. Ei esiinny
- 1. Lievästi tai mahdollisesti kohonnut mieliala, joka tulee esiin kysyttäessä
- 2. Selvä subjektiivinen mielialan kohoaminen; optimistinen, luja itseluottamus; hilpeä; mieliala silti suhteessa ajatussisältöihin
- 3. Kohonnut mieliala, mieliala kohonnut suhteettomasti ajatussisältöihin nähden; humoristinen
- 4. Euforinen mieliala; epäasianmukaista naurua; lauleskelua

2. Lisääntynyt motorinen aktiiviteetti ja energia

- 0. Ei esiinny
- 1. Subjektiivisesti lisääntynyt
- 2. Eloisa; eleet lisääntyneet
- 3. Liiallinen energia; ajoittain hyperaktiivinen; levoton mutta voidaan saada rauhoittumaan
- 4. Motorinen kiihtymys; jatkuva hyperaktiivisuus, rauhoittuminen ei onnistu

3. Seksuaalinen kiinnostuneisuus

- 0. Normaali; ei muutosta
- 1. Lievästi tai mahdollisesti lisääntynyt
- 2. Selvästi lisääntynyt kiinnostuneisuus, tulee esiin kysyttäessä
- 3. Spontaanisti tuo esiin seksuaalista sisältöä; pohtii seksuaalisia kysymyksiä; kertoo seksuaalisesta yliaktiivisuudesta
- 4. Avoimen seksuaalinen käyttäytyminen esimerkiksi muita potilaita, henkilökuntaa tai haastattelijaa kohtaan

4. Uni

- 0. Ei unen vähentymistä
- 1. Nukkuu korkeintaan noin tunnin tavallista vähemmän
- 2. Nukkuu yli tunnin tavallista vähemmän
- 3. Ilmoittaa unen tarpeensa vähentyneen
- 4. Kieltää tarvitsevansa unta lainkaan

5. Ärtynisyys

- 0. Ei esiinny
- 2. Subjektiivisesti ärtysisä
- 4. Ajoittain ärtysisä keskustelun aikana tai osastolla
- 6. Toistuvasti ärtysisä haastattelun aikana; koko ajan kireä
- 8. Vihamielinen, yhteistyöhaluton; haastattelu mahdotonta

6. Puheen nopeus ja määrä

- 0. Ei lisääntynyt
- 2. Tuntee olevansa puheliaampi
- 4. Ajoittain nopea ja vuolaspuheinen
- 6. Pakonomainen vuolaspuheisuus; jatkuvasti lisääntynyt nopeus, vaikea keskeyttää
- 8. Puhetulva; puhuu jatkuvasti, keskeyttäminen mahdotonta

7. Kielelliset ja ajatushäiriöt

- 0. Ei esiinny
- 1. Lievä ympäröivä; lievä häiriöherkkyys
- 2. Häiriöherkkä; puheen kohde hämärtyy, vaihtaa aihetta jatkuvasti; ajatukset laukkaavat
- 3. Ajatuksenrientoa; tangentiaalisuutta; vaikea seurata; riittämättömyyden, ekolaliaa
- 4. Hajanaisuutta; kommunikaatio mahdotonta

8. Puheen sisältö

- 0. Normaali
- 2. Kyseenalaisia suunnitelmia, uusia kiinnostuksen kohteita
- 4. Uusia projekteja; hyperuskonnollisuus
- 6. Grandiooseja tai paranoidisia ajatuksia; suhteuttamisajatuksia
- 8. Harhaluuloja tai hallusinaatioita

9. Häiritsevä ja aggressiivinen käyttäytyminen

- 0. Ei esiinny, yhteistyökykyinen
- 2. Sarkastinen; ajoittain meluisa, varautunut
- 4. Vaativa; uhkaileva
- 6. Uhkailee haastattelijaa; huutaa; keskeyttäminen vaikeaa
- 8. Fyysisesti aggressiivinen; mahdotonta haastatella

10. Olemus

- 0. Asianmukainen, tavanomaisesti hoidettu ja huoliteltu
- 1. Lievästi epäasianmukainen
- 2. Huonosti tai poikkeuksellisesti pukeutunut ja huoliteltu
- 3. Hoitamaton; osittain vaetetettu; huomiota herättävä ehostus
- 4. Täysin hoitamaton; epätavallisesti korostautunut; outoja vaatteita

11. Sairaudentunne

- 0. Sairaudentuntoinen; ymmärtää tarvitsevansa hoitoa
- 1. Myöntää olevansa ehkä sairas
- 2. Myöntää käyttöksensä muuttuneen mutta ei olevansa sairas
- 3. Myöntää käyttöksensä ehkä muuttuneen mutta ei olevansa sairas
- 4. Kieltää kaiken tapahtuneen muutoksen käyttöksessään

YMRS

YMRS - manian ja hypomanian arviointiasteikko¹⁾

Manian ja hypomanian oireiden arviointi ei aina ole helppoa. Kuitenkin niiden arvioimiseen potilasta tutkittaessa tai hoitotulosta arvioitaessa on olemassa luotettavia ja hyviä apukeinoja, aivan kuten masennuksen vaikeusasteen arviointiin.

YMRS (Young Mania Rating Scale) on yleisimmin käytetty mittari manian tai hypomanian vakavuuden arvioimiseksi potilasta tutkittaessa. Se soveltuu toistettuna käytettäväksi manian hoitotuloksen arvioimiseen ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivän potilaan seurantaan niin sairaalassa kuin avohoidossakin. Asteikko on suunniteltu helppokäyttöiseksi, mutta edellyttää käyttäjältään kliinistä kokemusta. Asteikko ei ole diagnostinen instrumentti, vaan kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosi perustuu aina ICD-10 tai DSM-IV kriteereihin ja diagnostiseen haastatteluun.

YMRS arviointi vie noin 15-20 minuuttia ja voi tapahtua samanaikaisesti diagnostisen haastattelun kanssa. Kun asteikkoa käytetään saman potilaan tutkimisessa toistuvasti hyväksi on jokainen arviointi syytä tehdä itsenäisesti. Edellisten arviointien esilläpito voi johdatella kliinikkoa pisteytyksessä, eikä siksi ole suositeltavaa. Arviointi perustuu sekä potilaan kuvaukseen omasta voinnistaan 48 haastattelua edeltäneen tunnin aikana, että klinikon havaintoihin tutkimustilanteesta; enemmän painoa annetaan klinikon havainnoille. Osa kohdista saa kaksinkertaisen painon pisteytyksessä, millä kompensoidaan kaikkein sairaampien potilaiden huonoa yhteistyökykyä. Asteikkoa voidaan käyttää siksi myös huonosti yhteistyöhön kykenevien potilaiden arvioinnissa.

Eri kohtien arviointiin on annettu viite tai viitteitä. Milloin viitteitä on useampia, yhden viitteen toteutuminen riittää kyseiseen pisteytykseen. Toisaalta kliinikko ei ole sidottu viitteisiin, vaan muu vastaavantasoinen käyttäytyminen riittää pisteytykseen. Pisteytykseen väliin osuvat arviot antamalla puolia pisteitä tai parittomia pisteytyksiä kohdissa 5,6,8 ja 9 ovat mahdollisia, ja niitä suositellaankin käytettäväksi klinikon kokemuksen mukaan. Vaikka asteikko ei ole diagnostinen, antaa saatu pistemäärä kuvan oireiston vaikeusasteesta. Asteikon kääntäjät ovat siksi liittäneet asteikkoon suuntaa antavan tulkinta-avaimen pistemäärän ja vaikeusasteen suhteesta.

Lähdeviite:

1) Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. Br J Psychiatry 1978;133:429-35.

Suomenkielisen käännöksen toimittajien suuntaa antava tulkinta.

0	puhdas eutymia
1-9	lieviä prodromaalisia tai residuaalioireita
10-19	hypomania
20-29	mania
30-60	vaikea mania

Alkuperäisartikkelista suomeksi toimittaneet:

Erkki Isometsä, dosentti, ylilääkäri

Markus Henriksson, dosentti, ylilääkäri

Juhani Aer, LKT, apulaisylilääkäri

Unrecognised bipolar disorder in primary care patients with depression

Daniel J. Smith, Emily Griffiths, Mark Kelly, Kerry Hood, Nick Craddock and Sharon A. Simpson

Two screening instruments for bipolar disorder – the Hypomania Checklist (HCL-32) and Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS)

Background

Bipolar disorder is complex and can be difficult to diagnose. It is often misdiagnosed as recurrent major depressive disorder.

Aims

We had three main aims. To estimate the proportion of primary care patients with a working diagnosis of unipolar depression who satisfy DSM-IV criteria for bipolar disorder. To test two screening instruments for bipolar disorder (the Hypomania Checklist (HCL-32) and Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS)) within a primary care sample. To assess whether individuals with major depressive disorder with subthreshold manic symptoms differ from those individuals with major depressive disorder but with no or little history of manic symptoms in terms of clinical course, psychosocial functioning and quality of life.

Method

Two-phase screening study in primary care.

Results

Three estimates of the prevalence of undiagnosed bipolar disorder were obtained: 21.6%, 9.6% and 3.3%. The HCL-32

and BSDS questionnaires had quite low positive predictive values (50.0 and 30.1% respectively). Participants with major depressive disorder and with a history of subthreshold manic symptoms differed from those participants with no or little history of manic symptoms on several clinical features and on measures of both psychosocial functioning and quality of life.

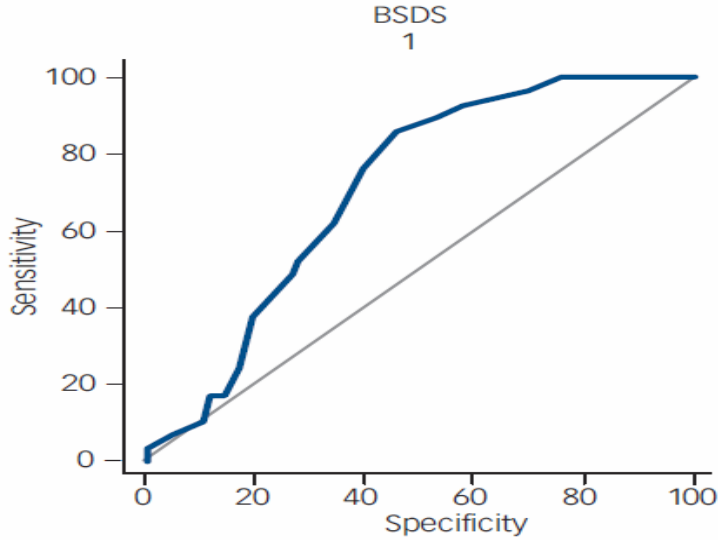
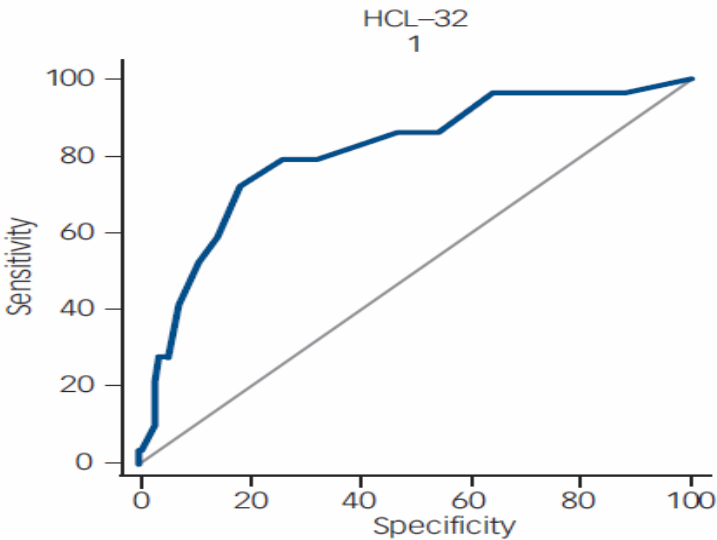
Conclusions

Between 3.3 and 21.6% of primary care patients with unipolar depression may have an undiagnosed bipolar disorder. The HCL-32 and BSDS screening questionnaires may be more useful for detecting broader definitions of bipolar disorder than DSM-IV-defined bipolar disorder. Subdiagnostic features of bipolar disorder are relatively common in primary care patients with unipolar depression and are associated with a more morbid course of illness. Future classifications of recurrent depression should include dimensional measures of bipolar symptoms.

Declaration of interest

D.J.S. has received honoraria for speaking at educational meetings organised by AstraZeneca and Lilly.

The 32-item Hypomania Checklist (HCL-32) was developed by Angst et al. (2005), based on the Hypomania Checklist (Hantouche et al., 1998; Allilaire et al., 2001).



HCL-32 score	Sensitivity	Specificity	Positive predictive values	Negative predictive values
> 15	79.31	74.14	43.4	93.5
> 16	75.86	77.59	45.8	92.8
> 17 ^a	72.41	81.90	50.0	92.2
> 18	58.62	86.21	51.5	89.3
> 19	51.72	89.66	55.6	88.1
a. Optimal threshold 18 or more.				

BSDS score	Sensitivity	Specificity	Positive predictive values	Negative predictive values
> 9	93.10	41.38	28.4	96.0
> 10	89.66	46.55	29.5	94.7
> 11 ^a	86.21	54.31	32.1	94.0
> 12	75.86	60.34	32.4	90.9
> 13	62.07	65.52	31.0	87.4
a. Optimal threshold 12 or more.				

Fig. 2 Receiver operating characteristic curve analysis for the Hypomania Checklist-32 (HCL-32): bipolar disorder (*n* = 29) v. major depressive disorder (*n* = 116).

Fig. 3 Receiver operating characteristic curve analysis for the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS): bipolar disorder (*n* = 29) v. major depressive disorder (*n* = 116).

Table 1

Items remaining after item reduction of the 32-Item Hypomania Checklist (HCL-32).

32-Item HCL	16 Remaining items
1. I need less sleep	✓
2. I feel more energetic and more active	✓
3. I am more self-confident	
4. I enjoy my work more	
5. I am more sociable (make more phone calls, go out more)	✓
6. I want to travel and/or do travel more	
7. I tend to drive faster or take more risks when driving	✓
8. I spend more money/too much money	
9. I take more risks in my daily life (in my work and/or other activities)	✓
10. I am physically more active (sport etc.)	✓
11. I plan more activities or projects.	✓
12. I have more ideas, I am more creative	
13. I am less shy or inhibited	
14. I wear more colourful and more extravagant clothes/make-up	✓
15. I want to meet or actually do meet more people	✓
16. I am more interested in sex, and/or have increased sexual desire	

HCL-32 tulkinta: kyllä 1p, ei: 0 p, 0-32 p

0-13 p seula negatiivinen

>13 p seula positiivinen, arvioi BP?

(korkea määrä ei automaattisesti tarkoita kaksisuuntaista mielialahäiriötä)

17. I am more flirtatious and/or am more sexually active	
18. I talk more	✓
19. I think faster	
20. I make more jokes or puns when I am talking	✓
21. I am more easily distracted	✓
22. I engage in lots of new things	
23. My thoughts jump from topic to topic	
24. I do things more quickly and/or more easily	
25. I am more impatient and/or get irritable more easily	
26. I can be exhausting or irritating for others	
27. I get into more quarrels	
28. My mood is higher, more optimistic	✓
29. I drink more coffee	✓
30. I smoke more cigarettes	
31. I drink more alcohol	✓
32. I take more drugs (sedatives, anti-anxiety pills, stimulants...)	✓

Recently, Hirschfeld et al. (2000) developed and tested a self-report scale for bipolar disorder: the Mood Disorder Questionnaire (MDQ).

The MDQ was shown to have 0.73 sensitivity and 0.90 specificity.

We recently conducted a study to verify the sensitivity of the MDQ in a population of bipolar spectrum patients, and found that the MDQ's sensitivity was good for bipolar type I (0.70) but **less impressive for bipolar type II or NOS** (0.30) (Miller et al., 2002).

Recently, another scale has been developed by Ronald Pies to **target bipolar II and NOS conditions**: the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (**BSDS**).

The Bipolar Spectrum Diagnostic Scale, developed by Ghaemi et al. (2005), is a one page story, describing typical mood swing experiences; patients are asked to place a check at the end of each sentence which agrees with their experience. These checks are then tallied with a likely diagnosis established by a cut-off score.

Appendix A. **The Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS)**

Instructions: Please read through the entire passage below before filling in any blanks.

Some individuals notice that their mood and/or energy levels shift drastically from time-to-time____.

These individuals notice that, at times, their mood and/or energy level is very low, and at other times, very high____.

During their “low” phases, these individuals often feel a lack of energy; a need to stay in bed or get extra sleep; and little or no motivation to do things they need to do____. They often put on weight during these periods____.

During their low phases, these individuals often feel “blue”, sad all the time, or depressed____.

Sometimes, during these low phases, they feel hopeless or even suicidal____.

Their ability to function at work or socially is impaired____.

Typically, these low phases last for a few weeks, but sometimes they last only a few days____.

Individuals with this type of pattern may experience a period of “normal” mood in between mood swings, during which their mood and energy level feels “right” and their ability to function is not disturbed____.

They may then notice a marked shift or “switch” in the way they feel____.

Their energy increases above what is normal for them, and they often get many things done they would not ordinarily be able to do____.

Appendix A. **The Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS)**

Instructions: Please read through the entire passage below before filling in any blanks.

Sometimes, during these “high” periods, these individuals feel as if they have too much energy or feel “hyper” ____.

Some individuals, during these high periods, may feel irritable, “on edge”, or aggressive ____.

Some individuals, during these high periods, take on too many activities at once ____.

During these high periods, some individuals may spend money in ways that cause them trouble ____.

They may be more talkative, outgoing, or sexual during these periods ____.

Sometimes, their behavior during these high periods seems strange or annoying to others ____.

Sometimes, these individuals get into difficulty with co-workers or the police, during these high periods ____.

Sometimes, they increase their alcohol or non-prescription drug use during these high periods ____.

Appendix A. The Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS)

Instructions: Please read through the entire passage below before filling in any blanks.

Now that you have read this passage, please check one of the following four boxes:

- 6 ☐ This story fits me very well, or almost perfectly
- 4 ☐ This story fits me fairly well
- 2 ☐ This story fits me to some degree, but not in most respects
- 0 ☐ This story does not really describe me at all

Now please go back and put a check after each sentence that definitely describes you.

Scoring: each sentence checked is worth one point. Add six points for “fits me very well,” 4 points for “fits me fairly well,” and two points for “fits me to some degree.”

Total score	Likelihood of bipolar disorder
0–6	Highly unlikely
7–12	Low probability
13–19	Moderate probability
20–25	High probability
Optimum threshold for positive diagnosis: score of 13 or above.	

Bipolaari II -diagnoosi

Clinical Picture of Bipolar II Disorder*

- Recurrent major depressions
- Hypersomnic and hyperphagic
- Tension and restlessness
- Mood lability and switching during depressive episodes
- History of hypomanic episodes or lifelong cyclothymia
- Attractive or flamboyant appearance
- Tempestuous biography

*Updated from Akiskal et al., 1979

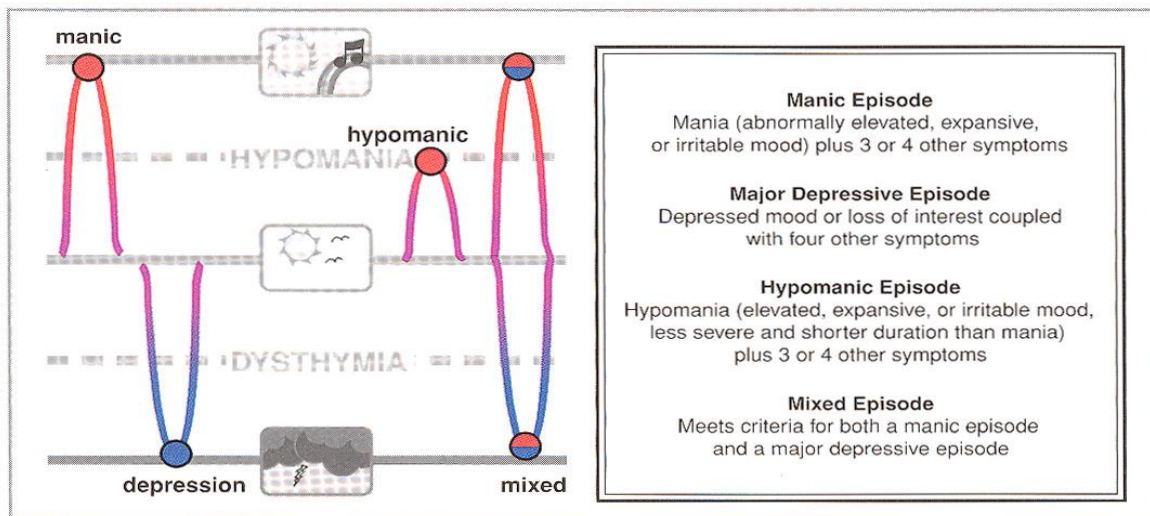


FIGURE 11-2 Mood episodes. Bipolar disorder is generally characterized by four types of illness episodes: manic, major depressive, hypomanic, and mixed. A patient may have any combination of these episodes over the course of illness; subsyndromal manic or depressive episodes also occur during the course of illness, in which case there are not enough symptoms or the symptoms are not severe enough to meet the diagnostic criteria for one of these episodes. Thus the presentation of mood disorders can vary widely.

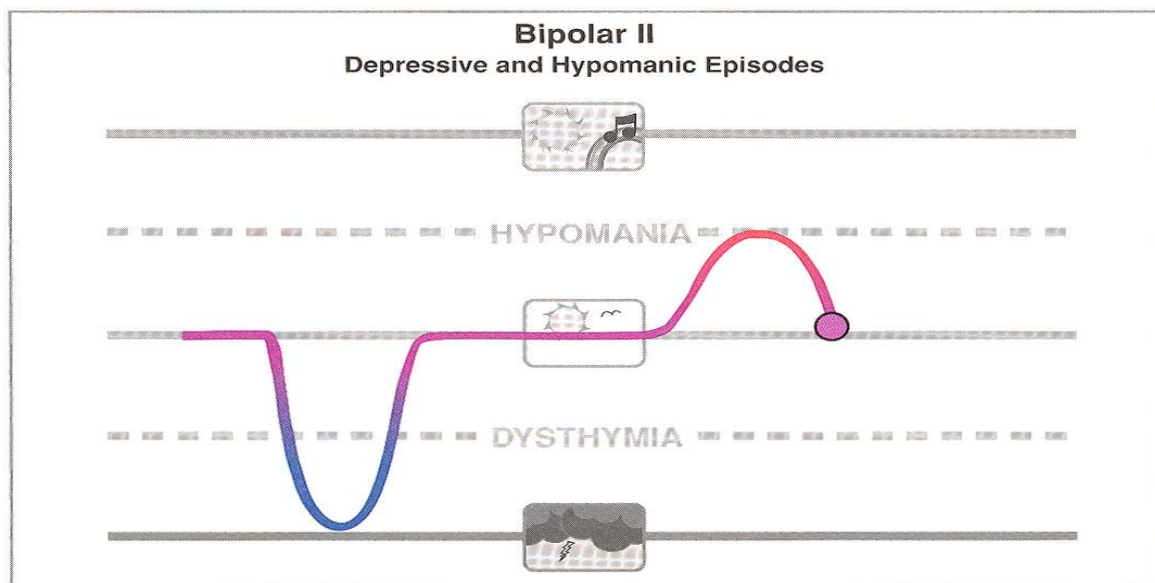


FIGURE 11-8 Bipolar II disorder. Bipolar II disorder is defined as an illness course consisting of one or more major depressive episodes and at least one hypomanic episode.

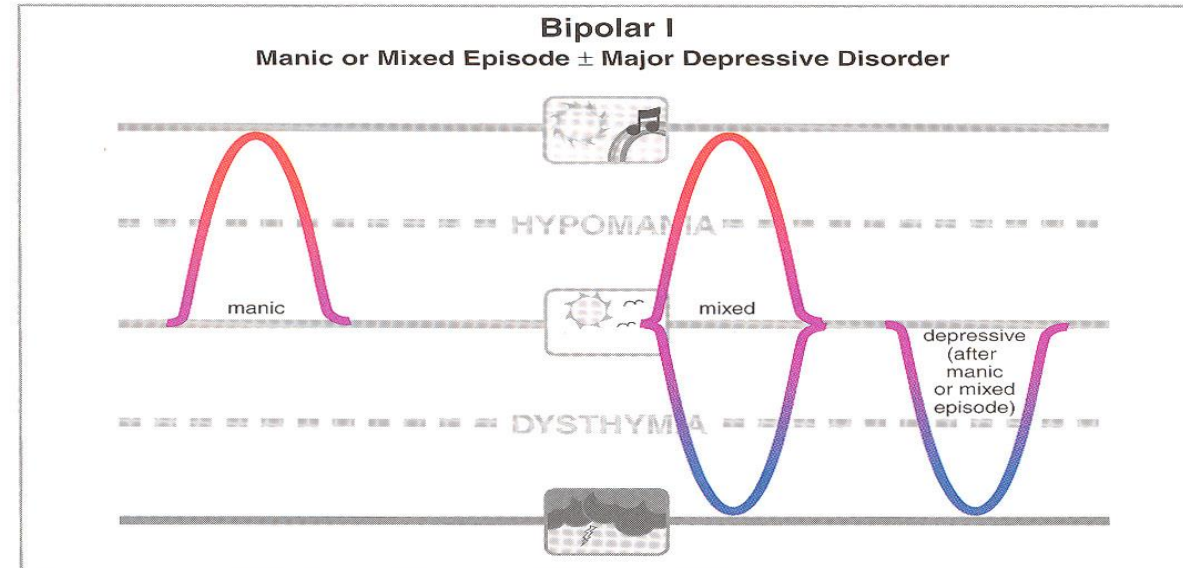


FIGURE 11-6 Bipolar I disorder. Bipolar I disorder is defined as the occurrence of at least one manic or mixed (full mania and full depression simultaneously) episode. Patients with bipolar I disorder typically experience major depressive episodes as well, although this is not necessary for the bipolar I diagnosis.

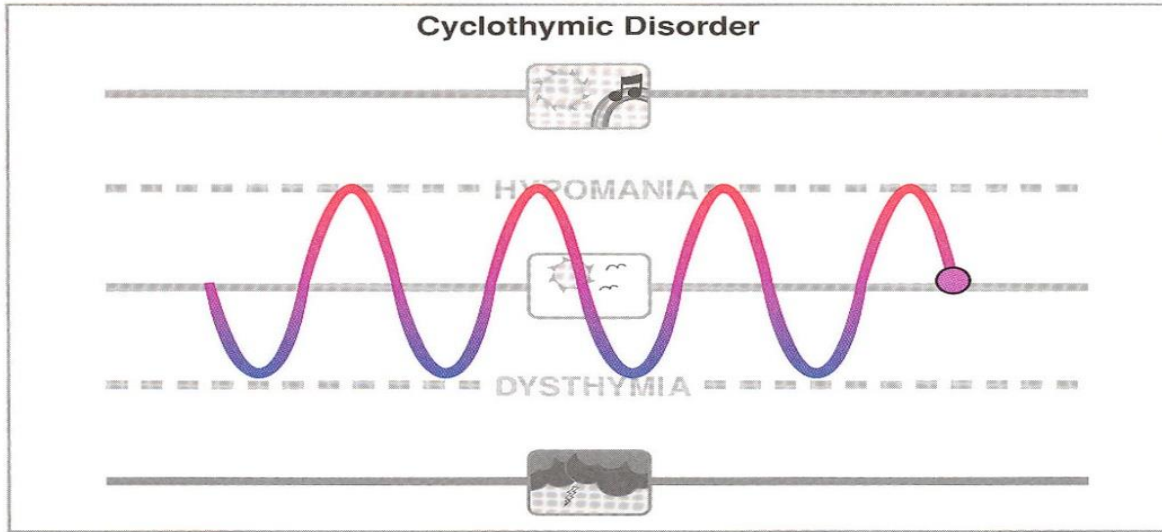


FIGURE 11-9 Cyclothymic disorder. Cyclothymic disorder is characterized by mood swings between hypomania and dysthymia but without any full manic or major depressive episodes.

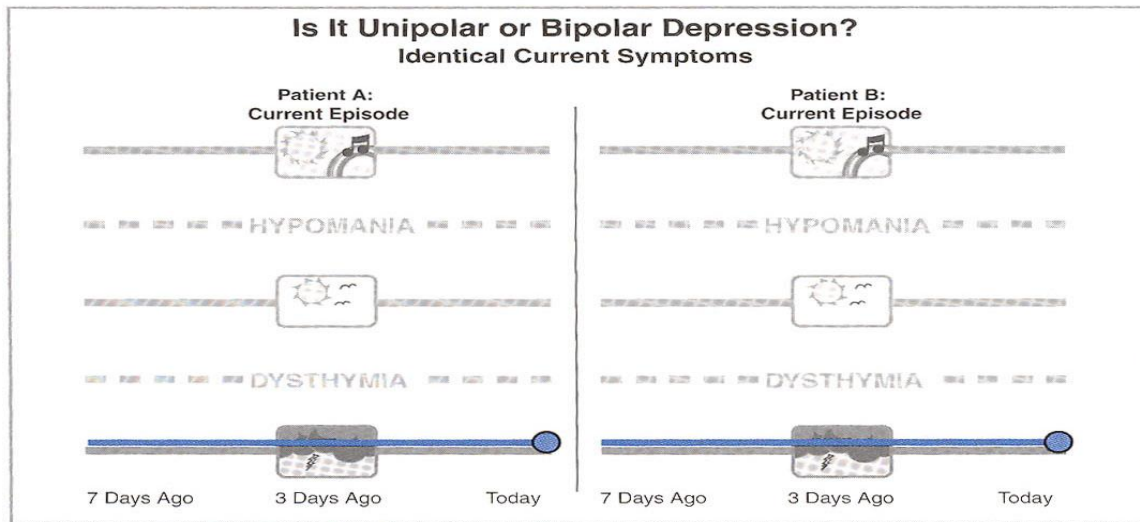


FIGURE 11-23 Unipolar versus bipolar depression presentation. The presenting symptoms of a major depressive episode in bipolar illness (Patient B) may be indistinguishable from those of a major depressive episode in unipolar depression (Patient A). Thus, the current presentation is not sufficient for making the differential diagnosis. The additional information needed includes family history, symptom and treatment-response history, and feedback from a friend or relative.

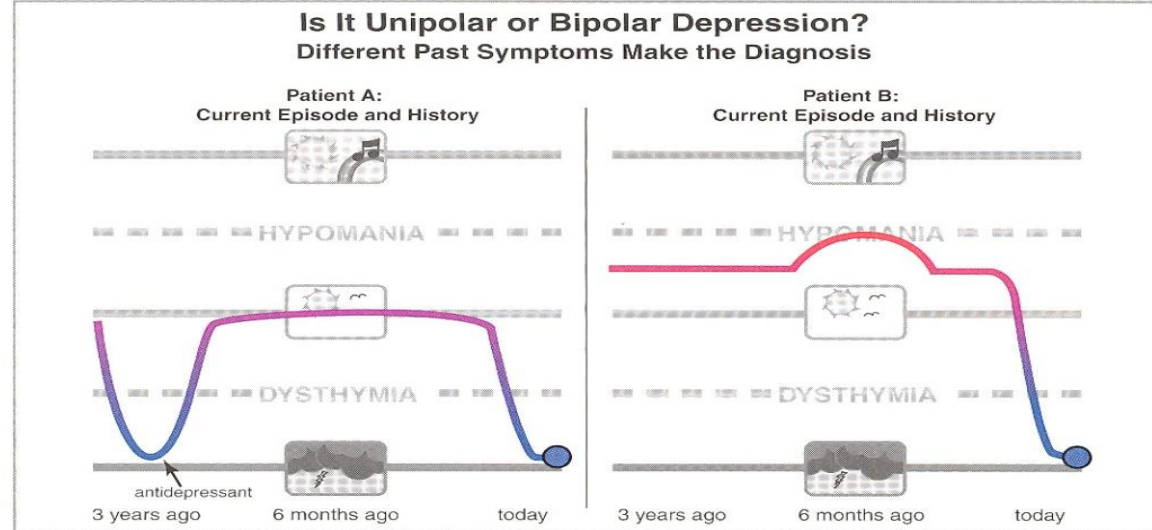


FIGURE 11-24 Unipolar versus bipolar depression history. Patterns of past symptoms as well as treatment-response history may aid in distinguishing between unipolar and bipolar illness. As shown here, although Patients A and B both present with major depressive episodes, they have divergent histories that suggest a unipolar illness for Patient A and a bipolar illness for Patient B.

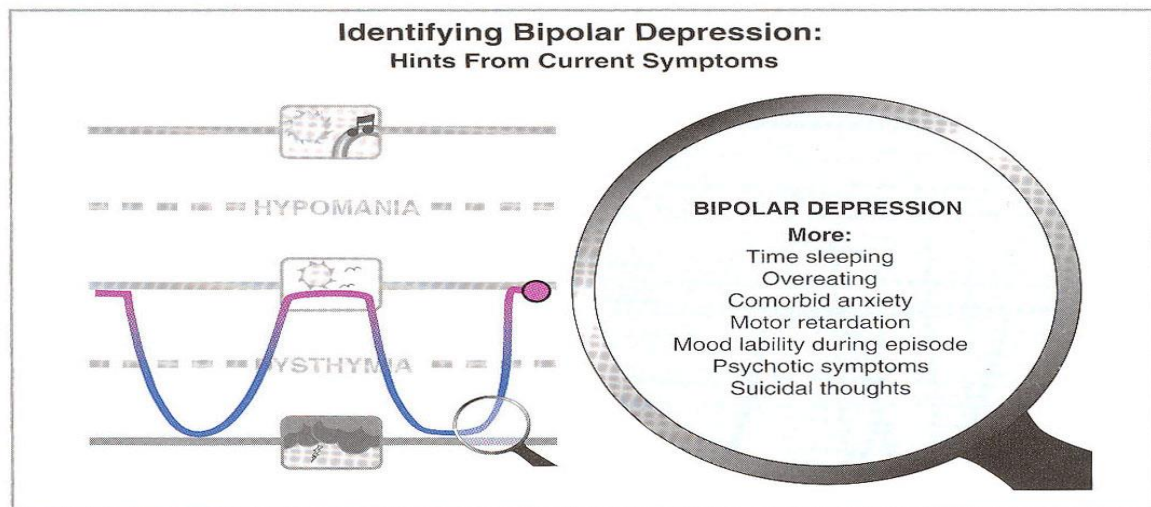


FIGURE 11-25 Bipolar depression symptoms. Although all symptoms of a major depressive episode can occur in either unipolar or bipolar depression, some symptoms may present more often in bipolar versus unipolar depression, providing hints if not diagnostic certainty that the patient has a bipolar spectrum disorder. These symptoms include increased time sleeping, overeating, comorbid anxiety, psychomotor retardation, mood lability during episodes, psychotic symptoms, and suicidal thoughts.

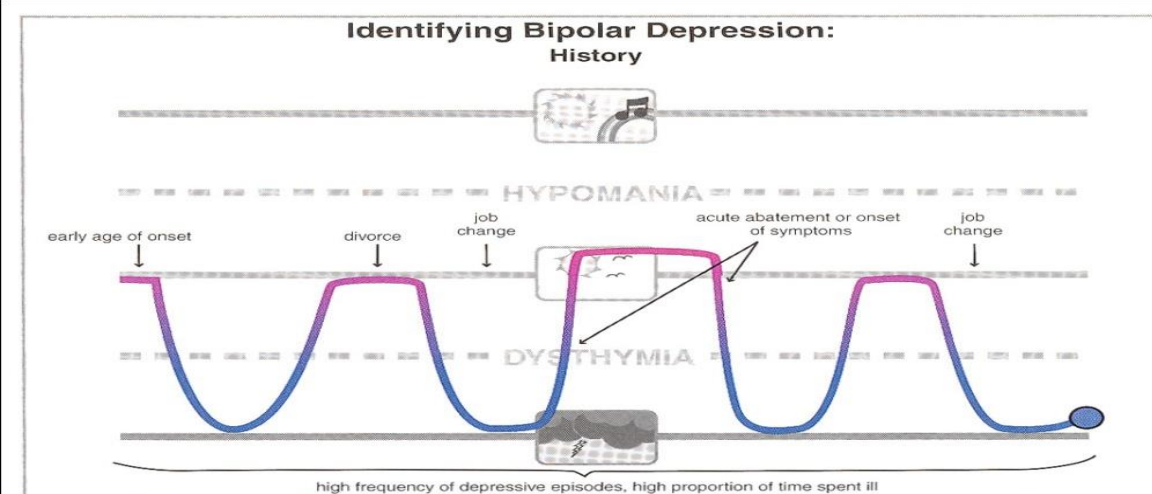


FIGURE 11-26 Identifying bipolar depression: history. Even in the absence of any previous (hypo)manic episodes, there are often specific hints in the untreated course of illness that suggest depression as part of the bipolar spectrum. These include early age of onset, high frequency of depressive episodes, high proportion of time spent ill, acute onset or abatement of symptoms, and behavioral symptoms such as frequent job or relationship changes.

Is It Unipolar or Bipolar Depression? Identical Current Symptoms

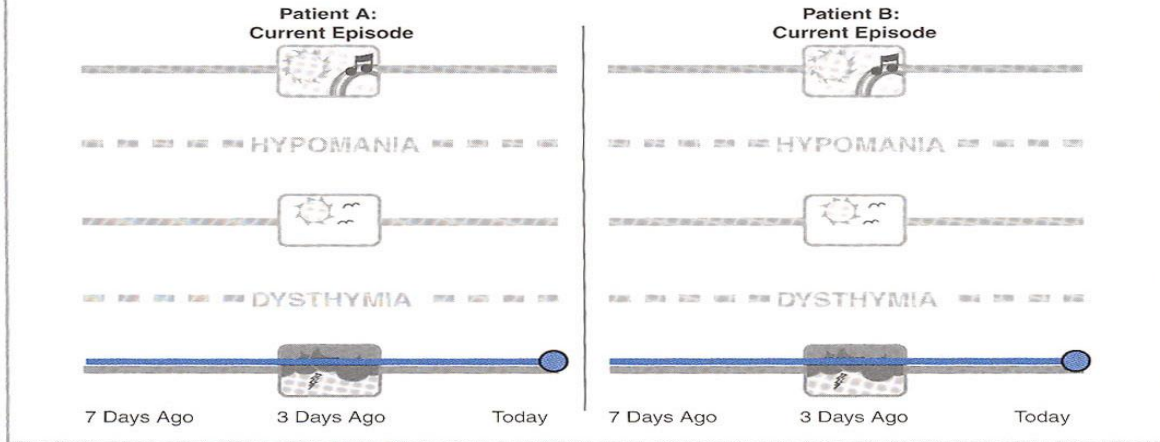


FIGURE 11-23 Unipolar versus bipolar depression presentation. The presenting symptoms of a major depressive episode in bipolar illness (Patient B) may be indistinguishable from those of a major depressive episode in unipolar depression (Patient A). Thus, the current presentation is not sufficient for making the differential diagnosis. The additional information needed includes family history, symptom and treatment-response history, and feedback from a friend or relative.

BP I hypomania hoitamaton 1kk → 75% mania
BP I subsyndr depressio - " - 1kk → 40 % depressio
(Keller et al, 1992)

Is Bipolar Disorder Progressive?

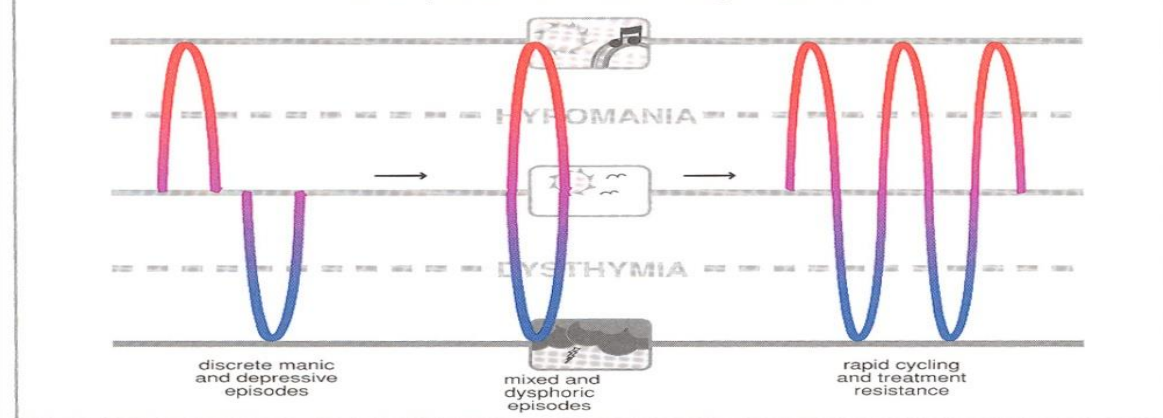


FIGURE 11-29 Is bipolar disorder progressive? There is some concern that undertreatment of discrete manic and depressive episodes may progress to mixed and dysphoric episodes and finally to rapid cycling and treatment resistance.

21.7.2026

USA: estolääkitys 1.manian jälkeen, Eurooppa: 2.-3- manian jälkeen

Identifying Bipolar Depression: Response to Antidepressants

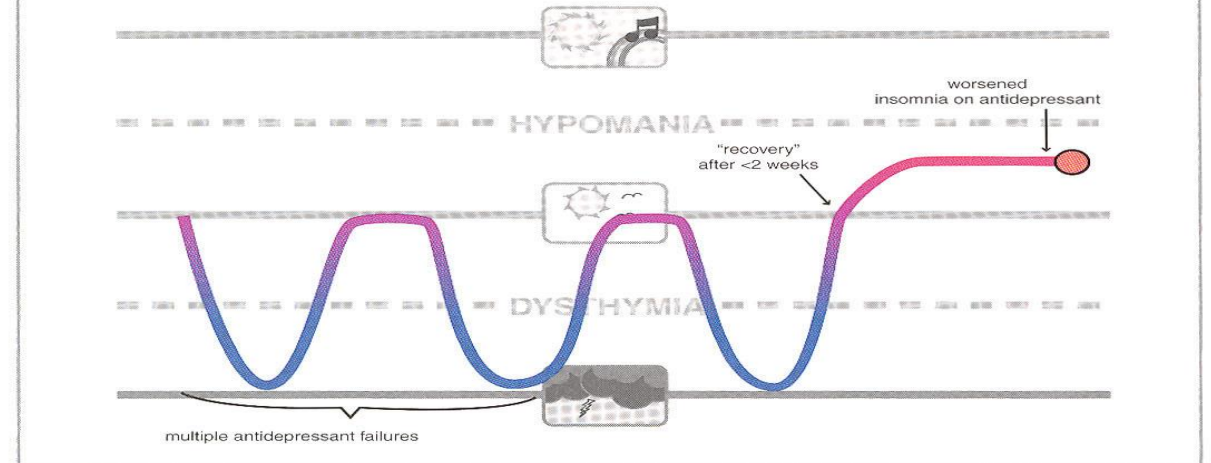


FIGURE 11-27 Identifying bipolar depression: response to antidepressants. Treatment-response history, particularly prior response to antidepressants, may provide insight into whether depression is unipolar or bipolar. Prior responses that suggest bipolar depression may include multiple antidepressant failures, rapid response to an antidepressant, and activating side effects such as insomnia, agitation, and anxiety.



Is Major Depressive Disorder Progressive?

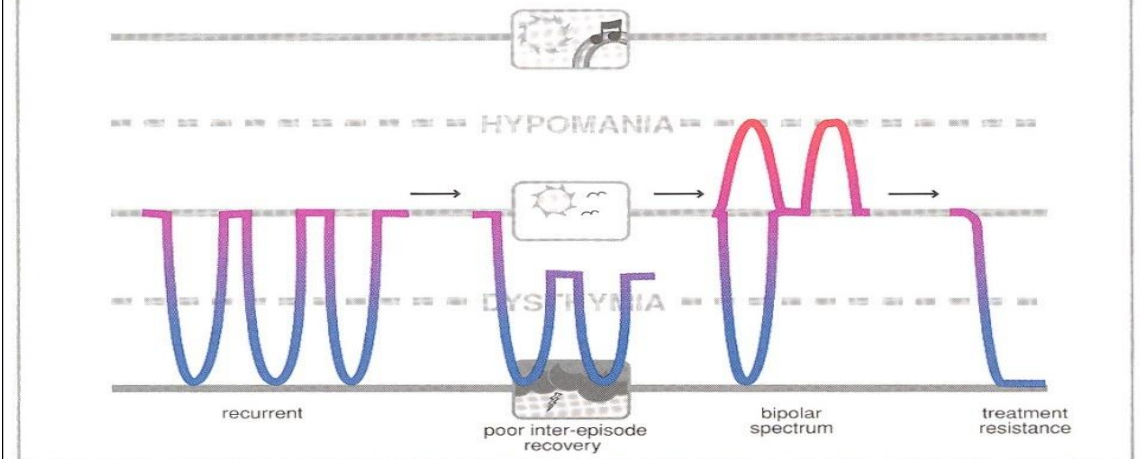


FIGURE 11-28 Is major depressive disorder progressive? A currently unanswered question is whether mood disorders are progressive. Does undertreatment of unipolar depression, in which residual symptoms persist and relapses occur, lead to progressive worsening of illness, such as more frequent recurrences and poor inter-episode recovery? And can this ultimately progress to a bipolar spectrum condition and finally treatment resistance?

S Stahl, 2008

26

yl juha kemppinen

Nuoren bipolaaritauti

Adolescents with a coexisting bipolar disorder

Presenting problems

Sexual promiscuity **Seksiä kaikkien kanssa**
Highly impulsive
Hyperactive
Legal problems

Affect

Elation/mania
Irrationality
Agitation
Depression/anger

TABLE 9. (continued)

Runaway
Truancy **pinnaus**
Angry outbursts
Thinking
Use of thinking errors
Rapid thoughts
Short attention span
Easily distracted
Grandiose
Delusional

Interpersonal relationships
Strong need for social interactions
Brief
Intense quality
Quantity of relationships
Seductive
Patterns of substance abuse
Polysubstance use

DSM-IV Symptom Dimensions of a Manic Episode

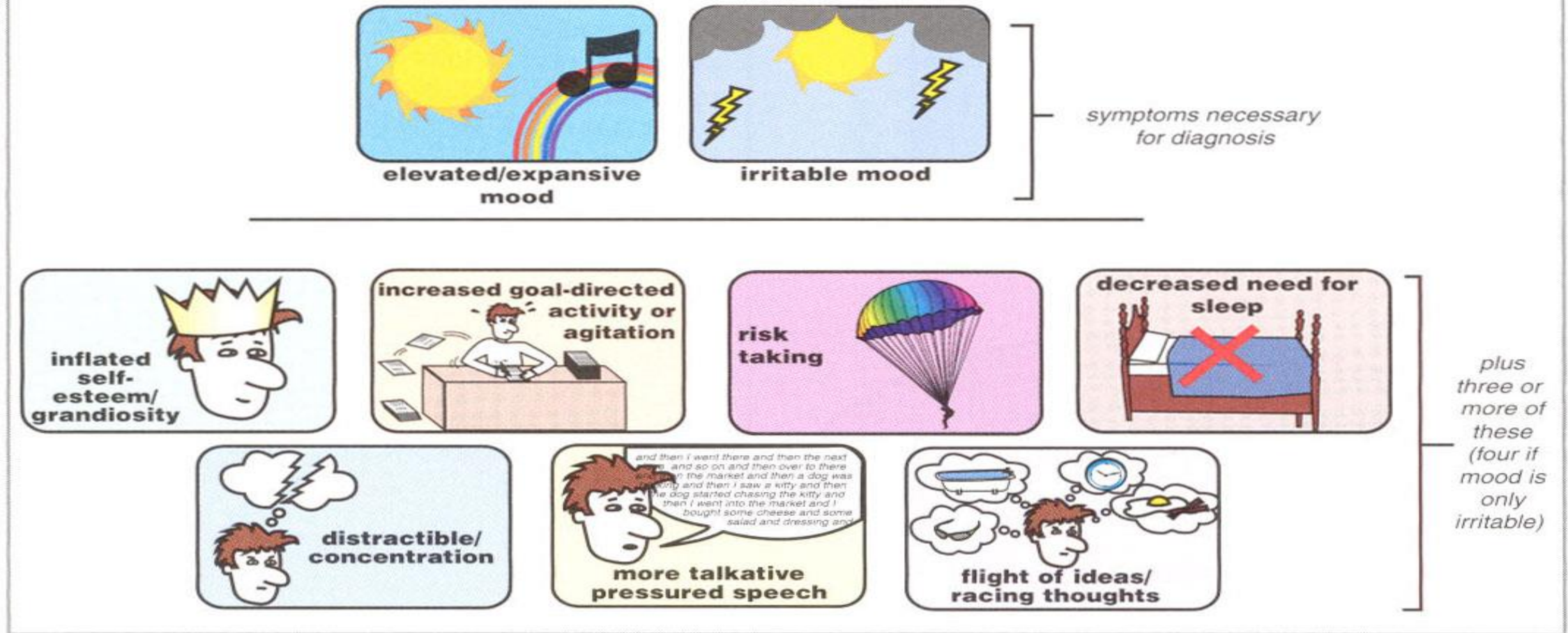


FIGURE 11-56 DSM-IV symptoms of mania. According to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth edition (DSM-IV), a manic episode consists of either elevated/expansive mood or irritable mood. In addition, at least three of the following must be present (four if mood is irritable): inflated self-esteem/grandiosity, increased goal-directed activity or agitation, risk taking, decreased need for sleep, distractibility, pressured speech, and racing thoughts.

Tyypin I kaksisuuntainen mielialahäiriö

Tyypin I kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosi edellyttää maanisen jakson kriteerien täyttymistä. Maanista jaksoa on voinut edeltää tai sitä voi seurata hypomaanisia tai vakavia masennusjaksoja

Maaninen jakso

A. Erillinen epänormaalisti ja jatkuvasti kohonneen, ekspansiivisen tai ärtyisän mielialan jakso, mihin liittyy **epänormaali ja jatkuva lisääntynyt aktiivisuus tai energisyys**, ja joka kestää **vähintään yhden viikon** ja esiintyy **suurimman osan päivää lähes joka päivä** (tai edellyttää kestosta riippumatta sairaalahoitoa).

B. Poikkeavan mielialan sekä kohonneen energian ja aktiivisuuden jakson aikana on esiintynyt merkittävässä määrin vähintään kolme seuraavista oireista (**neljä**, mikäli mieliala on ainoastaan **ärtyisä**) jotka edustavat **huomattavaa muutosta tavallisesta käytöksestä**:

- ylikorostunut itseluottamus tai suuruudentunne
- vähentynyt unen tarve (esim. levänneisyyden tunne jo kolmen tunnin yön jälkeen)
- lisääntynyt puheliaisuus tai pakonomainen tarve puhua jatkuvasti
- ajatusten lento tai subjektiivinen tunne ajatuksenriennosta
- havaittu tai itse todettu häiriöherkkyys (huomio kohdistuu helposti vähäpätöisiin tai epäolennaisiin ulkoisiin ärsykkeisiin)
- lisääntynyt päämääräsuuntautunut toimeliaisuus (sosiaalinen, seksuaalinen, opiskeluun tai työhön liittyvä) tai psykomotorinen levottomuus (tarkoitukseton, päämäärätön aktiivisuus)
- liiallinen hakeutuminen riskialttiisiin toimintoihin, joilla voi olla tuskallisia seurauksia (esim. harkitsemattomat sijoitukset, seksuaalisesti sopimaton käytös, tuhlailu)

Tyypin I kaksisuuntainen mielialahäiriö

Tyypin I kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosi edellyttää maanisen jakson kriteerien täyttymistä. Maanista jaksoa on voinut edeltää tai sitä voi seurata hypomaanisia tai vakavia masennusjaksoja

Maaninen jakso (jatkuu)

C. Mielialahäiriö **on tarpeeksi vakava** aiheuttaakseen **merkittävää haittaa** ammatillisessa tai sosiaalisessa toiminnassa tai ihmissuhteissa, **tai se vaatii sairaalahoitoa** itsen tai toisiin kohdistuvan haitan välttämiseksi, tai siihen liittyy **psykoottisia piirteitä**.

D. Oireet **eivät johdu minkään** kemiallisen aineen (esim. huumeen tai lääkkeen tai muun hoidon) suorasta fysiologisesta vaikutuksesta tai somaattisesta sairaudesta.

Huomaa: Täysi maaninen jakso, joka ilmaantuu masennusjakson hoidon (esim. masennuslääke, aivojen sähköhoito) aikana, mutta jatkuu täytenä oireyhtymänä silloinkin, kun kyseisen hoidon fysiologinen vaikutus on ohitse, lasketaan maaniseksi jaksoksi, ja on riittävä peruste tyyppi I kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosille.

Huomaa: Kriteerit A-D määrittävät maanisen jakson. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tyyppi I:n diagnoosi edellyttää vähintään yhden maanisen jakson esiintymistä elämän aikana.

SCID-5-CV- DIAGNOSTINEN YHTEENVETO

III KAKSISUUNTAISET MIELIALAHÄIRIÖT

- **Tyypin I kaksisuuntainen mielialahäiriö**

- _____.____ (____.____) Ajankohtainen tai viimeisin sairausjakso maaninen

- **296.41** (F31.11) Lievä
- **296.42** (F31.12) Keskivaikea
- **296.43** (F31.13) Vaikea
- **296.44** (F31.2) Psykoottisia piirteitä
- **296.45** (F31.73) Osittainen toipuminen
- **296.46** (F31.74) Täysi toipuminen
- **296.40** (F31.9) Määrittämätön
- **296.40** (F31.0)
- **296.45** (F31.71) Osittainen toipuminen
- **296.46** (F31.72) Täysi toipuminen
- **296.40** (F31.9) Määrittämätön

- _____.____ (____.____)

- **296.51** (F31.31) Lievä
- **296.52** (F31.32) Keskivaikea
- **296.53** (F31.4) Vaikea
- **296.54** (F31.5) Psykoottisia piirteitä
- **296.55** (F31.75) Osittainen toipuminen
- **296.56** (F31.76) Täysi toipuminen
- **296.50** (F31.9) Määrittämätön
- **296.7** (F31.9)

- **296.89** (F31.81) **Tyypin II kaksisuuntainen mielialahäiriö**

- *Määritä* ajankohtainen tai viimeisin sairausjakso:

- hypomaaninen jakso, masennusjakso

- *Määritä* mikäli sairausjakson kriteerit eivät ajankohtaisesti täyty:

- osittainen remissio, täysi remissio

- *Määritä* vaikeusaste, jos ajankohtaisesti vakava masennusjakso:

- lievä, keskivaikea, vaikea

- **301 . 13** (F34.0) **Syklotyminen häiriö**

- *Määritä* jos, ahdistuneisuusoireita

- _____.____ (____.____) Päihteen tai lääkkeen aiheuttama kaksisuuntainen mielialahäiriö

- **Huomaa:** Katso ICD-9-CM:n ja ICD-10-CM:n päihdekohtaiset kriteerit ja koodausohjeet

- *Määritä*, jos: alku päihtymyksen aikana, alku vieroitusoireiden aikana

- **293.83** (____.____) Somaattisesta sairauden aiheuttama kaksisuuntainen mielialahäiriö

- *Määritä:*

- (F06.33) maanisia piirteitä
- (F06.33) maanisen tai hypomaanisen kaltainen jakso
- (F06.34) sekamuotoisia piirteitä

- **296.89** (F31.89) Muu määritetty kaksisuuntainen mielialahäiriö

- **296.80** (F31.9) Määrittämätön kaksisuuntainen mielialahäiriö

SCID-5-CV (The Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (First et al, 2016)

”SCID-5-CV”

- D. Mielialahäiriöt
 - Bipolar I (nykyinen/ viimeisin maaninen jakso)
 - Nykyinen jakso maaninen, lievä (F31.11)
 - Nykyinen jakso maaninen, keskivaikea (F31.12)
 - Nykyinen jakso maaninen, vaikea (F31.13)
 - Nykyinen jakso maaninen, psykoottinen (F31.2)
 - Viimeisin jakso maaninen, osittainen remissio (F31.73)
 - Viimeisin jakso maaninen, täysi remissio (F31.74)

SCID-5-CV (The Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (First et al, 2016) "SCID-5-CV"

- D. Mielialahäiriöt
 - Bipolar I (nykyinen/ viimeisin depressiivinen jakso)
 - Nykyinen jakso depressiivinen, lievä (F31.31)
 - Nykyinen jakso depressiivinen, keskivaikea (F31.32)
 - Nykyinen jakso depressiivinen, vaikea (F31.4)
 - Nykyinen jakso depressiivinen, psykoottinen (F31.5)
 - Viimeisin jakso depressiivinen, osittainen remissio (F31.75)
 - Viimeisin jakso depressiivinen, täysi remissio (F31.76)

SCID-5-CV (The Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (First et al, 2016) ”SCID-5-CV”

- D. Mielialahäiriöt
 - Bipolar I (nykyinen/ viimeisin hypomaaninen jakso)
 - Nykyinen jakso hypomaaninen (F31.0)
 - Viimeisin jakso hypomaaninen, osittainen remissio (F31.71)
 - Viimeisin jakso hypomaaninen, täysi remissio (F31.72)
 - Bipolar I (nykyinen/ viimeisin määrittämätön jakso) (F31.9)

SCID-5-CV (The Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (First et al, 2016) ”SCID-5-CV”

- D. Mielialahäiriöt
 - Bipolar II (nykyinen/ viimeisin hypomaaninen jakso)
 - Nykyinen jakso hypomaaninen (F31.81)
 - Viimeisin jakso hypomaaninen, osittainen remissio (F31.81)
 - Viimeisin jakso hypomaaninen, täysi remissio (F31.81)
 - Bipolar II (nykyinen/ viimeisin depressiivinen jakso)
 - Nykyinen jakso depressiivinen, lievä (F31.81)
 - Nykyinen jakso depressiivinen, keskivaikea (F31.81)
 - Nykyinen jakso depressiivinen, vaikea (F31.81)
 - Nykyinen jakso depressiivinen, psykoottinen (F31.81)
 - Viimeisin jakso depressiivinen, osittainen remissio (F31.81)
 - Viimeisin jakso depressiivinen, täysi remissio (F31.81)
 - Elämänaikainen:
 - Bipolar muut (syklotyminen, NAS)
 - Vakava masennustila
 - Masennustila NAS

Annual Medical Monitoring for Bipolar Disorder Patients**Name** _____ **Date** ____/____/____**History**

Obesity ____ Diabetes ____ Dyslipidemia ____ Hypertension ____ Cardiovascular disease ____

Libido ____ Sexual function ____ Female: Menstrual ____ Galactorrhea (APs) ____

Polyuria/polydipsia (Li, SGAPs) ____ Other _____

Family History (First-Degree Relatives)

Obesity ____ Diabetes ____ Dyslipidemia ____ Hypertension ____ Cardiovascular disease ____

Other _____

Physical Examination

Pulse _____ bpm Blood pressure _____/_____ mm Hg

Weight _____ lb Height _____ inches

Body mass index (703 x weight in lb)/(height in inches)² _____ m/kg² Waist _____ inches**Extrapyramidal (APs):** Tremor ____ Rigid ____ Cogwheel ____ Akathisia ____ TD ____

Visual acuity (quetiapine) _____

Laboratory**Medications:** Li _____ mmole/L VPA _____ µg/mL CBZ _____ µg/mL**Renal (Li):** Blood urea nitrogen _____ mg/dL Creatinine _____ mg/dL**Urinary (Li):** Urinalysis _____ Specific gravity _____**Thyroid (Li):** Thyroid-stimulating hormone _____ mIU/mL**Electrolytes (Li, VPA, CBZ):** Na ____ K ____ Cl ____ CO₂ _____ mmole/L Ca ____ mg/dL**Complete blood count (VPA, CBZ):** WBC _____ K/µL ANC _____ K/µL Platelets _____ K/µL
Hb _____ g/dL Hct _____ %**Hepatic (VPA, CBZ):** AST (SGOT) _____ U/L ALT (SGPT) _____ U/L Alk phos _____ U/L**Metabolic, fasting (SGAPs):** Glucose _____ mg/dL Triglycerides _____ mg/dL
Cholesterol HDL _____ mg/dL LDL _____ mg/dL Total _____ mg/dL**FIGURE 13–1. Annual medical monitoring for bipolar disorder patients.**

ALT (SGPT)=alanine aminotransaminase (serum glutamate pyruvate transaminase); ANC=absolute neutrophil count; APs=antipsychotics; AST (SGOT)=aspartate aminotransaminase (serum glutamic oxaloacetic transaminase); CBZ=carbamazepine; Li=lithium; SGAPs=second-generation antipsychotics; TD=tardive dyskinesia; VPA=valproate; WBC=white blood cell count.

Tyypin I kaksisuuntainen mielialahäiriö

Tyypin I kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosi edellyttää maanisen jakson kriteerien täyttymistä. Maanista jaksoa on voinut edeltää tai sitä voi seurata hypomaanisia tai vakavia masennusjaksoja

Kirjaamis- ja luokitteluohje

Tyypin I kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosin **koodaaminen** perustuu **ajankohtaisen tai viimeisimmän sairausjakson** tyyppiin, psykoottisten oireiden esiintymiseen, sekä toipumisasteeseen.

Ajankohtainen vaikeusaste koodataan vain, mikäli manian tai vakavan masennusjakson **oirekriteerit** asiaa arvioitaessa **täyttyvät**.

Toipumisasteen määreitä käytetään ainoastaan, mikäli manian, hypomanian tai vakavan masennusjakson oirekriteerit **eivät ajankohtaisesti täyty**.

Diagnoosin nimeä koodattaessa termit ryhmitellään seuraavassa järjestyksessä:

Tyypin I kaksisuuntainen mielialahäiriö, ajankohtaisen tai viimeisimmän sairausjakson tyyppi, vaikeusasteen/psykoottisten piirteiden/toipumisasteen määreet, ja niiden jälkeen ilman numerokodeja muut viimeiseen sairausjaksoon soveltuvat määreet.

Tyypin I kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kirjaamis- ja luokitteluohje Koodit ovat seuraavat:

Tyyppi I kaksisuuntainen mielialahäiriö	Ajankohtainen tai viimeisin maniajakso	Ajankohtainen tai viimeisin hypomaniajakso*	Ajankohtainen tai viimeisin vakava masennusjakso	Ajankohtainen tai viimeisin jakso määrittämätön**
Lievä	296.41 (F31.11)	—	296.51 (F31.31)	—
Keskivaikea	296.42 (F31.12)	—	296.52 (F31.32)	—
Vaikea	296.43 (F31.13)	—	296.53 (F31.4)	—
Psykoottisia piirteitä***	296.44 (F31.2)	—	296.54 (F31.5)	—
Osittainen toipuminen	296.45 (F31.73)	296.45 (F31.71)	296.55 (F31.75)	—
Täysi toipuminen	296.46 (F31.74)	296.46 (F31.72)	296.56 (F31.76)	—
Määrittämätön	296.40 (F31.9)	296.40 (F31.9)	296.50 (F31.9)	—

*Vaikeusasteen tai psykoottisten piirteiden määrite eivät sovellu; koodi 296.40 (F31.0) tapauksille, jotka eivät remissiossa.

** Vaikeusasteen, psykoottisuuden tai remission määreet eivät sovellu. Koodi 296.7 (F31.9)

*** Jos psykoottisia piirteitä esiintyy, merkitse ”psykoottisia piirteitä” sairausjakson muusta vaikeusasteesta riippumatta.

Tyypin I kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kirjaamis- ja luokitteluohje

Koodit ovat seuraavat: lisäksi kirjaa jos seuraavia

Määritä: (specifiers)

Ahdistuneisuusoireita

Sekamuotoisia piirteitä

Tiheäjaksoisuus

Melankolisia piirteitä

Epätyypillisiä piirteitä

Mielialan mukaisia psykoottiset piirteitä

Mielialaa vastaamattomia psykoottisia piirteitä

Katatonisia piirteitä Merkintäohje: Käytä lisäkoodia 293.89 (06.1)

Liittyminen raskauteen tai synnytykseen

Liittyminen vuodenaikaan

**Sekamuotoinen jakso on poistunut
DSM-5:ssä!**

MAANINEN JAKSO

A16

Onko Teillä koskaan esiintynyt aikaa, jolloin olisitte tuntenut olonne niin hyväksi, huipuksi tai kiihtyneeksi, että toiset olisivat ajatelleet että ette ollut oma itsenne tai olisitte joutunut vaikeuksiin? (Sanoiko kukaan, että olitte maaninen?) (Oliko olonne muutakin kuin vain normaalia hyväntuulisuutta?)

Millaiselta se tuntui?

JOS EI: Oletteko koskaan ollut niin ärtynyt, että olisitte huutanut toisille tai joutunut riitoihin tai jopa tappeluihin? (Huomasitteko rähjäävänne tuntemattomille ihmisille)

Jos A16 on "-"- (siis ei koskaan kohonneen tai ärtyneen mielialan jaksoja), siirry kohtaan A45, sivu 13 (Dystyyminen häiriö)

A17

Kuinka kauan sitä kesti? (Vähintään viikon verran? Täytyikö teidän mennä sairaalaan?)

.... ja joka kestää vähintään yhden viikon (tai edellyttää kestosta riippumatta sairaalahoitoa).

A17

? - +

Jos A17 on "-"-, (siis kesto on lyhyempi kuin yksi viikko), siirry kohtaan A30, sivu 10 (Hypomaaninen jakso).

Onko Teillä esiintynyt tällaista useamminkin kuin vain kerran? Milloin olitte eniten (vauhdikas, iloinen, huippukunnossa, ärtynyt /OMA ILMAUS)?

KOHDISSA A18 - A27 sivuilla keskity kaikkein vaikeimpaan jaksoon.

JOS EI TIEDOSSA: Tänä aikana, milloin olitte kaikkein (OMA ILMAUS euforialle tai ärtyneisyydelle)?

VAIKEIMMAN MAANISEN VAIHEEN AIKANA....

B. Vähintään kolme seuraavista oireista on esiintynyt merkittävässä määrin mielialahäiriön aikana (neljä, mikäli mieliala on ainoastaan ärtysä):

A18

...kuinka suhtauduitte itseenne?

(Oliko itseluottamukseenne parempi kuin tavallisesti? Oliko Teillä mitään erityiskykyjä tai voimia?)

1. ylikorostunut itseluottamus tai suuruudentunne

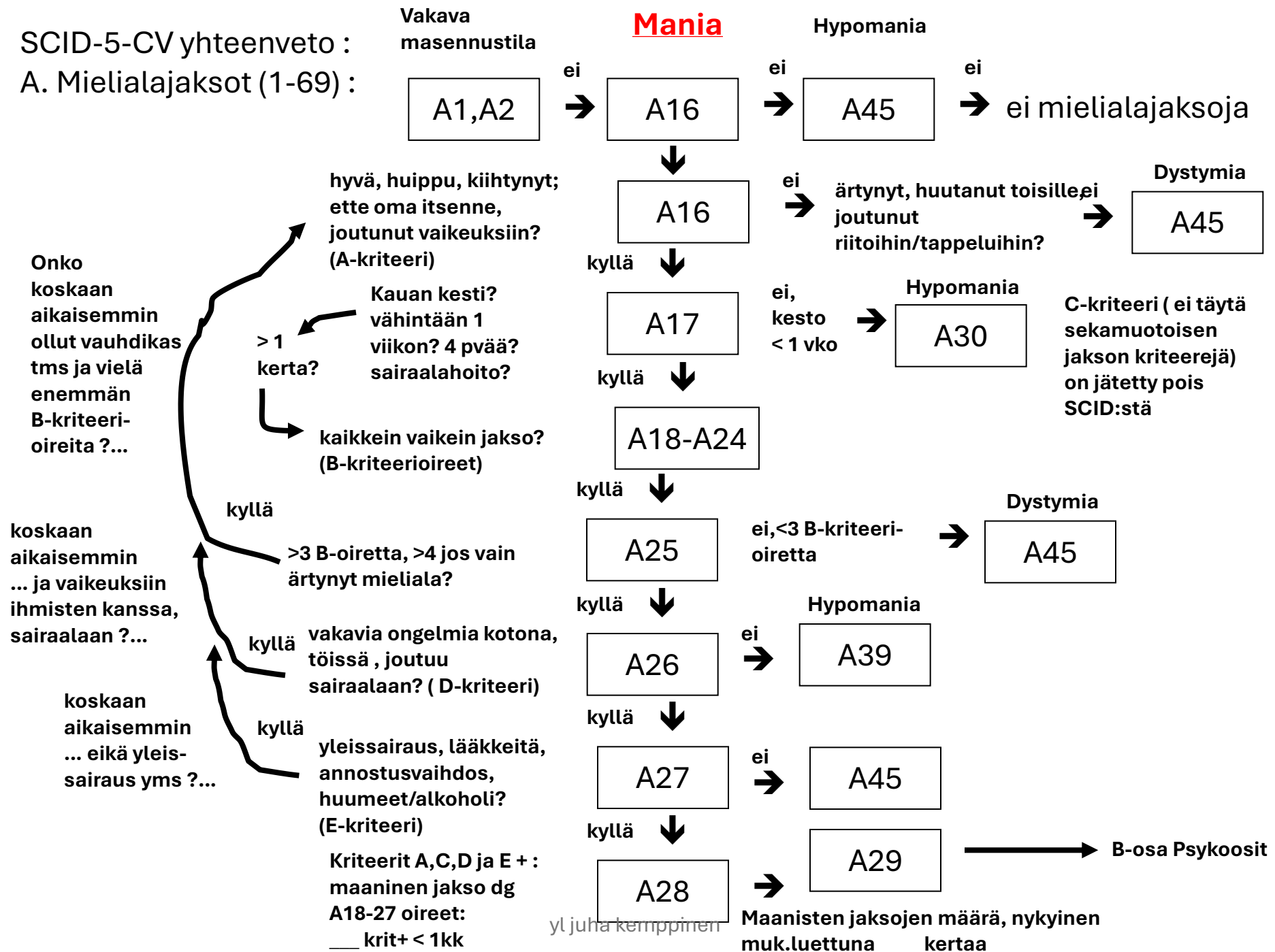
A18

? - +

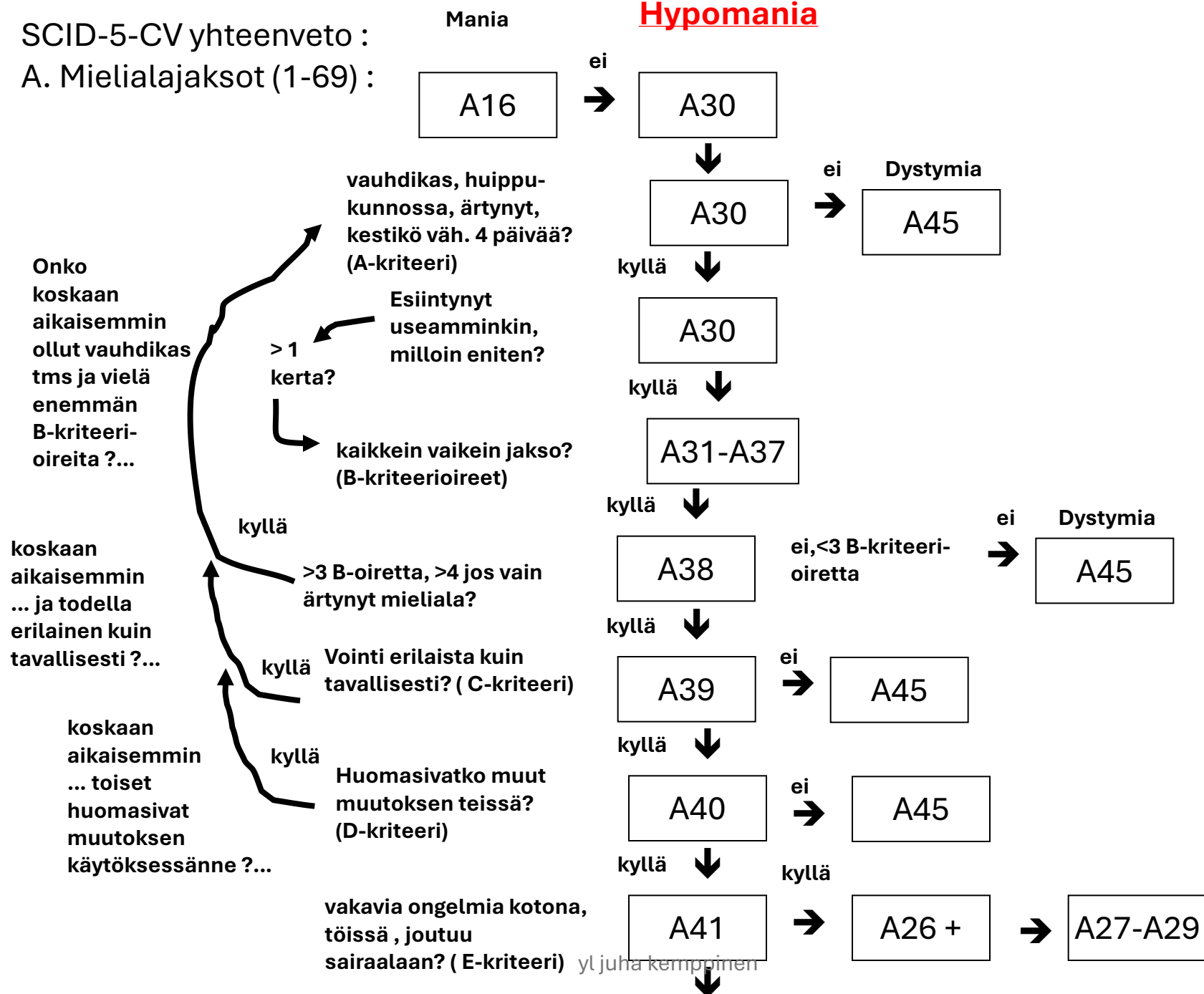
A19	... tarvitsitteko vähemmän unta kuin tavallisesti? JOS KYLLÄ: Tunsitteko kuitenkin itsenne levänneeksi?	2. vähentynyt unen tarve (esim. tuntee olonsa levänneeksi nukuttuaan vain kolme tuntia)	A19 ? - +
A20	...olitteko puheliaampi kuin tavallisesti? (Oliko toisilla vaikeuksia ymmärtää Teitä tai saada puheenne keskeytetyksi?)	3. lisääntynyt puheliaisuus tai pakottava puhumisen tarve	A20 ? - +
A21	...riensivätkö ajatuksenne päässäanne?	4. ajatuksenlento tai tunne siitä, että ajatustoiminta on kiihtynyt	A21 ? - +
A22	...oliko Teidän vaikea keskittyä, koska mikä tahansa pikkuseikka tuntui vievän huomionne?	5. häiriöherkkyys, huomio kiinnittyy liian helposti merkityksettömiin ulkoisiin ärsykkeisiin	A22 ? - +
A23	... kuinka kulutitte aikaanne? (Työssä, ystävien kanssa, harrastuksissa? Olitteko niin toimelias, että ystävienne tai perheenne huolestuivat?) JOS EI LISÄÄNTYNYTTÄ TOIMELIAISUUTTA: Olitteko ruumiillisesti levoton? (Kuinka vaikeaa tai pahaa se oli?)	6. lisääntynyt toimeliaisuus (sosiaalinen, ammatillinen tai seksuaalinen) tai ruumiillinen levottomuus	A23 ? - +
A24	... teittekö mitään, millä olisi voinut olla haitallisia vaikutuksia elämäännne? (Ostelitteko tarpeettomasti? Olitteko seksuaalisesti aktiivisempi kuin tavallista? Ajelitteko holtittomasti autolla?)	7. runsas osallistuminen toimintoihin, joihin liittyy huomattavan haitallisten seuraamusten mahdollisuus (esim. tuhlailevat ostoskierrokset, seksuaalinen holtittomuus, harkitsemattomat sijoitukset)	A24 ? - +
A25		VÄHINTÄÄN KOLME "B" OIRETTA ON LUOKITeltu "+" (NELJÄ JOS MIELIALA ON VAIN ÄRTYNYT)	A25 ? - +

Jos A25 on "-"- (siis vähemmän kuin kolme kohtaa on luokiteltu "+") kysy seuraavaa:
Oletteko koskaan aikaisemmin ollut (vauhdikas, huippukunnossa, ärtynyt/ OMA ILMAUS) ja Teillä oli vielä enemmän näitä oireita joista juuri keskustelimme?
Jos "kyllä", palaa takaisin kohtaan A16, sivu 6, ja kysy tästä jaksosta.
Jos "ei", siirry kohtaan A45, sivu 13 (Dystyminen häiriö).

SCID-5-CV yhteenveto :
A. Mielialajaksot (1-69) :



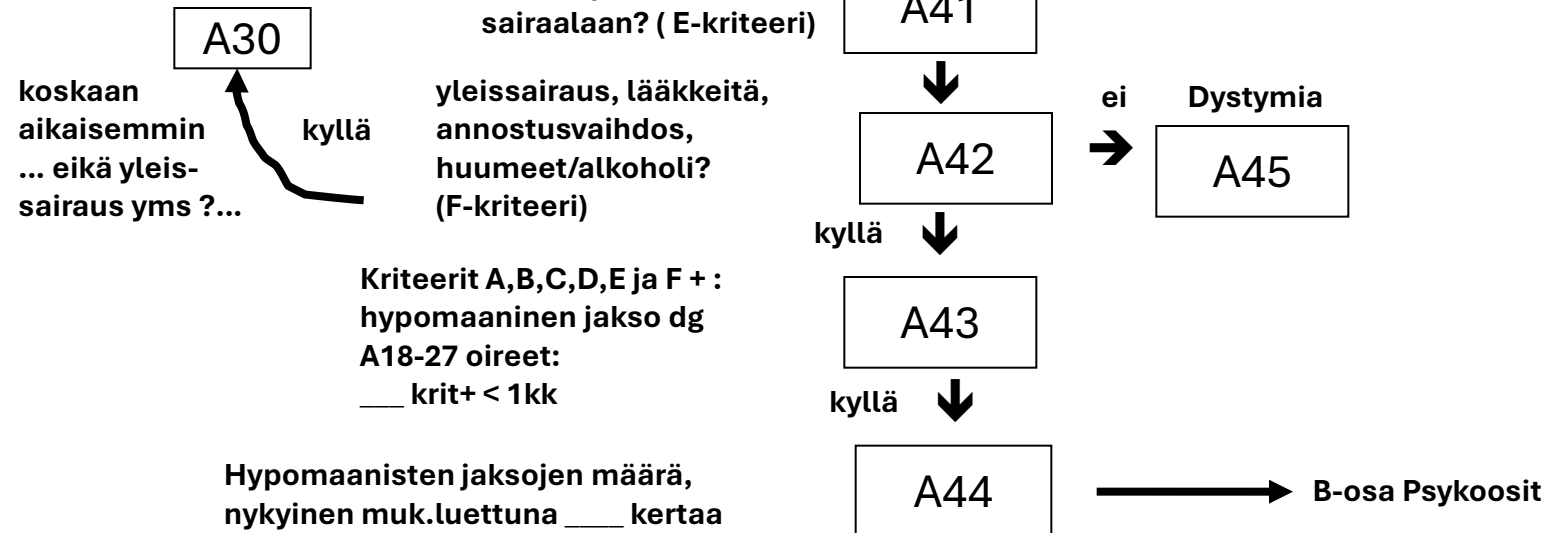
SCID-5-CV yhteenveto :
A. Mielialajaksot (1-69) :



Hypomania (jatkuu)

SCID-5-CV yhteenveto :

A. Mielialajaksot (1-69) : vakavia ongelmia kotona,
töissä , joutuu
sairaalaan? (E-kriteeri)



A26

JOS EI TIEDOSSA: Oliko Teillä vakavia ongelmia kotona tai työssä tai jouduitteko sairaalaan oireidenne vuoksi?

8

D. Mielialahäiriöjakso on ollut riittävän vakava aiheuttamaan huomattavan sosiaalisen tai ammatillisen toiminnan huonontumista tai sairaalaan sisäänotto on ollut välttämätöntä itsensä tai toisten vahingoittamisen estämiseksi, tai esiintyy psykoottisia oireita

A26

? - +

Jos A26 on "-” (siis ei riittävän vaikea) kysy seuraavaa:

Oletteko koskaan aikaisemmin ollut (vauhdikas, huippukunnossa, ärtynyt/ OMA ILMAUS) ja jouduitte vaikeuksiin ihmisten kanssa tai sairaalahoitoon?

Jos "kyllä", palaa takaisin kohtaan A16, sivu 6, ja kysy tästä jaksosta.

Jos "ei", siirry kohtaan A39, sivu 11 (Kriteeri C Hypomaaninen jakso).

A27

Olitteko ruumiillisesti sairas juuri ennen kuin tämä alkoi?

Käyttittekö mitään lääkkeitä juuri ennen kuin tämä alkoi?

JOS KYLLÄ: Vaihtuiko annostelu?

Käyttittekö mitään huumeita tai joitteko juuri ennen kuin tämä alkoi?

Jos on mitään merkkejä siitä, että mania voi olla sekundaarista (esim. jonkin yleissairauden tai lääkeaineen suoraa vaikutusta), siirry sivulle 16 ja palaa takaisin luokittelemaan "+" tai "-".

E. Oireet eivät johdu minkään kemiallisen aineen (esim. huumeen tai lääkkeen) suorasta fysiologisesta vaikutuksesta tai yleissairaudesta.

HUOM: Jos somaattinen antidepressiivinen hoito (esim. lääkitys, ECT, kirkasvalohoito) on selvästi aiheuttanut maanisen jakson, ei tulisi tehdä bipolaari I häiriön diagnoosia vaan harkita psykoaktiivisen aineen aiheuttamia mielialahäiriöitä.

Etiologisiin yleissairauksiin kuuluvat degeneratiiviset neurologiset sairaudet (esim. Huntingtonin tauti, MS-tauti), aivoverenkierron häiriöt (esim. aivoinfarkti), metaboliset sairaudet (esim. B12- vitamiinin puute, Wilsonin tauti), endokriiniset sairaudet (esim. hypertyreoidismi), virus- ja muut infektiot, ja tietyt syövät (esim. aivotuumorit).

Etiologisiin pähteisiin kuuluvat alkoholi, amfetamiini, kokaiini, hallusinogeenit, inhalantit, opioidit, phensyklidiini, sedatiivit, hypnootit, ansiolyytit. Lääkeaineisiin kuuluvat psykotrooppiset lääkeaineet, (esim. antidepressantit), kortikosteroidit, anaboliset steroidit, isoniatsidi, antiparkinsonismilääkkeet (esim. levodopa) ja sympatomimeetit.

A27

? - +

Jos A27 on luokiteltu ”-” (siis mania johtuu jostakin päihteestä tai yleissairaudesta), kysy seuraavaa:
Oletteko koskaan aikaisemmin ollut (vauhdikas, huippukunnossa, ärtynyt/ OMA ILMAUS) ettekä ollut ruumiillisesti sairaus tai käyttänyt päihteitä?

Jos ”kyllä”, siirry takaisin kohtaan A16, sivu 6, ja kysy tästä jaksosta.

Jos ”ei”, siirry kohtaan A45, sivu 13 (Dystyyminen häiriö).

A28

JOS EI TIEDOSSA: Onko Teillä ollut (oireita, jotka edellä luokiteltu ”+”) viime kuukauden aikana?

KRITEERIT A,C,D, AND E OVAT ”+” (TEE MAANISEN JAKSON DIAGNOOSI)

A28

- +

Merkitse tähän ____ jos kriteerit täyttyvät kuluneen kuukauden osalta.

A29

Kuinka monta eri kertaa olette ollut (vauhdikas, huippukunnossa, ärtynyt/ oma ilmaus) ja Teillä oli (maanisia oireita, joita myöntää esiintyneen) vähintään viikon ajan (tai jouduitte sairaalaan)?

Maanisten jaksojen määrä, nykyinen mukaanluettuna

OLET PÄÄSSYT MIELIALAJAKSOJEN LOPPUUN. SIIRRY OSAAN B (PSYKOOTTISET JA PSYKOOSEIHIN LIITTYVÄT OIREET), B1, SIVU 21.

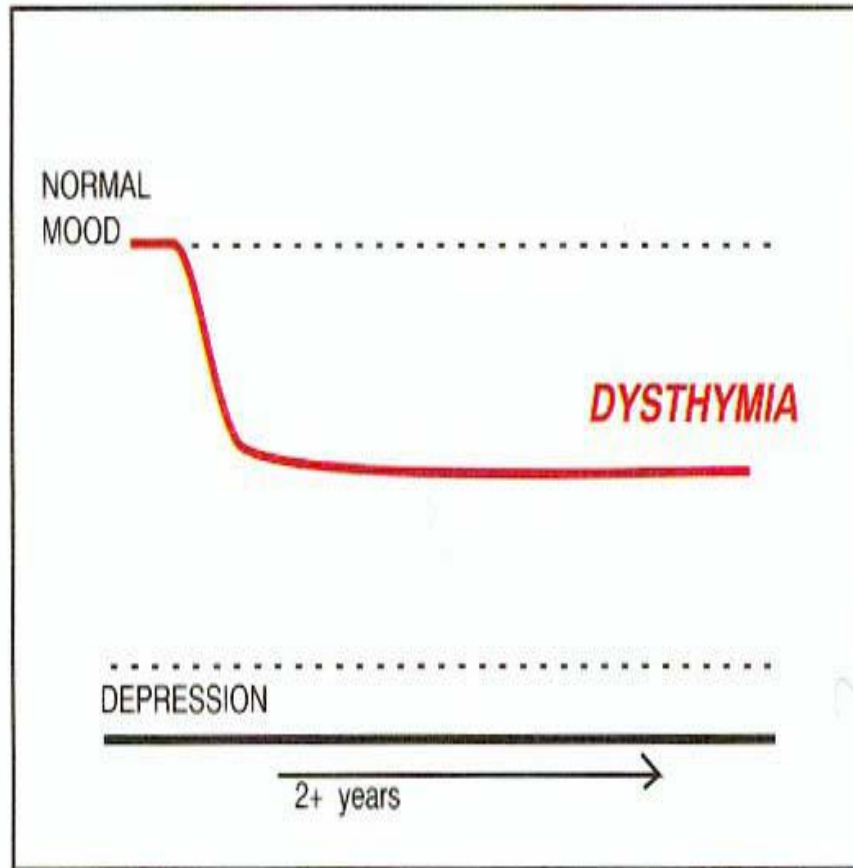


FIGURE 5-7. Dysthymia is a low-grade but very chronic form of depression, which lasts for more than 2 years.

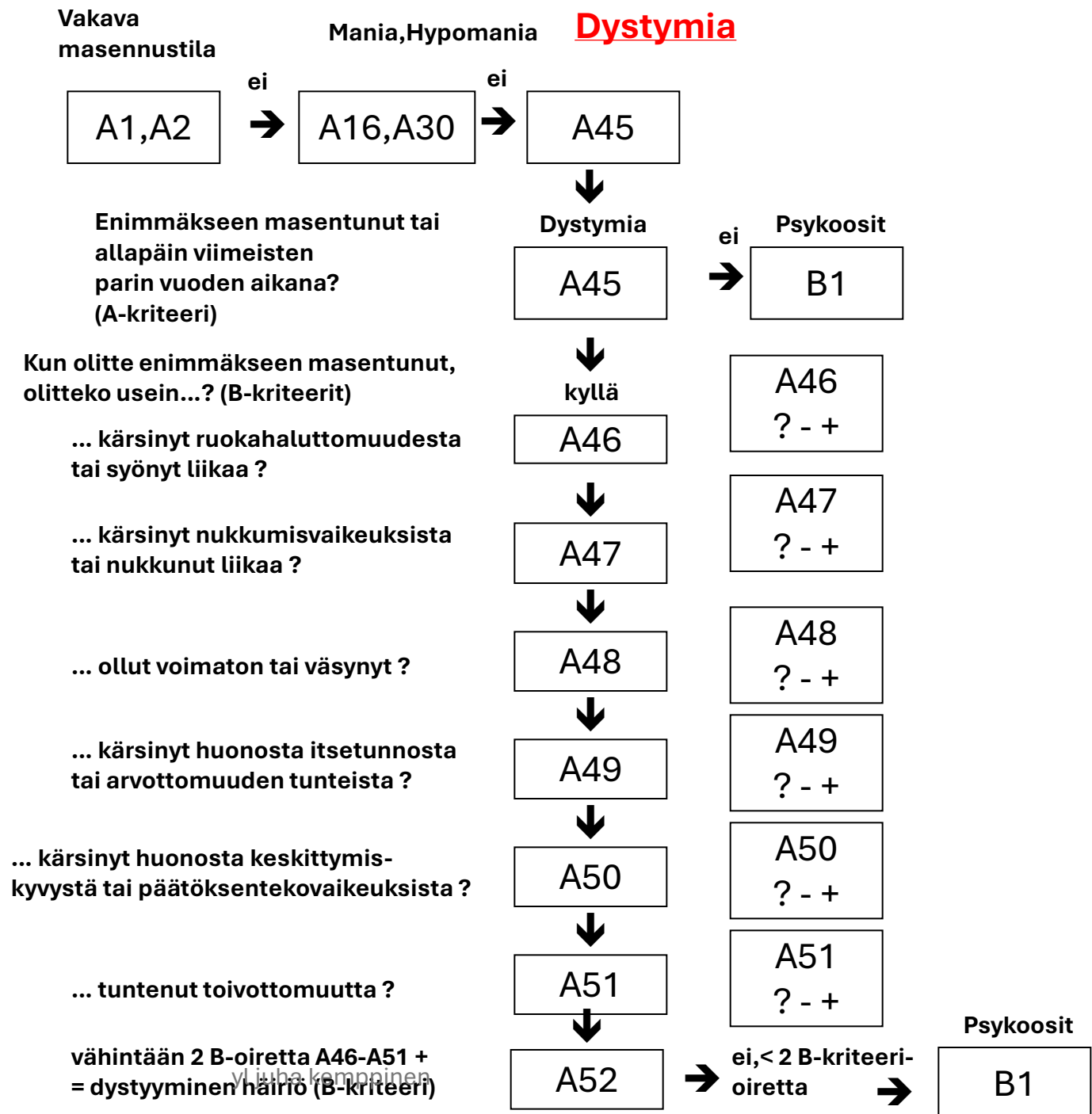
1. Ruokahalu(--/++)
2. Univaikeudet(--/++)
3. Voimattomuus, väsy
4. Huono itsetunto
5. Keskittymiskyky, päätöksenteko
6. Toivottomuus

>2/6
kriteeriä

-Kliinisesti merkittävä

- Ei 2v MDD,
- Ei 2kk pois
- Ei BP, SCH
- Ei yleissairaus
- Ei päihde

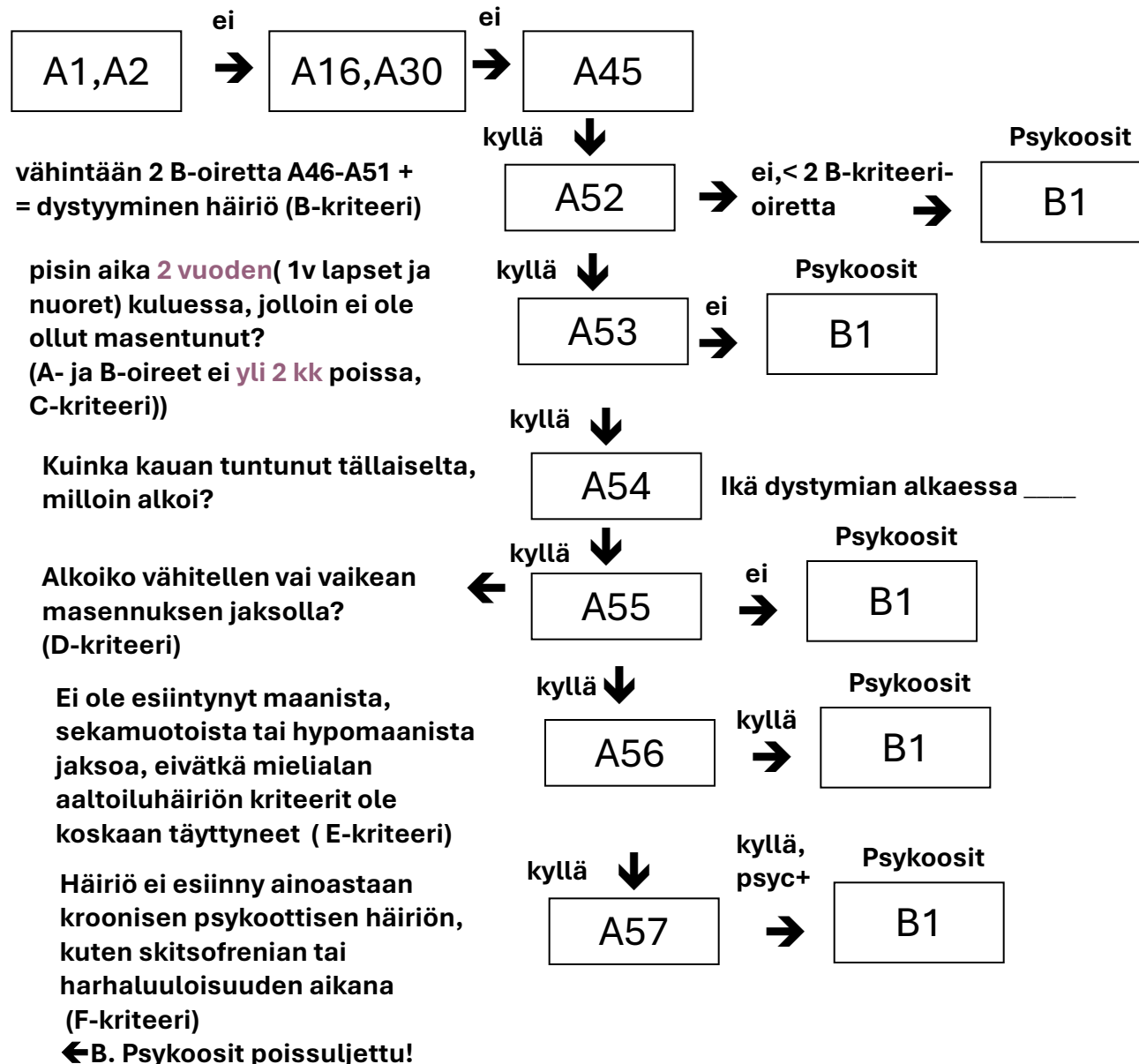
SCID-5-CV yhteenveto :
A. Mielialajaksot (1-69) :



A. Mielialajaksot (1-69) :

**Vakava
masennustila**

Dystymia (jatkuu)



SCID-5-CV yhteenveto :
A. Mielialajaksot (1-69) :

kliinisesti merkittävää
kärsimystä tai haittaa
sos, amm. tai muilla
tärkeillä toiminnan
alueilla

Vakava
masennustila

ei

Mania, Hypomania

Dystymia (jatkuu)

A1,A2

→

A16,A30

ei

A58

↓

A58

→

kyllä,
kr. päihde,
yleissairaus

→

Psykoosit
B1

yleissairaus, lääkkeitä,
annostusvaihdos,
huumeet/alkoholi?
(G-kriteeri)

←

Kuinka oireet hallitsevat
elämäännne?
(H-kriteeri)

↓

A59

ei

Psykoosit

B1

kyllä ↓

A60

↓

Psykoosit

B1

Kriteerit A,B,C,D,E,F,G ja H + :
dystymian dg

SCID-5-CV yhteenveto :

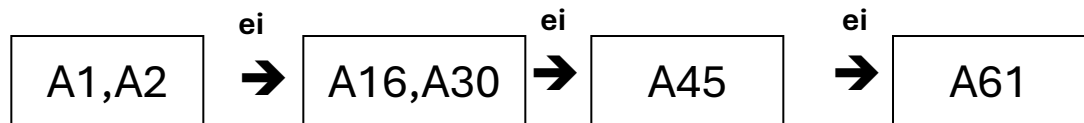
A. Mielialajaksot (1-69) :

Vakava
masennustila

Mania,Hypomania

Dystymia

**Yleissairauden
etiologinen osuus**

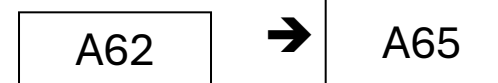


Luokittele jo saadun tiedon perusteella: huomattava ja pitkäaikainen mielialahäiriö kliinisessä kuvassa, jota hallitsevat joko 1) masentunut mieliala tai merkittävästi vähentynyt kiinnostus tai mielihyvän kokeminen kaikissa tai lähes kaikissa toiminnoissa tai 2) kohonnut, ekspansiivinen tai ärtynyt mieliala tai molemmat (A-kriteeri)

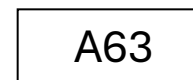


Esitiedot, somaattinen tutkimus, lab.koe = on suora seuraus yleissairaudesta, eikä johdu muusta mielenterveyden häiriöstä (esim. masentuneisuutena ilmenevä sopeutumishäiriö reaktiona yleissairauteen) (B/C-kriteerit)

ei yleis-
sairaus



kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa sos,amm. tai muilla tärkeillä toiminnan alueilla (D-kriteeri)



Psykoaktiivisten
aineiden
aiheuttama
mielialahäiriö

↓ ei

*yleissairauden aiheuttaman
mielialahäiriön kriteerit:
D-kriteeri, ei deliriumin
aiheuttama, jätetty pois
SCID:stä*

Kriteerit A ja B/C + :
yleissairauden aiheuttama
mielialahäiriö dg
___ krit+ < 1kk

Palaa häiriöön jota olit luokittelemassa:
→ A12 vakavan masennustilan jakso
→ A27 maaninen jakso
→ A42 hypomaaninen jakso
→ A58 dystyminen häiriö
→ D11 muut bipolaarihäiriöt
→ D 18 depressiivinen häiriö NAS

CAVE ! Yleissairaus: Depression vegetatiiviset oireet :

-1. kerta depressio n. 50vna

- väsymys,
- psykomotorinen hidastuneisuus,
- ruokahaluttomuus,
- laihtuminen

SCID-5-CV yhteenveto :

A. Mielialajaksot (1-69) :

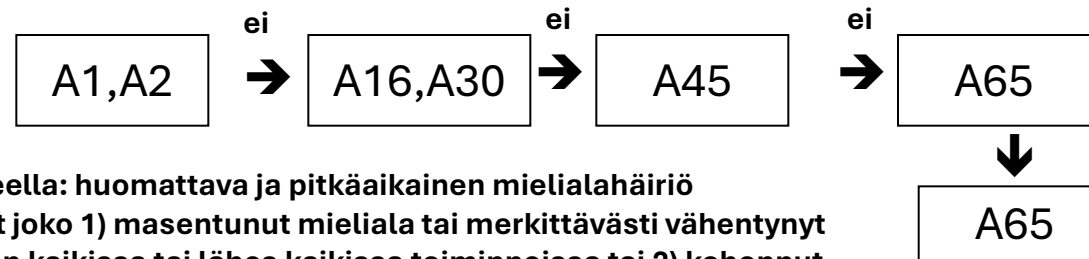
psykoaktiivisten aineiden aiheuttaman mielialahäiriön kriteerit: D-kriteeri, ei deliriumin aiheuttama, jätetty pois SCID:stä

Vakava
masennustila

Mania,Hypomania

Dystymia

**Psykoaktiivisten aineiden
etiologinen osuus**



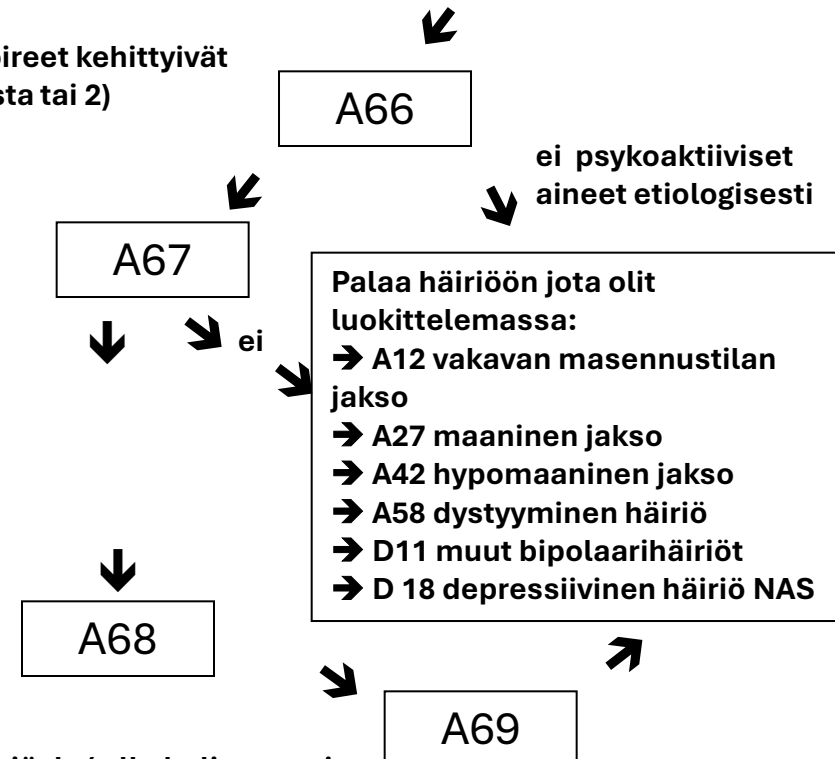
Luokittele jo saadun tiedon perusteella: huomattava ja pitkäaikainen mielialahäiriö kliinisessä kuvassa, jota hallitsevat joko 1) masentunut mieliala tai merkittävästi vähentynyt kiinnostus tai mielihyvän kokeminen kaikissa tai lähes kaikissa toiminnoissa tai 2) kohonnut, ekspansiivinen tai ärtynyt mieliala tai molemmat (A-kriteeri)

Esitiedot, somaattinen tutkimus, lab.koe , että joko 1) A-kriteerin oireet kehittyivät aineen käytön aikana tai kuukauden kuluessa käytön lopettamisesta tai 2) lääkityksen käyttö etiologisessa suhteessa häiriöön (B-kriteeri)

Häiriö ei ole jokin muu mielialahäiriö, joka ei ole psykoaktiivisen aineen aiheuttama. Näyttöä siitä että... :

- 1) mielialaoireet edeltävät aineen tai lääkityksen käyttöä
- 2) mielialaoireita esiintyy huomattavan pitkään (> 1kk) akuutin vieroituksen tai vaikean intoksikaation jälkeen
- 3) mielialaoireita esiintyy huomattavasti enemmän kuin aineen määrän tai sen käytön keston perusteella voisi olettaa
- 4) on näyttöä, joka viittaa psykoaktiivisten aineiden käytöstä riippumattoman mielialahäiriön olemassaoloon (esim. toistuvia mielialahäiriöjaksoja, jotka eivät ole liittyneet aineiden käyttöön)

kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa sos,amm. tai muilla tärkeillä toiminnan alueilla (E-kriteeri)



Kriteerit A,B,C ja E + :psykoaktiivisen aineen aiheuttama mielialahäiriö dg (alkoholi, muu aine;
mialaoireen tyyppi: depressiivinen, maaninen, sekamuotoinen)
___ krit+ < 1kk

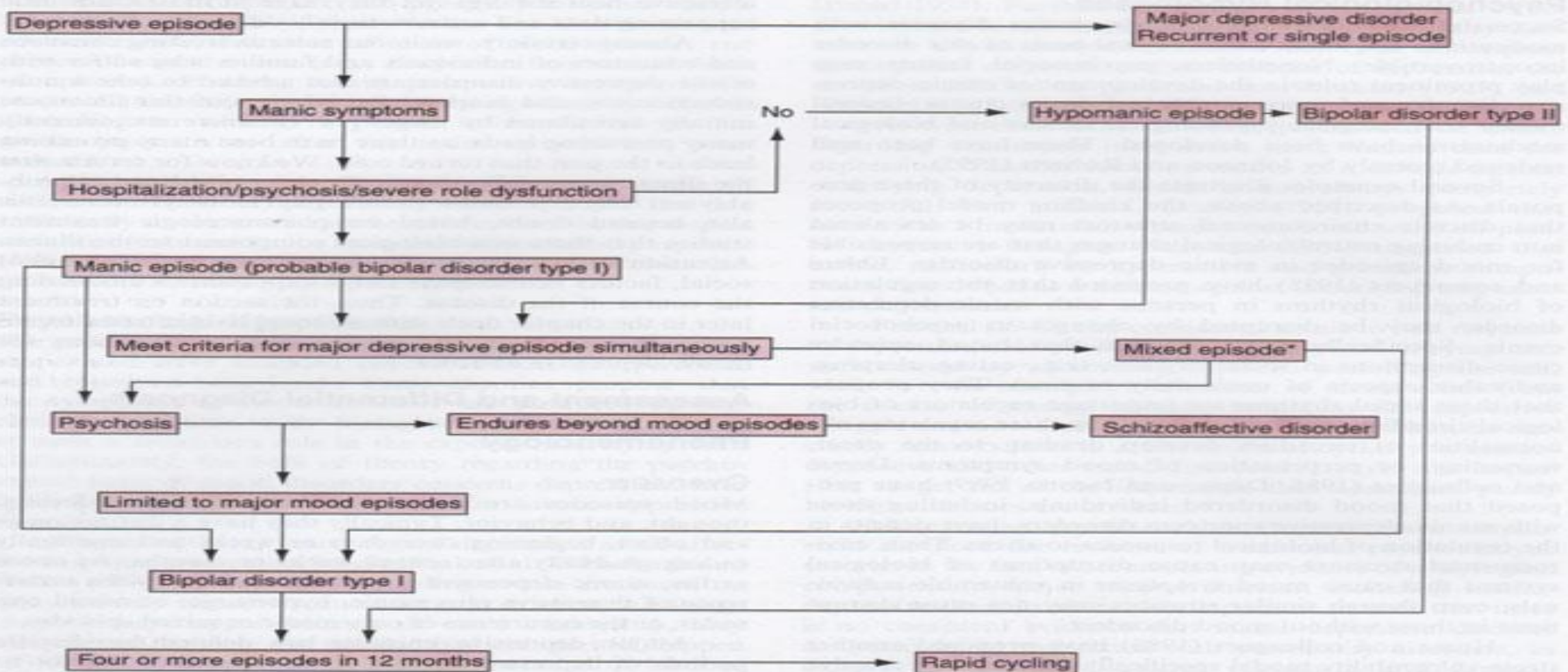


Figure 64–1 Diagnostic decision tree for manic–depressive disorder. The building blocks for a diagnosis of manic–depressive disorder are individual episodes and their characteristics, as summarized in Table 64–1. This decision tree helps the psychiatrist through the steps that lead to diagnosis of manic–depressive disorder and identification of its subtypes. *Does not apply to hypomanic episode as per DSM-IV. (Source: Bauer M, Whybrow P, Gyulai L, et al. [1994a] Testing definitions of dysphoric mania and hypomania: Prevalence, clinical characteristics, and inter-episode stability. *J Affect Disord* 32, 201–211; McElroy S, Keck P, Pope H, et al. [1992] Clinical and research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. *Am J Psychiatr* 149, 1633–1644.)

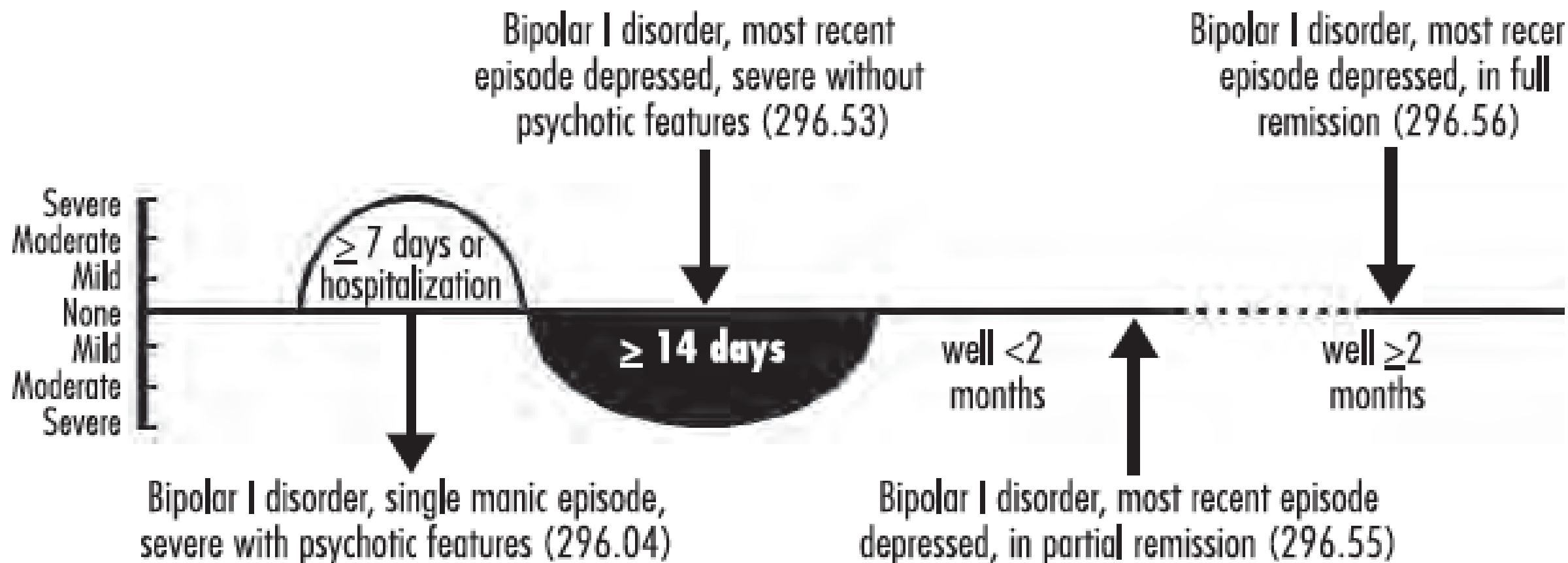


FIGURE 2-1. Evolution of bipolar I disorder.

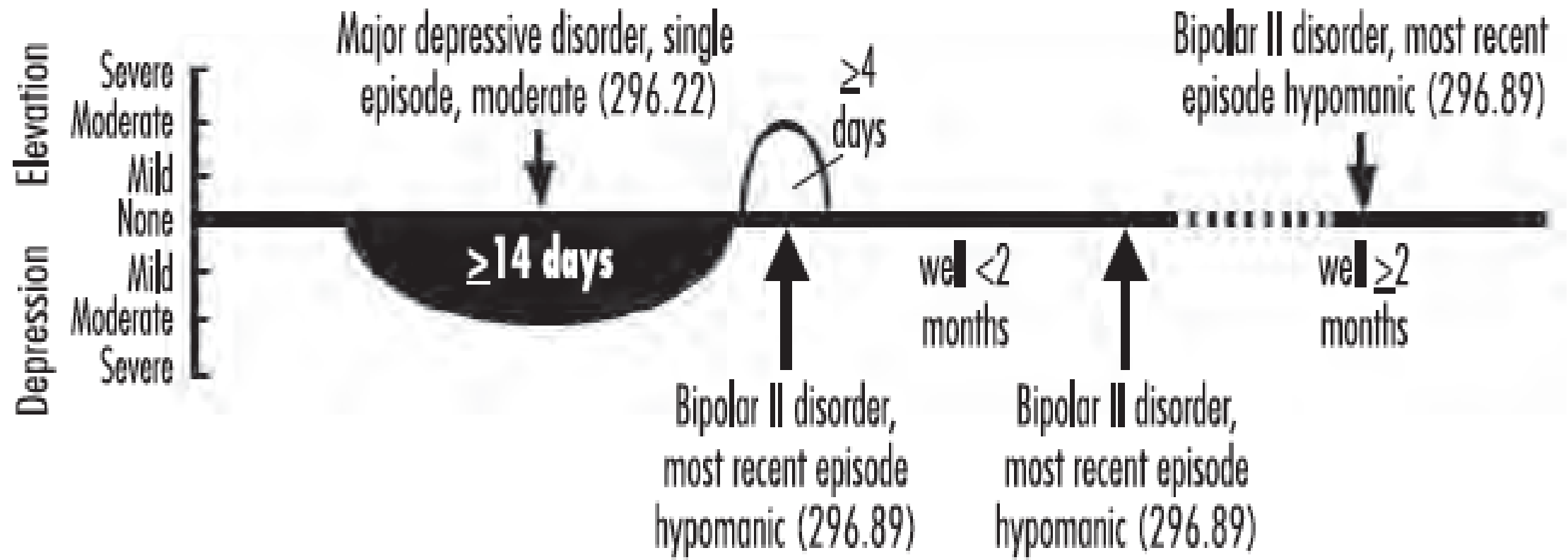


FIGURE 2-2. Evolution of bipolar II disorder.

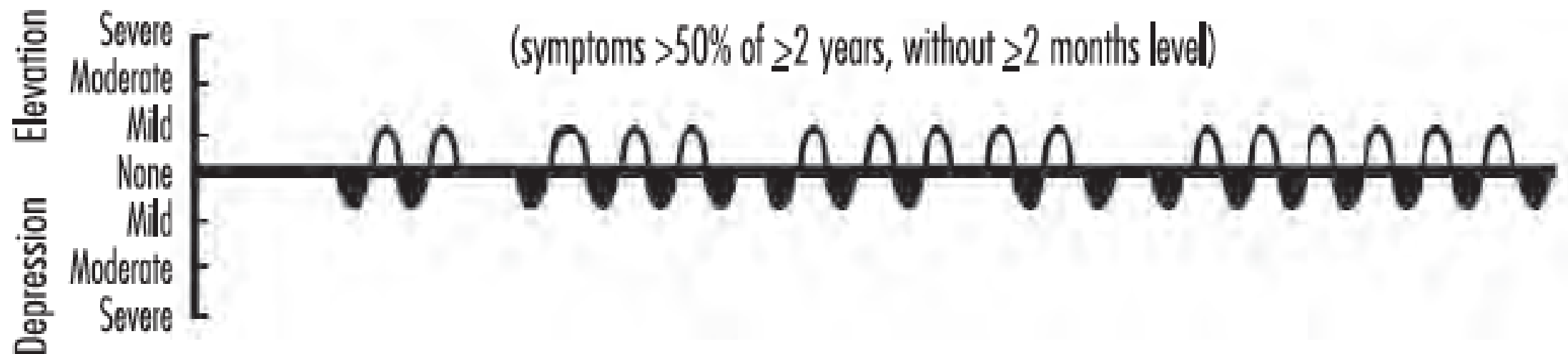


FIGURE 2–3. Course of cyclothymic disorder (301.13).

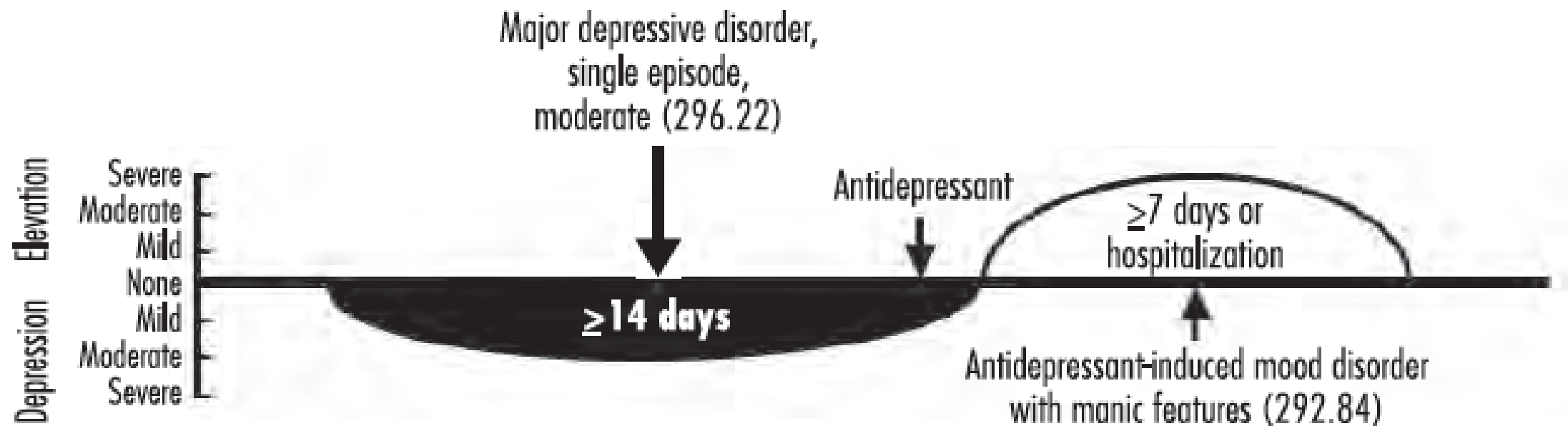


FIGURE 2–4. Major depressive disorder, single episode, and antidepressant-induced mood disorder with manic features.

Symptom Domains in Mania and Mixed Mania

Manic Mood and Behavior

- Euphoria
- Grandiosity
- Pressured Speech
- Impulsivity
- Excessive Libido
- Recklessness
- Diminished Need for Sleep

Psychotic Symptoms

- Delusions
- Hallucinations
- Sensory Hyperactivity

Mania



Dysphoric or Negative Mood and Behavior

- Depression
- Anxiety
- Irritability
- Hostility
- Violence or Suicide

Cognitive Symptoms

- Racing Thoughts
- Distractability
- Poor Insight
- Disorganization
- Inattentiveness
- Confusion

Ries, 2004

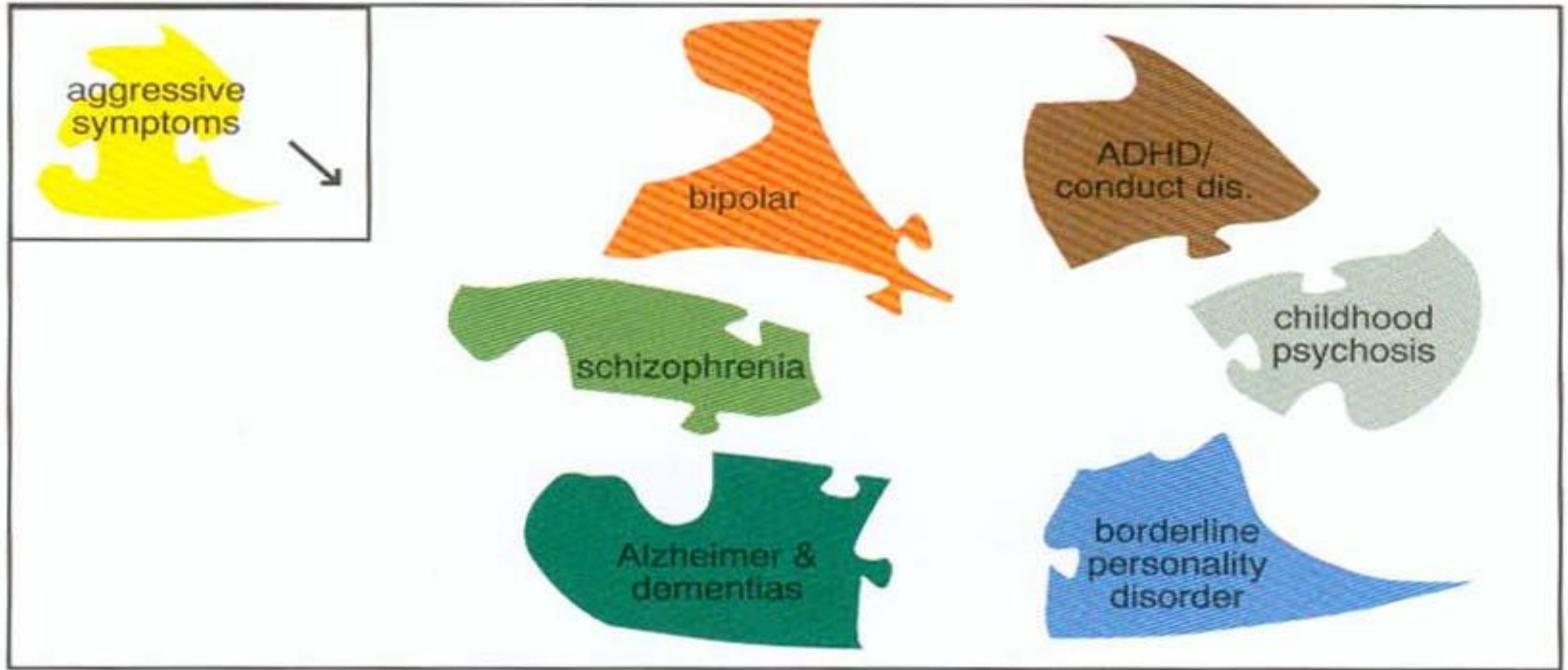


FIGURE 10–5. Aggressive symptoms and hostility are associated with several conditions in addition to schizophrenia, including bipolar disorder, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and conduct disorder (conduct dis.), childhood psychosis, Alzheimer’s and other dementias, and borderline personality disorder, among others.

TABLE 9-1 STAGES OF MANIA

Stages	Differential Diagnosis
Hypomania	Idealized norm
Energetic	Substance abuse
Extroverted	Borderline disorder
Assertive	ADHD
	General medical condition
Mania	Schizophrenia
Euphoric-grandiose	Substance abuse
Paranoid	Metabolic derangement
Irritable	ADHD
Hyperactive	General medical condition
Psychotic mania	Schizophrenia
Paranoid	Substance abuse
Delusional	Metabolic derangement
Confused	General medical condition

ADHD, attention deficit hyperactivity disorder.

Adapted from Carlson GA, Goodwin FK. The stages of mania: a longitudinal analysis of the manic episode. *Arch Gen Psychiatry*. 1973;28:228.

Tunnistaminen ja erotusdiagnostiikka

- **Masennushäiriön lisäksi erotusdiagnostiikassa huomioitava muun muassa**
 - **skitsofrenia**
 - **skitsoaffektiivinen häiriö**
 - **persoonallisuushäiriöt**
 - **anorexia nervosa**
 - **vaikeat ahdistustilat**
 - **päihderiippuvuus tai väärinkäyttö**
 - **dementia**
 - **ADHD**
 - **käytöshäiriöt**
 - **somaattinen sairaus**
 - **lääkehoito**

TAULUKKO 2. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön erotusdiagnostiikka (ICD-10).

	Kaksisuuntaisen mielialahäiriö	Toistuva masennus	Skitsoafektiivinen häiriö	Epävakaa persoonallisuus	Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD)	Päihdehäiriö
Sairauden tyypillisimmät piirteet	Toistuvia masennuksen, mania- tai hypomania- sekä sekamuotoisia sairausjaksoja	Toistuvia masennusjaksoja	Skitsofrenialle luonteenomaisia psykoottisia oireita masennus-, mania- tai sekamuotoisen jakson yhteydessä	Minäkäsityksen ja ihmissuhteiden ja mielialan epävakaus sekä impulsiivisuus	Pitkäaikainen, lapsuusiässä alkanut tarkkaavaisuuden säätelyn, yllykkeiden hillitsemisen ja toiminnanohjauksen vaikeus	Päihteen käyttö tiedossa olevista haitoista huolimatta
Tyypillinen erotusdiagnostinen ongelma suhteessa kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön		Onko koskaan esiintynyt kiistatonta hypomaanista, maanista tai sekamuotoista jaksoa?	Onko kyseessä psykoottinen mania tai depressio vai skitsoafektiivinen psykoosi?	Onko intensiivisessä mielialojen vaihtelussa ja kiihkeässä toiminnassa kyse hypomanista?	Johtuvatko nuoren aikuisen ylivilkkaus ja impulsiivinen käytös kohonneesta mielialasta?	Johtuuko poikkeava, (hypo)maaniselta vaikuttava käytös päihteen vaikutuksesta?
Mikä erottaa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä?		Potilaalla ei koskaan ole maniaa tai hypomaniaa.	Potilaalla on skitsofrenialle luonteenomaisia psykoottisia oireita, kuten hallusinaatioita, vaikutuselämyksiä tai bisarreja harhaluuloja	Persoonallisuushäiriö on pysyvä ominaisuus. Hypomania esiintyy erillisinä jaksoina. Pitkäaikaisesti kohonnuttua mielialaa ei esiinny puhtaissa persoonallisuushäiriöissä	ADHD on pitkäaikainen, jo lapsuudessa alkanut häiriö. (Hypo)maniat esiintyvät erillisinä sairausjaksoina.	Päihteen käyttö alkaa ennen muutosta mielialassa ja käytöksessä. Ei päinvastoin kuten kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä.

TABLE 3–2. Distinguishing bipolar disorders from psychiatric disorders other than mood disorders

Diagnostic challenge	Approach
Bipolar disorders vs. schizophrenia	Determining the presence and chronicity of symptoms characteristic of schizophrenia, and the duration of these symptoms, compared with any mood episodes Prudent use of the diagnosis psychotic disorder not otherwise specified
Bipolar disorders vs. schizoaffective disorder	Detecting the presence and duration of psychotic symptoms in the absence of syndromal mood episodes Prudent use of the diagnosis psychotic disorder not otherwise specified
Bipolar disorders vs. borderline personality disorder	Distinguishing mixed or dysphoric hypomanic episodes from affective lability Assessing whether borderline personality disorder–like symptoms resolve
Bipolar disorders vs. attention-deficit/hyperactivity disorder	Assessing onset age, chronicity, and the presence or absence of euphoria, expansiveness, and psychosis

TAULUKKO 3. Sairauksia, lääkkeitä ja päihteitä, jotka voivat aiheuttaa elimellisen mielialahäiriön [43].

Sairaudet	Tavallisimmat lääkkeet	Päihteet ¹⁾
Aivoinfarkti	Anaboliset steroidit	Alkoholi
Aivokasvaimet	Anksiolyytit	Amfetamiini
B ₁ -, B ₂ -, B ₆ - ja B ₁₂ -vitamiinien puutokset	Antidepressantit	Ekstaasi (MDMA)
Foolihapon puutos	Ehkäisytabletit	Kokaiini
Dementiat	Interferoni	
Hypertyreoosi	Klonidiini	
Hyperadrenalismi (Cushingin oireyhtymä)	Glukokortikoidit	
MS-tauti	Psykoosilääkkeet	
Porfyria	Psykostimulantit	
Syövät ja etäpesäkkeet	Simetidiini	
Ohimolohkoepilepsia	Tyroksiini	
¹⁾ Päihteisiin liittyvät oireet voivat ilmentyä myös vieroitusvaiheessa.		

Monihäiriöisyys

- Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi hoitoa hakevista enemmistö kärsii samanaikaisesti myös jostakin muusta psykiatrisesta oireyhtymästä.
- Suomalaisessa tutkimuksessa todettiin, että kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista 45 %:lla on jokin samanaikainen ahdistuneisuushäiriö, 24 %:lla paniikkihäiriö, 14 %:lla alkoholiriippuvuus, 8 %:lla syömishäiriö ja 41 %:lla jokin persoonallisuushäiriö [7].
- Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla esiintyy useita somaattisia sairauksia, kuten sydän- ja verisuonisairauksia, verenpainetauti, metabolista oireyhtymää ja migreeniä, enemmän kuin väestöllä keskimäärin [8–10].
- Merkittävimpiä oheissairauksia ovat tyypin 2 diabetes ja verenkiertoelinten sairaudet. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien kuolleisuus verenkiertoelinten sairauksiin on lähes kaksinkertainen muuhun väestöön verrattuna [11].

Psykiatriset oheissairaudet:

45% Ahdistuneisuushäiriö (lähes puolet)

24% Paniikkihäiriö (neljäsosa)

14% Alkoholiriippuvuus (joka 7.)

8 % Syömishäiriö

41% Persoonallisuushäiriö (lähes puolet)

Some Common Comorbidities in Bipolar Disorder

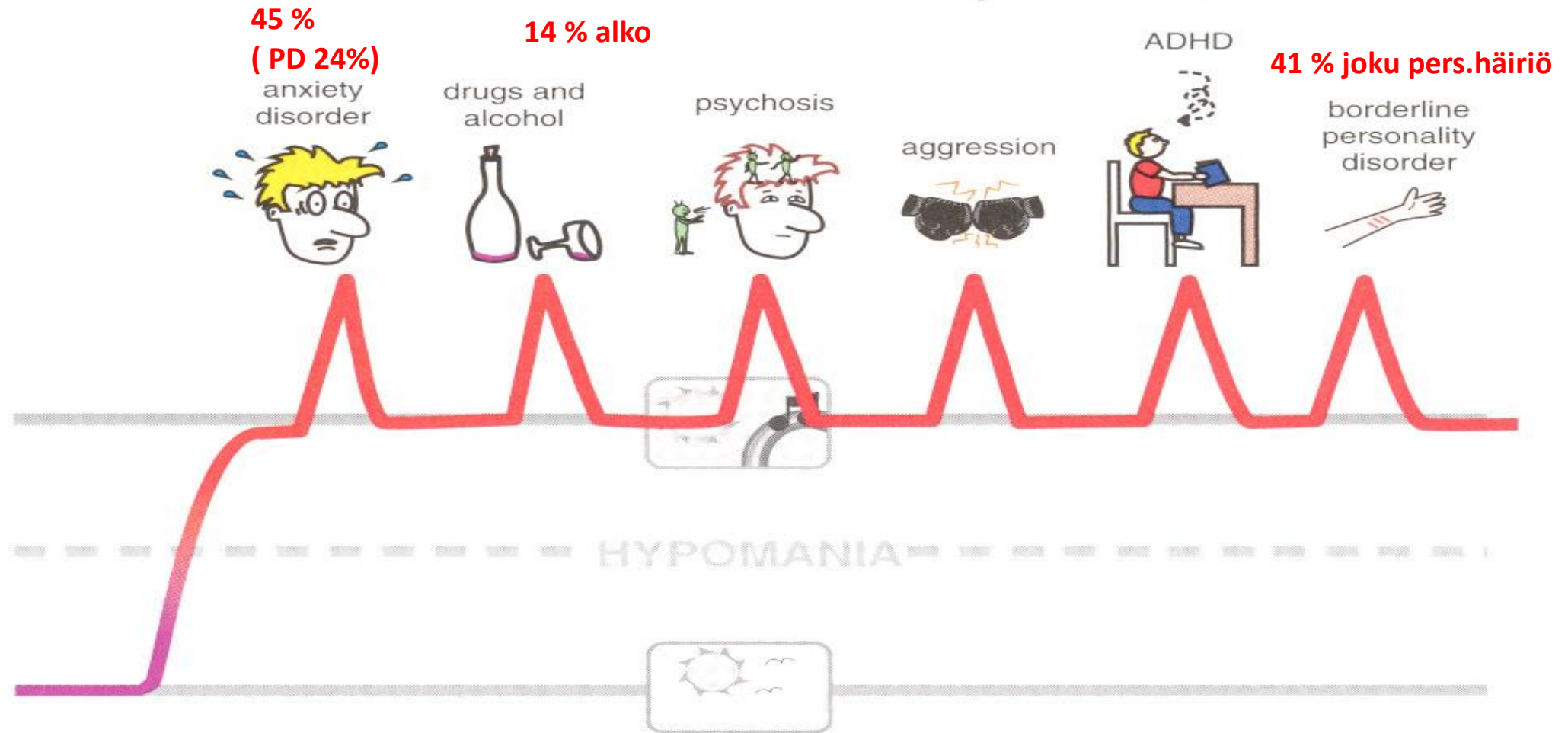


FIGURE 13-42 Common comorbidities in bipolar disorder. Many patients with bipolar disorder also have comorbid conditions. Common comorbidities include anxiety disorders, drug and alcohol abuse, psychosis, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), and borderline personality disorder. Aggression may also be a common symptom in patients with bipolar disorder.

Bipolaaritaudin lääkitys

Yl juha kemppinen

Miksi lääkitys on tarpeen?

Mania

You have been prescribed _____ to help with mania, a feeling of being “up,” with symptoms including irritability, sleeplessness, racing thoughts, and overdoing things, like spending too much money. If this medication works for you, you should notice:

Feeling more relaxed



Improved sleep habits



Improved appetite



Getting along better with others



Able to concentrate better



Feeling less irritable or upset



Remember, if this is the right medication for you, it could take up to *six weeks* to feel the full positive effects.

Manian lääkehoito

- Maniaan tehoavat
 - aripipratsoli **A**
 - asenapiini **A**
 - haloperidoli **A**
 - karbamatsepiini **A**
 - karipratsiini **A**
 - ketiapiini **A**
 - litium **A**
 - olantsapiini **A**
 - risperidoni **A**
 - tsiprasidoni **A**
 - valproaatti **A**. Ks. Vältä viisaasti -suositus **1**

Abilify
 Sycrest
 Serenase
 Tegretol
 Reagila
 Ketipinor
 Lito
 Zyprexa
 Risperdal
 Zeldox
 Deprakine

Annos tai pitoisuus			
	Masennusvaihe	Maniavaihe ¹	Ylläpito vaihe
Aripipratsoli		15–30 mg/vrk ²	15–30 mg/vrk
Aripipratsoli, pitkävaik. inj.			400 mg 4 viikon välein
Asenapiini		10–20 mg/vrk ²	10–20 mg/vrk
Haloperidoli		2–15 mg/vrk	
Karbamatsepiini ⁶		400–1 600 mg/vrk ²	400–1 600 mg/vrk
Karipratsiini	1,5 mg	3–6 mg	
Ketiapiini	300–600 mg/vrk	300–800 mg/vrk	300–600 mg/vrk
Lamotrigiini ^{4,5}	50–200 mg/vrk		50–400 mg/vrk
Litium ⁵	0,8–1,2 mmol/l	0,8–1,2 mmol/l	0,6–0,8 mmol/l
Lurasidoni	18,5–111 mg/vrk		18,5–74 mg/vrk
Olantsapiini + fluoksetiini	5 mg (olantsapiini) + 20 mg (fluoksetiini) – 10 mg (olantsapiini) + 40 mg (fluoksetiini)/vrk		
Olantsapiini	5–20 mg/vrk	5–20 mg/vrk ²	5–20 mg/vrk
Risperidoni		1–6 mg/vrk ²	
Risperidoni, pitkävaik. inj.			25–50 mg/2 viikkoa
Tsiprasidoni		80–120 mg/vrk ²	
Valproaatti ³	450–600 µmol/l	450–900 µmol/l ²	450–900 µmol/l

- Lääke valitaan yksilöllisen hyöty-haittasuhteen perusteella, ja mahdollinen masennus- tai stimuloiva lääke pitää lopettaa. Karbamatsepiinin käyttöä rajoittavat sen yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa **4**, ja se on suositeltava valinta vain poikkeustapauksissa.
- Mitä vaikeampi mania on, sitä useammin tarvitaan erilaisten lääkehoitojen yhdistämistä.
- Samanaikainen valproaatin tai litiumin tai molempien ja uudemman psykoosilääkkeen yhteiskäyttö on tehokkain manian hoito **A**.
- Psykoottisen manian lääkehoitoon soveltuvat ensisijaisesti uudemmat psykoosilääkkeet.
- Sähköhoitoa voidaan harkita vaikeaoireisissa ja -hoitoisissa manioissa **51**, **2**.
- Hoitoresistentissä maniassa voidaan harkita klotsapiinin käyttöä **52**.
- Oikean lääkepitoisuuden nopea saavuttaminen aikaistaa maniaoireiden lievittymistä **C**.
- Tukilääkitykseksi manialääkityksen ohella tarvitaan usein bentsodiatsepiineja **C**.
- Manian lääkehoidon pitäisi soveltua mahdollisimman hyvin myös ylläpitohoitoon.

- Eräiden lääkkeiden osalta on tutkimusnäyttöä siitä, etteivät ne ole tehokkaita kaksisuuntaisen mielialahäiriön maniavaiheen hoidossa. Monoterapiaksi ei suositella allopurinolia, eslikarbatsepiinia, gabapentiinia, topiramattia, lamotrigiinia, omega-3-rasvahappoja, tsonisamidia eikä risperidonin tai olantsapiinin ja karbamatsepiinin yhdistelmiä **44**.
- Sinivalolasien käyttöä manian hoidossa tutkitaan, mutta hoidon asema on epäselvä.

Sekamuotoisen jakson lääkehoito

- Maniaan ja sekamuotoiseen jaksoon tehoavat
 - aripipratsoli **A** Abilify
 - asenapiini **A** Sycrest
 - karbamatsepiini **A** Tegretol
 - olantsapiini **A** Zyprexa
 - risperidoni **A** Risperdal
 - tsiprasidoni **A** Zeldox
 - valproaatti **A** Deprakine
 - valproaatti **A**. Ks. Vältä viisaasti -suositus **1**.
- Lääke valitaan yksilöllisen hyöty-haittasuhteen perusteella, ja mahdollinen masennus- tai stimuloiva lääke pitää lopettaa. Karbamatsepiinin käyttöä rajoittavat sen yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa **4**, ja se on suositeltava valinta vain poikkeustapauksissa.
- Sekamuotoista jaksoa pitäisi hoitaa ensisijaisesti lääkkeillä, joiden tehosta on näyttöä myös ylläpito- ja maniahoidossa.
- Lääkehoidon periaatteet ovat muuten samat kuin manian lääkehoidossa.

Annos tai pitoisuus			
	Masennusvaihe	Maniavaihe ¹	Ylläpitovaihe
Aripipratsoli		15–30 mg/vrk ²	15–30 mg/vrk
Aripipratsoli, pitkävaik. inj.			400 mg 4 viikon välein
Asenapiini		10–20 mg/vrk ²	10–20 mg/vrk
Haloperidoli		2–15 mg/vrk	
Karbamatsepiini ⁶		400–1 600 mg/vrk ²	400–1 600 mg/vrk
Karipratsiini	1,5 mg	3–6 mg	
Ketiapiini	300–600 mg/vrk	300–800 mg/vrk	300–600 mg/vrk
Lamotrigiini ^{4,5}	50–200 mg/vrk		50–400 mg/vrk
Litium ⁵	0,8–1,2 mmol/l	0,8–1,2 mmol/l	0,6–0,8 mmol/l
Lurasidoni	18,5–111 mg/vrk		18,5–74 mg/vrk
Olantsapiini + fluoksetiini	5 mg (olantsapiini) + 20 mg (fluoksetiini) – 10 mg (olantsapiini) + 40 mg (fluoksetiini)/vrk		
Olantsapiini	5–20 mg/vrk	5–20 mg/vrk ²	5–20 mg/vrk
Risperidoni		1–6 mg/vrk ²	
Risperidoni, pitkävaik. inj.			25–50 mg/2 viikkoa
Tsiprasidoni		80–120 mg/vrk ²	
Valproaatti ³	450–600 µmol/l	450–900 µmol/l ²	450–900 µmol/l

- Hypomaniassa suurennetaan maniaa estävän ylläpitolääkkeen annosta, lopetetaan hypomanialle altistava masennus- tai stimuloiva lääkitys ja käytetään lyhytkestoisesti uudempaa psykoosilääkettä **D**.

Masennusvaiheen hoito tyypin 1 häiriössä

- Lääke valitaan yksilöllisen hyöty-haittasuhteen perusteella.
- Ketiapiini on tehokas tyypin 1 akuutin kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen hoidossa **A**.
Lääkevasteen saaneiden potilaiden osuudet eivät tutkituilla annoksilla näytä riippuvan lääkemannoksesta.
- Lamotrigiini on ilmeisesti tehokas tyypin 1 akuutin kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen hoidossa **B**.
Sen käyttöä aloitettaessa on kuitenkin huomioitava, että annosta tulee suurentaa hitaasti erityisesti vakavan ihottumariskin vähentämiseksi.
- Karipratsiini 1,5 mg/vrk **B** ja lurasidoni **B** ovat ilmeisesti tehokkaita tyypin 1 kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen akuuttihoiossa.
- Lurasidoni yhdistettynä litiumiin tai valproaattiin saattaa olla tehokas tyypin 1 kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen akuuttihoiossa **C**. **Latuda**
- Litium lienee jossain määrin tehokas akuutin kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen hoidossa **C**. Vaste saavutetaan hitaasti, ja oikea annos määritetään pitoisuusmääritysten perusteella.
- Valproaatti saattaa olla tehokas tyypin 1 kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheessa **C**. Valproaattia ei saa käyttää raskauden aikana eikä naispuolisilla potilailla, joiden on mahdollista tulla raskaaksi, ellei erityistä uutta raskaudenehkäisyohjelmaa noudateta (lisätietoa **1**). Ks. Vältä viisaasti -suositus **1**.
- Olantsapiini on tehokas tyypin 1 kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen akuuttihoiossa, mutta sen metaboliset haitat ovat merkittävät ja vaativat säännöllistä painon ja laboratorioseurantaa **A**.

- Olantsapiinin ja fluoksetiinin yhdistelmä on ilmeisesti tehokas tyypin 1 kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen hoidossa **B**. Ei kuitenkaan tiedetä, liittyykö tähän yhdistelmään lisääntynyt vaiheen kääntymisen vaara, jolloin fluoksetiinin pitkä puoliintumisaika voi olla ongelmallinen.
- Jos potilas on akuutissa itsemurhavaarassa tai hänelle on tehty kaksi asianmukaista lääkehoitokokeilua ilman vastetta, harkitaan sähköhoitoa **44**. **ECT**
- Yksittäinen ketamiiniannos yhdistettynä mielialan tasaajaan saattaa olla tehokas vuorokauden kuluttua hoidosta kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen akuuttihoitossa **C**.
- Ketamiini-infuusio saattaa olla tehokas kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvän masennusjakson hoidossa. Mahdollinen teho tulee nopeasti, mutta tehon säilymisestä edes 3 vuorokauden ajan ei ole näyttöä **C**.
- Ketamiini-infusiolla ja pramipeksolilla ei ole vakiintunutta asemaa kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakson hoidossa.
- Pramipeksoli lienee tehokas kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen hoidossa. Muiden dopamiiniagonistien tehosta ei ole tässä potilasryhmässä tehty sellaisia tutkimuksia, joiden perusteella niiden tehoa voisi arvioida **C**. **Sifrol**
- Osa potilaista saattaa hyötyä masennuslääkkeistä mielialan tasaajiin yhdistettynä **C**. Niistä saatu hyöty lienee kuitenkin vähäisempi kuin masennustilassa, eikä masennuslääkkeitä tule käyttää, jos potilaalla on samanaikaisia mielialan kohoamisen oireita. Masennuslääkehoidon suositeltavasta kestosta ei ole yksiselitteistä tietoa.
- Trisyklisiin **B** ja mahdollisesti kaksoisvaikutteisiin masennuslääkkeisiin **C** liittyy kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen hoidossa suurempi vaiheen kääntymisen vaara kuin SSRI-lääkkeisiin.
- Masennuslääkkeen valinnassa tulee välttää trisyklisiä lääkkeitä niiden haittavaikutusten ja vaiheen kääntymisen riskin vuoksi.

1-tyypin masennus (jatkuu)

- Omega-3-rasvahapot yhdistettynä mielialan tasaajiin ja muihin kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoitoihin saattavat hieman parantaa kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen hoidon tuloksia **C**.
- Monilla kaksisuuntaisesta mielialahäiriöistä kärsivillä potilailla todetaan usein merkkejä pitkäaikaisesta, lievästä tulehduksesta. Tähän potilasryhmään kohdennetut tulehdusta ehkäisevät hoidot eivät kuitenkaan toistaiseksi ole osoittautuneet tehokkaiksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheiden lisähoitona **53**.
- Aripipratsoli 5–30 mg/vrk:n annoksina monoterapiana tai 10–30 mg/vrk:n annoksina mielialan tasaajaan liitettynä ei ole tehokas kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen hoidossa **54**, **55**.
- Monoterapiaksi ei suositella lamotrigiiniä **B** eikä antidepressantteja, aripipratsolia, lamotrigiinin ja foolihapon yhdistelmää eikä lisälääkkeenä mifepristonia **44**.

Masennusvaiheen hoito tyypin 2 häiriössä

- Lääke valitaan yksilöllisen hyöty-haittasuhteen perusteella.
- Ketapiini on tehokas tyypin 2 kaksisuuntaisen mielialahäiriön akuutin masennusvaiheen hoidossa **A**.
- Lamotrigiini on ilmeisesti tehokas tyypin 2 kaksisuuntaisen mielialahäiriön akuutin masennusvaiheen hoidossa **B**.
- Masennuslääkkeiden yhdistämisestä mielialantasaajiin saattaa olla hyötyä akuutin tyypin 2 kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen hoidossa **D**. Ellei potilaalla ole samanaikaisia kohonneen mielialan oireita, voidaan harkita masennuslääkkeen yhdistämistä tarkassa seurannassa.
- Trisyklisiin masennuslääkkeisiin liittyy kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen hoidossa suurempi vaiheen kääntymisen vaara kuin SSRI-lääkkeisiin **B**. Masennuslääkkeen valinnassa tulee välttää trisyklisiä lääkkeitä niiden haittavaikutusten ja vaiheen kääntymisen riskin vuoksi.
- Kaksoisvaikutteisiin masennuslääkkeisiin liittyvästä vaiheen kääntymisen riskistä on niukasti tutkimustietoa **C**, mutta on mahdollista, että vaiheen kääntymisen riski on näillä lääkkeillä suurempi kuin SSRI-lääkkeillä.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoottisen masennusjakson hoito

- Jos kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksoon liittyy psykoottisia oireita, tulee hoitoon liittää uudempi psykoosilääke tai harkita sähköhoitoa **56**, **3**, **44**.

Masennusvaiheen neuromodulaatiohoidot

- Psykiatrinen sähköhoito on ilmeisesti tehokasta kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheen hoidossa **B**.
- Lääkehoidon aikana annettu transkraniaalinen sarjamagneettistimulaatio saattaa olla tehokas kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakson hoidossa **C**, mutta sen vaste voi olla lyhytaikainen.
- Kirkasvalohoito on ilmeisesti tehokas kaksisuuntaisen mielialahäiriöön liittyvän masennuksen lisähoitona lääkehoitoon yhdistettynä **B**.

Ylläpitohoito kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä

- Ylläpitohoidon tavoitteena on estää sekä uusia mielialahäiriöjaksoja että varsinaisten jaksojen välisiä lievempiä oireita, joilla saattaa olla merkittävää vaikutusta toimintakykyyn.
- Ylläpitohoito aloitetaan aina, kun kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosi on tehty eli potilaalla on elämänsä aikana ollut kaksi tai useampia sairausjaksoja. Tällöin lääkehoitoa valittaessa on tärkeää huomioida aiempi sairaushistoria.
- Tyypin 1 kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä elämänmittainen ylläpitolääkitys on suositeltavaa.
- Tyypin 2 kaksisuuntaisen mielialahäiriön elämänmittainen ylläpitolääkitys on suositeltavaa, jos sairausjaksoihin on liittynyt merkittävää itsetuhoisuutta, psykoottisia masennusjaksoja tai merkittävää toimintakyvyttömyyttä tai jos sairausjaksoja on ollut useita.
- Jos tyypin 2 häiriön kuva on lieväoireinen (enintään 3 sairausjaksoa, enintään keskivaikeita masennusjaksoja, ei merkittävää itsetuhoisuutta, potilas oireeton useita vuosia), ylläpitolääkityksen asteittaista lopetusta voidaan harkita, kunhan potilaan tilaa seurataan.
- Jos hoito on jo siirtynyt perustasolle, hoidon ongelmista konsultoidaan tarvittaessa psykiatria.

Tyypin 1 häiriön ylläpitohoito

- Lääkehoito valitaan yksilöllisen hyöty-haittasuhteen perusteella.
- Litium **A** ja ketiapiini **A** ovat tehokkaita ylläpitohoitolääkkeitä sekä manian että masennuksen hoidossa ja ensisijaisia vaihtoehtoja kaksisuuntaisen mielialahäiriön ylläpitoehdossa, mutta litium saattaa olla ketiapiinia parempi kaksisuuntaisen mielialahäiriön alkuvaiheen ylläpitoehdossa **C**. Ylläpitohoitoon on suositeltu 0,6–0,8 mmol/l:n litiumpitoisuuksia **57**, **6**. Litiumlääkityksen äkillinen lopetus suurentaa merkittävästi uuden sairausjakson riskiä **57**, **58**, joten lääkkeen käyttö on lopetettava hitaasti 1–6 kuukauden kuluessa ja potilaan vointia on samalla seurattava.
- Myös olantsapiini on osoitettu tehokkaaksi kaksisuuntaisen mielialahäiriön ylläpitoehdossa **A**, mutta sen käyttöön liittyy suurentunut metabolisen oireyhtymän vaara **6**, **7**, mikä rajoittaa käyttöä.
- Valproaatti **A** on tehokas kaksisuuntaisen mielialahäiriön ylläpitoehdossa, mutta sitä ei teratogeenisuutensa vuoksi suositella fertiili-ikäisille naisille **8**. Euroopan lääkeviraston ihmislääkkeiden tunnustamis- ja hajautetun menettelyn koordinaatioryhmä on edelleen tiukentanut valproaatin käyttöä. Valproaatti on vasta-aiheinen raskaana olevilla kaikissa tilanteissa, eikä sitä tule käyttää fertiili-ikäisillä naisilla, joilla on mahdollisuus tulla raskaaksi, ellei erityistä uutta raskaudenehkäisyohjelmaa noudateta (lisätietoa **1**). Ks. Vältä viisaasti -suositus **1**.
- Aripipratsoli sekä suun kautta annosteltuna että pitkävaikutteisena injektiona **B** ja pitkävaikutteinen risperidoni-injektio **B** ovat ilmeisesti tehokkaita ylläpitoehdossa estämään mielialan kohoamista **6**, **7**.
- Asenapiini **B** on ilmeisesti tehokas kaksisuuntaisen mielialahäiriön (tyypin 1) ylläpitoehdossa.

Tyypin 1 häiriön ylläpitohoito (jatkuu)

- Karbamatsepiinin teho ylläpito hoidossa ei liene yhtä hyvä kuin muiden mainittujen lääkkeiden **C**, ja sen käyttöä rajoittavat yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa **4**, ja se on suositeltava valinta vain poikkeustapauksissa.

Xeplion

- Paliperidoni saattaa estää uusia mielialajaksoja tyypin 1 kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä **59**.
- Lamotrigiini **A** ehkäisee tehokkaasti kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksoja, kun taas muut ylläpito hoidossa käytettävät lääkkeet ovat tehokkaita maanisten jaksojen ehkäisijöitä. Lamotrigiinia ei siten käytetä yksin tyypin 1 häiriön ylläpito hoidossa.
- Litiumin ja valproaatin **B**, ketiapiinin ja litiumin tai valproaatin **A**, aripipratsolin ja litiumin tai valproaatin **B**, olantsapiinin ja litiumin tai valproaatin **D** tai tsiprasidonin ja litiumin tai valproaatin **C** yhdistelmät saattavat olla tehokkaita vaihtoehtoja niille potilaille, joille yksi ylläpitolääke ei ole ollut riittävä estämään uusia mielialahäiriöjaksoja.
- Myös pitkävaikutteinen risperidoni-injektio on ilmeisesti tehokas kaksisuuntaisen mielialahäiriön ylläpito hoidossa lisälääkkeenä tavalliselle hoidolle **B**.

Latuda

- Lurasidoni yhdistettynä litiumiin tai valproaattiin **C** saattaa olla tehokas kaksisuuntaisen mielialahäiriön (tyypin 1) ylläpito hoidossa, jos edeltävä jakso on masennusjakso.
- Kaksisuuntaisen mielialahäiriön ylläpito hoidossa masennuslääkkeistä **A** mielialantasaajaan yhdistettynä ei ole ryhmätasolla hyötyä.

Topiramet

Peratsin

- Topiramaattia ei antimaanisen tehonsa ja tutkimustiedon puutteen vuoksi suositella eikä perfenatsiinia ja trisyklisiä masennuslääkkeitä suositella haittavaikutustensa vuoksi käytettäväksi lainkaan **44**.

Tyypin 2 häiriön ylläpitohoito

- Lääke valitaan yksilöllisen hyöty-haittasuhteen perusteella.
- Ketiapiini on ilmeisesti tehokas **B**.
- Litium **C**, lamotrigiini **D**, valproaatti **D** ja karbamatsepiini **60**, **61**, **62**, **D** saattavat olla tehokkaita tyypin 2 kaksisuuntaisen mielialahäiriön ylläpitohoidossa. Karbamatsepiinin käyttöä rajoittavat sen yhteisvaikutukset muiden lääkkeiden kanssa **6**, ja se on suositeltava valinta vain poikkeustapauksissa. Valproaatti on vasta-aiheinen raskaana olevilla kaikissa tilanteissa, eikä sitä tule käyttää fertiili-ikäisillä naisilla, joilla on mahdollisuus tulla raskaaksi, ellei erityistä uutta raskaudenehkäisyohjelmaa noudateta (lisätietoa **1**). Ks. Vältä viisaasti -suositus **1**.
- Tyypin 2 häiriön ylläpitohoidossa masennuslääkkeiden tehoa monoterapiana ei ole osoitettu **D**.
- Olantsapiinista ei voi antaa suositusta, koska sitä koskeva tutkimustieto puuttuu **44**.

Tiheäjaksoisuus ja ylläpitohoito

- Tiheäjaksoisuuden lääkehoidossa ensisijaisena tavoitteena on toistuvien sairausjaksojen estäminen.
- Lääkkeen valinta riippuu aiemmasta sairaushistoriasta (maaniset, depressiiviset jaksot).
- Litium **C**, valproaatti **C**, lamotrigiini **C** ja olantsapiini **C** saattavat olla tehokkaita kaksisuuntaisen mielialahäiriön tiheäjaksoisen muodon ylläpitohoidossa. Valproaatti on vasta-aiheinen raskaana olevilla kaikissa tilanteissa, eikä sitä tule käyttää fertiili-ikäisillä naisilla, joilla on mahdollisuus tulla raskaaksi, ellei erityistä uutta raskaudenehkäisyohjelmaa noudateta (lisätietoa **1**). Ks. Vältä viisaasti -suositus **1**.
- Pitkävaikutteinen risperidoni-injektio on ilmeisesti tehokas kaksisuuntaisen mielialahäiriön (tyyppi 1) tiheäjaksoisen muodon ylläpitohoidossa lisälääkkeenä **B**.
- Masennuslääkehoitoa tulee välttää tiheäjaksoisen muodon hoidossa.

Taulukko 4. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennus-, mania- ja ylläpitovaiheen hoidossa suositeltavien lääkkeiden tavanomaiset annokset ja tavoitepitoisuudet

Annos tai pitoisuus				
		Masennusvaihe	Maniavaihe ¹	Ylläpitovaihe
Aripipratsoli	Abilify		15–30 mg/vrk ²	15–30 mg/vrk
Aripipratsoli, pitkävaik. inj.				400 mg 4 viikon välein
Asenapiini	Sycrest		10–20 mg/vrk ²	10–20 mg/vrk
Haloperidoli	Serenase		2–15 mg/vrk	
Karbamatsepiini ⁶	Tegretol		400–1 600 mg/vrk ²	400–1 600 mg/vrk
Karipratsiini	Reagila	1,5 mg	3–6 mg	
Ketiapiini	Ketipinor	300–600 mg/vrk	300–800 mg/vrk	300–600 mg/vrk
Lamotrigiini ^{4,5}	Lamictal	50–200 mg/vrk		50–400 mg/vrk
Litium ⁵	Lito	0,8–1,2 mmol/l	0,8–1,2 mmol/l	0,6–0,8 mmol/l
Lurasidoni	Latuda	18,5–111 mg/vrk		18,5–74 mg/vrk
Olantsapiini + fluoksetiini		5 mg (olantsapiini) + 20 mg (fluoksetiini) – 10 mg (olantsapiini) + 40 mg (fluoksetiini)/vrk		
Zyprexa + Seronil				
Olantsapiini		5–20 mg/vrk	5–20 mg/vrk ²	5–20 mg/vrk
Risperidoni	Risperdal		1–6 mg/vrk ²	
Risperidoni, pitkävaik. inj.				25–50 mg/2 viikkoa
Tsiprasidoni	Zeldox		80–120 mg/vrk ²	
Valproaatti ³	Deprakine	450–600 µmol/l	450–900 µmol/l ²	450–900 µmol/l

¹ Mahdollisimman nopea hoitoannoksen tai -pitoisuuden tavoittaminen² Myös sekamuotoisen jakson hoidossa³ Ei naisille, joilla on raskaaksi tulemisen mahdollisuus. Ks. Vältä viisaasti -suositus **1**⁴ Lamotrigiini ei ole tarkoitettu monoterapiaksi tyypin 1 hoidossa.⁵ Lamotrigiini ja litium: säännöllinen lääkepitoisuuden seuranta raskauden aikana⁶ Käyttöön liittyy kohonnut epämuodostumariski, joskin riski on pieni. Käyttö raskauden aikana vain, jos muita hoitovaihtoehtoja ei ole **50**.

Lääkehoidon somaattinen seuranta

- Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa käytettäviin lääkityksiin liittyy merkittäviä somaattisia haittoja, joista hoitavan lääkärin tulee olla tietoinen ja joiden ilmaantumista tulee seurata hoidon aikana. Somaattisen terveydentilan ja laboratoriokokeiden seurantasuositukset lääkehoidon aikana kerrotaan taulukossa **6** ja lisätietoaineistossa **6**.

Taulukko 6. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoidon somaattinen seuranta

Seuranta pitkäaikaisen lääkehoidon aikana						
Lääke	Lääkitystä aloitettaessa	Ensimmäisen vuoden aikana	3 kk:n välein	6 kk:n välein	6–12 kk:n välein	Vuoden välein
Lamotrigiini	ei tarpeen					ei tarpeen
Litium	P-TSH, P-Krea (eGFR), P-Na, P-K, P-Ca-ion tai P-Ca-albkorj, verenkuvaa (PVK), EKG, paino (BMI)	S-Litium: viikko annoksen muutoksesta ja sen jälkeen viikon välein, kunnes pitoisuus vakiintuu, sitten 3 kk:n välein Paino (BMI) 6 kk hoidon alusta Muut kuten pitkäaikaisen hoidon aikana		S-Litium (tiheämmin 3 kk:n välein, jos potilas on iäkäs, munuaissairas tai käyttää samanaikaisesti interaktoivia lääkkeitä)	P-TSH, P-Krea (eGFR), U-Osmol, P-Na, P-K, P-Ca-ion tai P-Ca-albkorj, verenkuvaa (PVK), paino (BMI)	Kilpirauhasen palpaatio

Taulukko 6. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoidon somaattinen seuranta (jatkuu)

Seuranta pitkäaikaisen lääkehoidon aikana						
Lääke	Lääkitystä aloitettaessa	Ensimmäisen vuoden aikana	3 kk:n välein	6 kk:n välein	6–12 kk:n välein	Vuoden välein
Karbamatsepiini	Paino (BMI), P-ALAT, P-AFOS, verenkuv (TVK), P-Krea (eGFR), P-Na, P-K	S-Karba: hoitotasolla 2 mittausta Muut kuten pitkäaikaisen hoidon aikana		Paino (BMI), P-ALAT, P-AFOS, verenkuv (TVK), P-Krea (eGFR), P-Na, P-K		
Valproaatti	Paino (BMI), P-ALAT, P-AFOS, verenkuv (TVK), P-Krea (eGFR)	S-Valpr: hoitotasolla 2 mittausta Paino (BMI) kuukausittain 3 kk:n ajan, sen jälkeen 3 kk:n välein 3 kk:n välein: P-ALAT, P-AFOS, verenkuv (TVK), P-Krea (eGFR)	Paino (BMI)		P-ALAT, P-AFOS, verenkuv (TVK), P-Krea (eGFR)	

Taulukko 6. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoidon somaattinen seuranta (jatkuu)

Seuranta pitkäaikaisen lääkehoidon aikana						
Lääke	Lääkitystä aloitettaessa	Ensimmäisen vuoden aikana	3 kk:n välein	6 kk:n välein	6–12 kk:n välein	Vuoden välein
Psykoosilääkkeet	Paino (BMI), vyötärön ympärysmitta, verenpaine, fP-Gluk, fP-Kol, fP-Kol-LDL, fP-Kol-HDL, fP-Trigly, P-ALAT, verenkuv (PVK), EKG	Verenpaine 1 kk:n välein 3 kk:n ajan. Paino (BMI) 6 viikon ajan viikoittain, sitten 3 kk:n välein vuoden ajan 3 kk hoidon alusta: paino (BMI), vyötärön ympärysmitta, verenpaine, verenkuv (PVK), fP-Gluk, fP-Kol, fP-Kol-LDL, fP-Kol-HDL, fP-Trigly, P-ALAT, EKG 6 kk hoidon alusta: fP-Gluk, fP-Kol, fP-Kol-LDL, fP-Kol-HDL, fP-Trigly				Vyötärön ympärysmitta, verenpaine, paino (BMI), fP-Gluk, P-ALAT, verenkuv (PVK), EKG, fP-Kol, fP-Kol-LDL, P-Kol-HDL, fP-Trigly
Lyhenteet: PVK = perusverenkuv; TVK = täydellinen verenkuv (perusverenkuv ja leukosyyttien erittelylaskenta)						

Taulukko 5. Tärkeimpien kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoidossa käytettävien lääkkeiden keskinäiset yhteisvaikutukset

Lääke	Lääkkeet, joiden pitoisuus voi muuttua (farmakokineettiset yhteisvaikutukset)	Mahdolliset farmakodynaamiset yhteisvaikutukset
Aripipratsoli		
Asenapiini		
Haloperidoli		Neurotoksisuus: karbamatsepiini
Lamotrigiini		Neurotoksisuus: karbamatsepiini
Litium		Neurotoksisuus: karbamatsepiini Neurotoksisuus: haloperidoli QT-ajan pidentyminen: tsiprasidoni
Karbamatsepiini	Pitoisuuden pieneneminen: aripipratsoli, haloperidoli, karipratsiini (vasta-aihe), ketiapiini, lamotrigiini, lurasidoni (vasta-aihe), olantsapiini, risperidoni, tsiprasidoni, valproaatti	Neurotoksisuus: lamotrigiini, litium, haloperidoli
Karipratsiini	Reagila	
Ketiapiini		Karbamatsepiinin haitat (karbamatsepiiniepoksidimetaboliitin pitoisuuden suureneminen)
Lurasidoni	Latuda	
Olantsapiini		
Risperidoni		
Tsiprasidoni	Zeldox	QT-ajan pidentyminen: litium
Valproaatti	Pitoisuuden suureneminen: lamotrigiini	Karbamatsepiinin haitat (karbamatsepiiniepoksidimetaboliitin pitoisuuden suureneminen)

Bipolaaritaudin psykososiaaliset hoidot

Käypä Hoito-suositus

Taulukko 7. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaaliset hoitomuodot

Hoitomuoto ja kuvaus	Tyypillinen kesto ja tiheys	Näytön aste	
		Masennuksen hoito	Oirejaksojen uusiutumisen estäminen
Psykoedukatiivinen ryhmähoito			
Tietoa kaksisuuntaisen mielialahäiriön syistä, oireista ja sairaudenkulusta ja hoitomuodoista. Relapsin analysointia, joka sisältää esim. esioireet, laukaisevat tekijät, päihteet, stressitekijät ja vuorokausi- ja sosiaaliset rytmit. Keinoja pienentää relapsiriskiä, kuten aikataulutus, vuorokausi- ja sosiaalisen rytmin säännöllistäminen ja hoitoon sitoutuminen.	8–21 x 90 min viikoittain		A
Kognitiivis-behavioraalinen terapia			
Dysfunktionaalisten automaattiajatusten ja uskomusten haastamista, kognitiivisia lähestymistapoja oireenhallinnan ja lääkehoitoon sitoutumisen parantamiseksi sekä psykoedukatiivisia elementtejä, kuten esioiretyöskentelyä ja rutiinien säännöllistämistä.	12–25 x 45–60 min 6–9 kk:n aikana	C	C

Taulukko 7. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaaliset hoitomuodot

Hoitomuoto ja kuvaus		Tyypillinen kesto ja tiheys		Näytön aste	
				Masennuksen hoito	Oirejaksojen uusiutumisen estäminen
Perhehoito (FFT; Family-Focused Treatment)					
Perheelle annettua psykoedukaatiota, tietoa stressi-haavoittuvuusmallista ja strategioista, joita perhe voi hyödyntää relapsin ehkäisemisessä (esim. lääkehoitoon sitoutuminen ja välittömät toimenpiteet prodromaalioireiden ilmaantuessa) sekä kommunikaatio- ja ongelmanratkaisutaitojen harjoittelua.		21 x 60 min 9 kk:n aikana		C	B
Interpersoonallinen sosiaalisten rytmien terapia (IPSRT)					
Keskitytään mielialaoireiden ja sosiaalisten suhteiden ja roolien välisiin yhteyksiin, painotetaan päivittäisten rytmien säännöllisyyden tärkeyttä ja opetetaan tunnistamaan ja hallitsemaan potentiaalisia rytmien rikkoutumiselle altistavia tekijöitä. Tavoitteena on ajankohtaisten interpersoonallisten ongelmien ratkaisu (suru, roolimuuotos, rooliristiriita, interpersoonalliset puutokset) ja ongelmien ehkäisy näillä alueilla. Erityinen osa-alue IPSRT:ssä on terveen itsen menettämiseen liittyvä suru. Hoito sisältää myös psykoedukaatiota, kuten esioiretyöskentelyä ja lääkehoitoon sitoutumisen parantamista.		45–55 min viikoittain akuuttivaiheessa, ylläpitovaiheessa tapaamisia 12 viikon ajan joka toinen viikko ja sen jälkeen kuukausittain 2 vuoden ylläpitovaiheen loppuun asti.		C	C
Internetvälitteinen terapia (nettiterapia)					
Tietoa oireidenhallinnasta, lääkityksestä, psykologisista lähestymistavoista, elämäntavoista, ihmissuhteista ja turvallisuusnäkökohdista. Vaihtelevasti kognitiivisen terapian elementtejä ja interaktiivisia työkaluja.		8–20 sessiota 12 kk:n aikana		C (lievien masennusoireiden hoitoon)	

Taulukko 8. Psykososiaalisen hoidon keskeiset elementit**Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykososiaalisen hoidon keskeiset elementit kaikilla potilailla iästä riippumatta:**

Tiedon välittäminen kaksisuuntaisen mielialahäiriön eri vaiheisiin liittyvistä oireista, taudin kulusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä

Yksilöllisen sairaushistorian läpikäyminen ja oirejaksoja laukaisseiden tekijöiden tunnistaminen

Sairauden uusiutumisen ehkäisyyn tähtäävän lääkehoitoon sitoutumisen tärkeyden esiin tuominen ja lääkkeiden hyöty- ja haittavaikutusten huolellinen läpikäynti

Mielialan muutosten seuraaminen mielialapäiväkirjan (Mielialapäiväkirja **5**) avulla

Maanisten ja depressiivisten jaksojen yksilöllisten varhaisoireiden tunnistamisen opettaminen (läheiset voivat tässä olla tukena)

Varotoimista sopiminen manian esioireiden varalta

Masennuksen omahoitokeinojen opettaminen

Kriisisuunnitelman tekeminen akuutteja tilanteita varten (manian esioireet, itsetuhoisuus)

Stressinsäätelykeinojen opettaminen

Vuorokausirytmien (uni, ruokailu, liikunta, sosiaaliset menot, työ tai opiskelu, harrastukset, kotiaskareet) säännöllistämiseen tukeminen

Päihteettömyyteen kannustaminen

Sairastumiskriisin työstäminen

Mielialahäiriön aiheuttamien ihmissuhdeongelmien työstäminen

Potilaan perheen tukeminen ja ohjaaminen toimimaan hoidon tukena

Hoitojen vaikutus samanaikaiseen päihdehäiriöön

- Päihdehäiriön esiintyvyys kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla on väestötutkimuksissa jopa 33 % (kliinisissä aineistoissa noin 45 %). Päihdehäiriö pitkittää ja vaikeuttaa oireilua ja lisää sairaalahoitojen tarvetta **88**, **89**.
- Vaikka päihdehäiriö on yksi tavallisimmista kaksisuuntaisen mielialahäiriön kanssa samanaikaisesti esiintyvistä psykiatrisista häiriöistä, tutkimus kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitojen vaikutuksesta samanaikaiseen päihdehäiriöön on vähäistä. Koska kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja päihdehäiriön keskinäisten suhteiden määrittely on usein mahdotonta, suositellaan molempien hoitamista samanaikaisesti.
- Kun valitaan lääkettä monihäiriöiselle kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavalle, on tärkeää kiinnittää huomiota oirekokonaisuuteen ja rinnakkaissairauden vaikeusasteeseen. Ensisijaista on kaksisuuntaisen mielialahäiriön hyvä hoitotasapaino.
- Mielialantasaajäläkitys saattaa lievittää kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyviä riippuvuusongelmia **C**, **C**.
- Ketiapiini, joka on tehokas kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa, ei vähentäne samanaikaisen alkoholiriippuvuutta sairastavan alkoholinkäyttöä **C**.
- Naltreksoni ja disulfiraami saattavat olla tehokkaita kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvän alkoholiriippuvuuden hoidossa **C**.
- Akamprosaatti saattaa lievittää kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan potilaan alkoholiriippuvuutta, mutta tutkimusnäyttöä aiheesta ei ole **D**. Sama koskee nalmefeeniä **90**.
- Kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja päihdeongelman integroitu kognitiivis-behavioraalinen ryhmähoito ilmeisesti vähentää päihteiden käyttöä **B**. Integroidulla hoidolla jopa 60 % kaksoisdiagnoosin saaneista päihdepotilaista on saavuttanut päihdeongelmassaan remission 3 vuoden seurannassa **91**.
- Hoito vaatii lääkityksen ja psykososiaalisten menetelmien yhdistämistä **92**. Samanaikainen päihdehäiriö ei välttämättä heikennä toipumisen ennustetta, ellei päihdehäiriö vaadi välitöntä hoitoa **93**. Ks. Käypä hoito -suositus Alkoholiongelmat **5**, **94**.

Itsetuhoisen potilaan arviointi ja hoito

- Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy huomattava itsetuhokäyttäytymisen riski.
- Miessukupuoli, aikaisemmat itsemurhayritykset sekä sairaalahoidot masennusjaksojen ja sekamuotoisten jaksojen vuoksi ovat yhteydessä itsemurhakuoleman riskiin **14**.
- On tärkeää huolehtia hoidon jatkuvuudesta, itsetuhoisuuden arvioinnista ja turvasuunnitelmien tekemisestä sairaalahoidon päättyessä ja sairaalahoidon jälkeisinä viikkoina, koska Itsemurhien ilmaantuvuus on suurinta heti ensimmäisten viikkojen aikana sairaalahoidon päättymisen jälkeen **14**, **95**, **96**
- Koska sekä itsemurhat että itsemurhayritykset ajoittuvat eritoten masennusjaksoihin ja sekamuotoisiin jaksoihin **97**, **15**, on erityisen tärkeää sekä ehkäistä näiden jaksojen kehittymistä että hoitaa ajankohtaiset masennus- ja sekamuotoiset jaksot mahdollisimman tehokkaasti.
- Koska itsetuhokäyttäytyminen on kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla yleistä, itsemurha-ajatuksista, mahdollisista itsemurhasuunnitelmista tai aikaisemmasta itsetuhokäyttäytymisestä tulee kysyä potilailta suoraan. Ks. Käypä hoito -suositus Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito **6**.
- Hyvä apuväline itsetuhoisuuden selvittämiseen on C-SSRS (The Columbia-Suicide Severity Rating Scale -lomake) eli työntekijän tekemä arviointi, jossa selvitetään itsemurha-ajatuksia, niiden intensiteettiä ja itsetuhokäyttäytymistä **5**. Ks. C-SSRS-lähtötilannekartoituslomake **6** ja C-SSRS-seurantalomake **7**.
- Itsetuhoiset kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat tarvitsevat sekä asianmukaisen lääkehoidon että intensiivistä psykoterapeuttista tukea.
- Kaikkien itsetuhoisten potilaiden vointia on syytä seurata tiiviisti, ja heidät tulee tarvittaessa ohjata sairaalahoitoon **2**.

Itsetuhoisen potilaan arviointi ja hoito (jatkuu)

- Mielenterveyslaki **42**, **6** sallii tahdosta riippumattoman tarkkailuun ottamisen ja hoidon silloin, kun potilaan todellisuudentaju on häiriintynyt, hän on vaaraksi itselleen ja muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä hänen hoitoonsa. Alaikäinen voidaan määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon myös, jos hän on vakavan mielenterveydenhäiriön vuoksi hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen sairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi. Tämän momentin nojalla hoidossa olevaa alaikäistä saadaan pitää ainoastaan alaikäisille tarkoitettulla osastolla **42**.
- Litium vähentää lumelääkkeeseen verrattuna mielialahäiriöpotilaiden itsemurhakuolleisuutta **A**.
- Vältä viisaasti -suositus: Huomioi itsetuhoisen käyttäytymisen mahdollisuus, jos joudut äkillisesti keskeyttämään itsetuhoisen mielialahäiriöpotilaan litiumhoidon **14**.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön työ- ja toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyn arviointi

- Erityisesti nuorilla ja työikäisillä kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla tulee heti häiriön alussa arvioida toimintakykyä ja laatia hoito- ja kuntoutussuunnitelma.
- Toimintakyvyn arvioinnin laajuus vaihtelee tarkoituksen mukaan. Keskeisiä siinä ovat huolellinen anamneesi ja kliininen tutkimus.
- Mielialahäiriöpotilaiden toimintakyvyn arviointiin on ohjeita Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Työeläkevakuuttajien (TELA) laatimassa suosituksessa FACULTAS-toimintakyvyn arviointi **7** ja Toimia-tietokannassa **8**.
- Kaksisuuntaisen mielialahäiriöpotilaan toimintakyky vaihtelee huomattavasti sairauden ajankohtaisen vaikeusasteen mukaan.
- Mielialaoireiden ohella kognitiivisten toimintojen puutokset vaikuttavat kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä toimintakykyyn **98**.
- Merkittävimmät kognitiivisen toimintakyvyn puutteet kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä näyttävät liittyvän informaation prosessointinopeuden hidastumiseen, tarkkaavuuteen, toiminnanohjaukseen ja kielelliseen muistiin **15**.
- Toimintakykyä arvioitaessa on tutkittava sekä senhetkinen toimintakyky että potilaalle luonteenomainen toimintakyvyn vaihtelu pidemmällä aikavälillä. Vertailukohtana on paras pitkäaikainen toimintakyky, joka potilaalla on ollut elämänsä aikana.

Toimintakyvyn arviointi (jatkuu)

- Arvioinnissa on tärkeää selvittää konkreettisesti, mistä toiminnoista potilas selviytyy ja mistä ei ja kuinka tilanne on muuttunut kaksisuuntaisen mielialahäiriön puhkeamista ja ajankohtaista sairausjaksoa edeltäneeseen aikaan verrattuna.
- Toimintakykyä arvioidaan usealla eri elämänalueella: omasta itsestä ja hyvinvoinnista huolehtiminen, perhe-elämässä tai muissa ihmissuhteissa selviytyminen, työelämässä yleensä ja erityisesti nykyisessä työssä selviytyminen sekä toiminta vapaa-aikana.
- Toimintakyvyn arvioinnissa voidaan käyttää apuna esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisen täyttämää, haastatteluun ja havainnointiin perustuvaa SOFAS-asteikkoa (DSM-IV) **9**, joka antaa kokonaisarvion sosiaalisesta ja ammatillisesta toimintakyvystä asteikolla 0–100, taulukko **9**. Pistemäärä ≤ 50 merkitsee toimintakyvyn vakavaa heikentyneisyyttä. Tavallisimmin SOFAS-asteikkoa käytetään ajankohtaisen toimintakyvyn arviointiin (tarkastelujaksona edeltänyt viikko). Se soveltuu myös toistuvaan arviointiin (ks. tarkemmat ohjeet **9**).
- Toimintakyvyn rajoitteiden lisäksi on tärkeä selvittää potilaan jäljellä oleva toimintakyky.
- Tietoa potilaan toimintakyvystä joudutaan usein hankkimaan monesta eri lähteestä.
- Vaativa toimintakyvyn arviointi edellyttää usein moniammatillista lähestymistapaa.
- Mielialajaksosta toipumisen myötä psykososiaalinen toimintakyky enimmäkseen palautuu.
- Kognitiivinen toimintakyky korjautuu usein mielialaoireita hitaammin **99**. Useimmat kognitiivisista häiriöistä korjaantuvat tai lieviytyvät toipumisen myötä, mutta osalla potilaista on todettavissa pysyviä kognitiivisia häiriöitä toipumisen jälkeenkin **100**.

Toimintakyvyn arviointi (jatkuu)

- Kognitiivisen toimintakyvyn arvio (muisti, oppiminen, tarkkaavaisuus, keskittyminen ja toiminnanohjaus) on tärkeä osa potilaan kokonaishoidon arviointia ja kuntoutuksen suunnittelua elpymävaiheessa **101**.
- On tärkeää tunnistaa tapaukset, joissa potilaalla on kognitiivisia vaikeuksia, jotta niiden vaikutukset osataan huomioda kokonaisvaltaisesti potilaan toiminta- ja työkyvyssä **16**, **8**.
- Työterveyslaitos on kehittänyt myös Työssä muistaminen -kysymyssarjan **10**, joka sopii apuvälineeksi muistinsa ja keskittymisensä ongelmista huolestuneen potilaan haastatteluun.
- Ajoterveyden arviointi on osa toimintakyvyn arviota. Ajoterveysvaatimusten täyttyminen tulee huomioda sairauden hoidon eri vaiheissa, ja psykiatrian erikoislääkärin arvio on suositeltava. Ajoterveyden arviointiohjeet ovat saatavilla Traficomien sivustolta **11**, **17**.
- Ks. myös Käypä hoito -suositus Depressio **7**, **102**.

Taulukko 9. SOFAS-asteikko

Koodi ¹	Merkitys
91–100	Erinomainen toimintakyky useilla elämäalueilla
81–90	Hyvä toimintakyky kaikilla elämäalueilla; henkilö ammatillisesti ja sosiaalisesti tehokas
71–80	Vain vähäistä heikentymistä sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esim. harvinainen ihmissuhderistiriita tai tilapäinen jälkeen jääminen koulutyössä)
61–70	Lieviä vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä mutta yleisesti hyvä toimintakyky ja joitakin mielekkäitä ihmissuhteita
51–60	Kohtalaisia vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esim. vain vähän ystäviä tai ristiriitoja ikä- tai työtovereiden kanssa)
41–50	Vakavaa heikentymistä sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esim. ystävien puuttuminen tai kyvyttömyys säilyttää työpaikkaa)
31–40	Merkittävää heikentymistä useilla elämäalueilla, kuten työssä, koulussa tai perhesuhteissa (esim. masentunut mies, joka välttelee ystäviään, laiminlyö perhettään eikä pysty työhön, tai lapsi, joka pahoinpitelee usein nuorempiaan, on uhmakas kotona eikä menesty koulussa)
21–30	Toimintakyvyttömyys lähes kaikilla elämäalueilla (esim. pysytteleminen vuoteessa koko päivän, työttömyys ja kodittomuus)
11–20	Ajoittainen henkilökohtaisen hygienian vähimmäistason laiminlyöminen, kyvyttömyys toimia itsenäisesti
1–10	Jatkuva henkilökohtaisen hygienian vähimmäistason laiminlyöminen; kyvyttömyys toimia vahingoittamatta itseään tai muita tai ilman huomattavaa ulkopuolista tukea (esim. hoitoa tai valvontaa)
0	Riittämättömät tiedot

¹ Käytä mahdollisuuksien mukaan tarkkoja lukuja, esimerkiksi 45, 68 tai 72. Tarkastele sosiaalista ja ammatillista toimintakykyä jatkumolla erinomaisesta toimintakyvystä huomattavasti heikentyneeseen toimintakykyyn. Ota huomioon toimintakyvyn heikentymät, jotka johtuvat fyysisistä tai henkisistä rajoitteista. Vain suoraan henkisistä tai fyysisistä terveysongelmista johtuvat rajoitteet tulee ottaa huomioon. Mahdollisuuksien puutteen ja muiden ympäristöseikkojen aiheuttamia rajoituksia ei oteta huomioon.

NIMH-LCM™ Self/PROSPECTIVE Ratings: The LCM-S/P™

Name _____ Month _____ Year _____

LCM-SPTM Version 2.32

[illegible]

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Baseline	
Hours of Sleep																																		
Dysphoric Mania (✓ if yes)																																		
Mania	SEVERE																																SEVERE	
	Essentially Incapacitated or Hospitalized																																	
	high MODERATE																																MODERATE	
	low																																MILD	
GREAT Difficulty with Goal-Oriented Activity																																		
SOME Difficulty with Goal-Oriented Activity																																		
More Energized and Productive with Little or No Functional Impairment																																		
Days of Month		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
Depression	MILD																																MILD	
	low MODERATE																																MODERATE	
	high																																SEVERE	
	SEVERE																																SEVERE	
Essentially Incapacitated or Hospitalized																																		
GREAT Difficulty with Goal-Oriented Activity																																		
SOME Difficulty with Goal-Oriented Activity																																		
More Energized and Productive with Little or No Functional Impairment																																		
Days of Month		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
TRACK COMBINED SYMPTOMS HERE																																		
Number of Mood Switches/Day																																		
Mood (0–100)																																		
Impact (–4 to +4)																																		
Life Events																																		
Please circle the days of your menstrual period																																		
Days of Month		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

FIGURE 3–2. National Institute of Mental Health—Life Chart Method (NIMH-LCM) Patient Self-Rated Prospective Form (LCM-S/P).

Source. Reprinted from Denicoff et al. 2000.

PATIENT SELF-REPORT of the Clinical Monitoring Form

NAME: _____ DATE: _____

A

In the last 2 weeks:

	Yes	No
■ Have you experienced a major stress, which you feel has caused your mood to change? If yes, describe: _____	☐	☐
■ Have you experienced other medical problems? If yes, describe: _____	☐	☐
■ Have you had additional psychiatric care/treatment or other medical treatment?	☐	☐
■ What is the least you have slept in any one day? _____ hrs. The most you have slept in any one day? _____ hrs.		
■ Women — First day of your last period: _____ / _____ / _____		
■ Have you had (check all that apply): ☐ Panic Attacks ☐ Binging/Purging ☐ Headaches		
■ Indicate your use of: Caffeine _____ cups/day Nicotine _____ packs/day Alcohol _____ drinks/week Drugs Indicate type and amount: _____		
■ What is your current weight? _____		

B

In the last 2 weeks, has there been a period of time when you:

	Yes	No	If Yes, # of Days	CLINICIAN USE ONLY DSM CRITERIA ME/ HME
■ Felt down or depressed most of the day or nearly every day?	☐	☐	_____	_____
■ Were a lot less interested in most things or unable to enjoy things you usually enjoy?	☐	☐	_____	_____
■ Felt so good or so hyper that people thought you were not your normal self, or you were so hyper you got in trouble?	☐	☐	_____	_____
■ Were so irritable that you would shout at people or start fights or arguments?	☐	☐	_____	_____

C

**Rate this week for INCREASE or DECREASE compared to your usual when well:
(Put a check in the appropriate box for your best answer)**

	DECREASED				WELL	INCREASED				CLINICIAN USE ONLY DSM CRITERIA ME/ HME	
	Constant & Severe	Nearly Every Day	Often	Rarely & or Mild	Normal or None	Rarely & or Mild	Often	Nearly Every Day	Constant & Severe	ME/ HME	
1. Energy	4	3	2	1	0	1	2	3	4	_____	
2. Appetite	4	3	2	1	0	1	2	3	4	_____	
3. Self confidence/self esteem	4	3	2	1	0	1	2	3	4	_____ ↓ _____ ↑	
4. Speed of movement, speech, or thoughts	4	3	2	1	0	1	2	3	4	_____ ↓ _____ ↑	
5. Sleep	4	3	2	1	0	1	2	3	4	_____ ↓ _____ ↓	
6. Ability to enjoy pleasant things/usual interests	4	3	2	1	0	0	0	0	0	_____ ↓ _____	
7. Ability to concentrate	4	3	2	1	0	0	0	0	0	_____ ↓ _____	
8. Talking	0	0	0	0	0	1	2	3	4	_____ ↑ _____	
9. Making plans or getting new projects started	0	0	0	0	0	1	2	3	4	_____ ↑ _____	
10. Physical restlessness/agitation					0	1	2	3	4	_____	
11. Feel life isn't worth living					0	1	2	3	4	_____	
12. Distractibility					0	1	2	3	4	_____	
13. Racing thoughts					0	1	2	3	4	_____	
14. Behaviors others regard as excessive, foolish, or risky					0	1	2	3	4	_____	
										TOTAL	_____

CLINICAL MONITORING FORM for Clinician Use Only

DIAGNOSTIC, TREATMENT, AND SEVERITY RATING INFORMATION

CURRENT CLINICAL STATUS (Check only one)	
☐ Depression ≥ 5 MDE	☐ Continuing Sx
☐ Mania $\geq 3^*$	☐ Recovering
☐ Hypomania $\geq 3^*$	☐ Recovered
☐ Mixed episodes	☐ Roughening
☐ Other diagnosis:	

* ≥ 4 if only irritability is checked in Section B on the front of the form.

SELECTED MENTAL STATUS		
Severity 0–4		
0 = none 1 = mild	2 = moderate 3 = marked	4 = severe
Paranoid Ideation		
Ideas of Reference		
Obsessions Compulsions		
Hallucinations		
Delusions		

GLOBAL ASSESSMENT	
GAF/week	(1–90)
GAF/month	(1–90)

LAST LABS	
Date	/ /
Li =	VPA =
Creat =	TSH =
Cholesterol =	Glucose =

OTHER ADVERSE EFFECTS	
Severity 0–4	
0 = none 1 = mild	2 = moderate 3 = marked
Tremor	
Dry Mouth	
Sedation	
Constipation	
Poor Memory	
Sexual Dysfunction	
Increased Appetite	
Weight Gain	
EPS	

TREATMENTS	Dose Mg 24 hr. total	Mg Missed
Mood Stabilizers		
Anxiolytics/Hypnotics		
Antidepressants		
Antipsychotics		
Other		

Psychosocial Interventions _____ /mo
ECT _____ /mo Other: _____ /mo
Significant Noncompliance ☐ Yes ☐ No If yes: _____
Other Treatment Targets: _____

NOTES

PLAN

RTC

SIGNATURE _____

Laatukriteerit

- Jokaisen kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan tulisi saada vaikuttavaksi todettua hoitoa sairautensa ajankohtaisen vaiheen ja kokonaiskulun mukaisesti.
- Lääkehoidon algoritmiohjaus, säännöllinen hoidon seuranta oiremittarein ja strukturoitu psykoedukaatio saattavat nopeuttaa ja parantaa maniaoireista toipumista verrattuna tavanomaiseen hoitoon **26**.
- Työryhmä suosittelee, että kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon laatua seurattaisiin seuraavilla kriteereillä:
 - Onko yksikössä paikallista kirjallista hoito-ohjelmaa, jossa huomioidaan kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistaminen, diagnostiikka, monihäiriöisyys, hoidon porrastus, asianmukainen lääkehoito ja psykososiaalinen hoito sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen hoitoketjussa?
 - Kuinka suurelta osalta perusterveydenhuollon masennuspotilaista on kysytty mahdollisista yliaktiivisuusvaiheista?
 - Kuinka suurella osalla potilaista on sairauskertomuksessaan ajan tasalla oleva kirjallinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma?
 - Kuinka suurella osalla potilaista on seurannassa käytetty hyväksi luotettavia menetelmiä toimintakyvyn ja oireiden arvioimiseksi?
 - Kuinka suurella osalla potilaista on käytössään elämänjана?
 - Kuinka suuri osa potilaista saa sairauden vaihetta vastaavaa asianmukaista lääkehoitoa?
 - Kuinka suurella osalla potilaista on toteutunut pitkäaikainen ja säännöllinen seuranta ylläpitovaiheessa?
 - Kuinka suuri osa potilaista on saanut psykoedukaatiota?
 - Kuinka suurella osalla potilaista hoitoon on liittynyt yksi tai useampia pari- tai perhetapaamisia tai on tehty sosiaalisen verkoston selvitys?
 - Kuinka suurella osalla potilaista seurataan säännöllisesti itsetuhokäyttäytymisen riskiä? Kuinka moni potilaista tekee itsemurhan?
 - Kuinka moni potilaista saavuttaa remission hoidon aikana?
 - Kuinka moni potilas saa relapsin?

Bipolaaritaudin lääkitys muissa kirjoissa

Yl juha kemppinen

Prescribing and monitoring recommendations for lithium are summarised in Table 2.1.

Table 2.1 Lithium: prescribing and monitoring

Indications	Mania, hypomania, prophylaxis of bipolar affective disorder and recurrent depression. Reduces aggression and suicidality
Pre-lithium work-up	e-GFR and TFTs. ECG recommended in patients who have risk factors for, or existing cardiovascular disease. Baseline measure of weight and calcium desirable
Prescribing	Start at 400 mg at night (200 mg in the elderly). Plasma level after 7 days, then 7 days after every dose change until the desired level is reached (0.4 mmol/L may be effective in unipolar depression, 0.6–1.0 mmol/L in bipolar illness, slightly higher levels in difficult-to-treat mania). Blood should be taken 12 hours after the last dose. Take care when prescribing liquid preparations to clearly specify the strength required
Monitoring	Plasma lithium every 6 months (more frequent monitoring is necessary in those prescribed interacting drugs, the elderly and those with established renal impairment or other relevant physical illness). eGFR and TFTs every 6 months. Weight (or BMI) and calcium should also be monitored
Stopping	Reduce slowly over at least 1 month Avoid incremental reductions in plasma levels of >0.2 mmol/L

BMI, body mass index; ECG, electrocardiogram; eGFR, estimated glomerular filtration rate; TFT, thyroid function test.

Table 2.2 Lithium: clinically relevant drug interactions

Drug group	Magnitude of effect	Timescale of effect	Additional information
ACE inhibitors	■ Unpredictable ■ Up to 4-fold increases in [Li]	Develops over several weeks	■ 7-fold increased risk of hospitalisation for lithium toxicity in the elderly ■ Angiotensin II receptor antagonists may be associated with similar risk
Thiazide diuretics	■ Unpredictable ■ Up to 4-fold increases in [Li]	Usually apparent in first 10 days	■ Loop diuretics are safer ■ Any effect will be apparent in the first month
NSAIDs	■ Unpredictable ■ From 10% to >4-fold increases in [Li]	Variable; few days to several months	■ NSAIDs are widely used on a prn basis ■ Can be bought without a prescription

ACE, angiotensin converting enzyme; [Li], lithium; NSAIDs, non-steroidal anti-inflammatory drugs; prn, *pro re nata* (as required).

Table 2.3 Valproate: prescribing and monitoring

Indications	Mania, hypomania, bipolar depression and prophylaxis of bipolar affective disorder. May reduce aggression in a range of psychiatric disorders (data weak) Note that sodium valproate is licensed only for epilepsy and semi-sodium valproate only for acute mania
Pre-valproate work-up	FBC and LFTs. Baseline measure of weight desirable
Prescribing	Titrate dose upwards against response and adverse effects. Loading doses can be used and are generally well tolerated Note that CR sodium valproate (Epilim Chrono) can be given once daily. All other formulations must be administered at least twice daily Plasma levels can be used to assure adequate dosing and treatment compliance. Blood should be taken immediately before the next dose
Monitoring	FBC and LFTs if clinically indicated Weight (or BMI)
Stopping	Reduce slowly over at least 1 month

BMI, body mass index; CR, controlled release; FBC, full blood count; LFT, liver function test.

The prescribing and monitoring of carbamazepine are summarised in Table 2.4.

Table 2.4 Carbamazepine: prescribing and monitoring

Indications	Mania (not first line), bipolar depression (evidence weak), unipolar depression (evidence weak) and prophylaxis of bipolar disorder (third line after antipsychotics and valproate). Alcohol withdrawal (may be poorly tolerated) Carbamazepine is licensed for the treatment of bipolar illness in patients who do not respond to lithium
Pre-carbamazepine work-up	U&Es, FBC and LFTs. Baseline measure of weight desirable
Prescribing	Titrate dose upwards against response and adverse effects; start with 100–200 mg bd and aim for 400 mg bd (some patients will require higher doses) Note that the modified-release formulation (Tegretol Retard) can be given once to twice daily, is associated with less severe fluctuations in serum levels and is generally better tolerated Plasma levels can be used to assure adequate dosing and treatment compliance. Blood should be taken immediately before the next dose. Carbamazepine induces its own metabolism; serum levels (if used) should be re-checked a month after an increase in dose
Monitoring	U&Es, FBC and LFTs if clinically indicated Weight (or BMI)
Stopping	Reduce slowly over at least 1 month

bd, *bis in die* (twice a day); BMI, body mass index; FBC, full blood count; LFT, liver function test, U&E, urea and electrolytes.

Table 2.5 Randomised controlled trials of long-acting injections in bipolar disorder

Study	n	LAI	Comparator	Duration	Outcome
Ahlfors et al., 1981 ⁷	33 (19/14)	Flupentixol decanoate	Lithium	18 months	Neither treatment improved main outcome (number of mood episodes). No differences between treatments
Macfadden et al., 2009 ^{8*}	124 (65/59)	Risperidone (adjunct)	Placebo (adjunct)	12 months	Risperidone LAI reduced rate of relapse compared with placebo (relative risk = 2.3)
Quiroz et al., 2010 ^{9*}	303 (154/149)	Risperidone monotherapy	Placebo monotherapy	24 months	Overall relapse rate was 30% with risperidone, 56% with placebo. Risperidone did not protect against depressive relapse
Vieta et al., 2012 [*]	398 (132/135/131)	Risperidone monotherapy	Placebo or oral olanzapine monotherapy	18 months	Recurrence of any mood episode: oral olanzapine 23.8%; risperidone LAI 38.9%; placebo 56.4%. Olanzapine and risperidone reduced risk of elevated mood episode but only olanzapine reduced risk of depression
Calabrese et al., 2017 [*]	266 (133/133)	Aripiprazole monotherapy	Placebo monotherapy	12 months	Relapse to any mood episode 26.5% with aripiprazole, 51.1% with placebo. No effect on recurrence of depression

*Trial sponsored by manufacturer.

Physical monitoring for people with bipolar disorder (based on NICE Guidelines¹ and NPSA advice²)

See Table 2.6.

Table 2.6 Physical monitoring for people with bipolar disorder

Test or measurement	Monitoring for all patients		Additional monitoring for specific drugs			
	Initial health check	Annual check-up	Antipsychotics	Lithium	Valproate	Carbamazepine
Thyroid function	Yes	Yes	—	At start and every 6 months; more often if evidence of deterioration		
Liver function	Yes	Yes	—		At start and periodically during treatment if clinically indicated	At start and periodically during treatment if clinically indicated
Renal function (eGFR)	Yes	Yes	—	At start and every 6 months; more often if there is evidence of deterioration or the patient starts taking interacting drugs		
Urea and electrolytes	Yes	Yes	—	At start and then every 6 months (include serum calcium)		Every 6 months. More often if clinically indicated
Full blood count	Yes	Yes	—	Only if clinically indicated	At start and at 6 months	At start and at 6 months
Blood (plasma) glucose	Yes	Yes, as part of a routine physical health check	At start and then every 4–6 months (and at 1 month if taking olanzapine); more often if evidence of elevated levels	—		
Lipid profile	Yes	Yes, as part of a routine physical health check	At start and at 3 months; more often initially if evidence of elevated levels	—		

Physical monitoring for people with bipolar disorder (based on NICE Guidelines¹ and NPSA advice²)

See Table 2.6.

Maudsley Prescribing guidelines

Table 2.6 Physical monitoring for people with bipolar disorder

Test or measurement	Monitoring for all patients		Additional monitoring for specific drugs			
	Initial health check	Annual check-up	Antipsychotics	Lithium	Valproate	Carbamazepine
Blood pressure	Yes	Yes, as part of a routine physical health check	During dosage titration if antipsychotic prescribed is associated with postural hypotension	—		
Prolactin	Children and adolescents only	—	At start and if symptoms of raised prolactin develop Raised prolactin unlikely with quetiapine or aripiprazole. Very occasionally seen with olanzapine and asenapine. Very common with risperidone and FGAs	—		
ECG	If indicated by history or clinical picture	—	At start if there are risk factors for or existing cardiovascular disease (or haloperidol is prescribed). If relevant abnormalities are detected, as a minimum recheck after each dose increase	At start if risk factors for or existing cardiovascular disease. If relevant abnormalities are detected, as a minimum recheck after each dose increase		At start if risk factors for or existing cardiovascular disease. If relevant abnormalities are detected, as a minimum recheck after each dose increase
Weight (and height in adolescents only)	—	Yes, as part of a routine physical health check	At start then frequently for first 3 months then 3-monthly for first year. Thereafter, at least annually	At start, and when needed if the patient gains weight rapidly	At start and when needed if the patient gains weight rapidly	At start and when needed if the patient gains weight rapidly
Plasma levels of drug	—	—	—	At least 3–4 days after initiation and 3–4 days after every dose change until levels stable, then every 3 months in the first year, then every 6 months for most patients (see NICE ¹)	Titrate by effect and tolerability. Do not routinely measure unless there is evidence of lack of effectiveness, poor adherence or toxicity	Two weeks after initiation and two weeks after dose change. Thereafter, do not routinely measure unless there is evidence of lack of effectiveness, poor adherence or toxicity

For patients on **lamotrigine**, do an annual health check, but no special monitoring tests are needed although blood levels may indicate if high doses might be considered. ECG, electrocardiogram; eGFR, estimated glomerular filtration rate; FGA, first-generation antipsychotic.

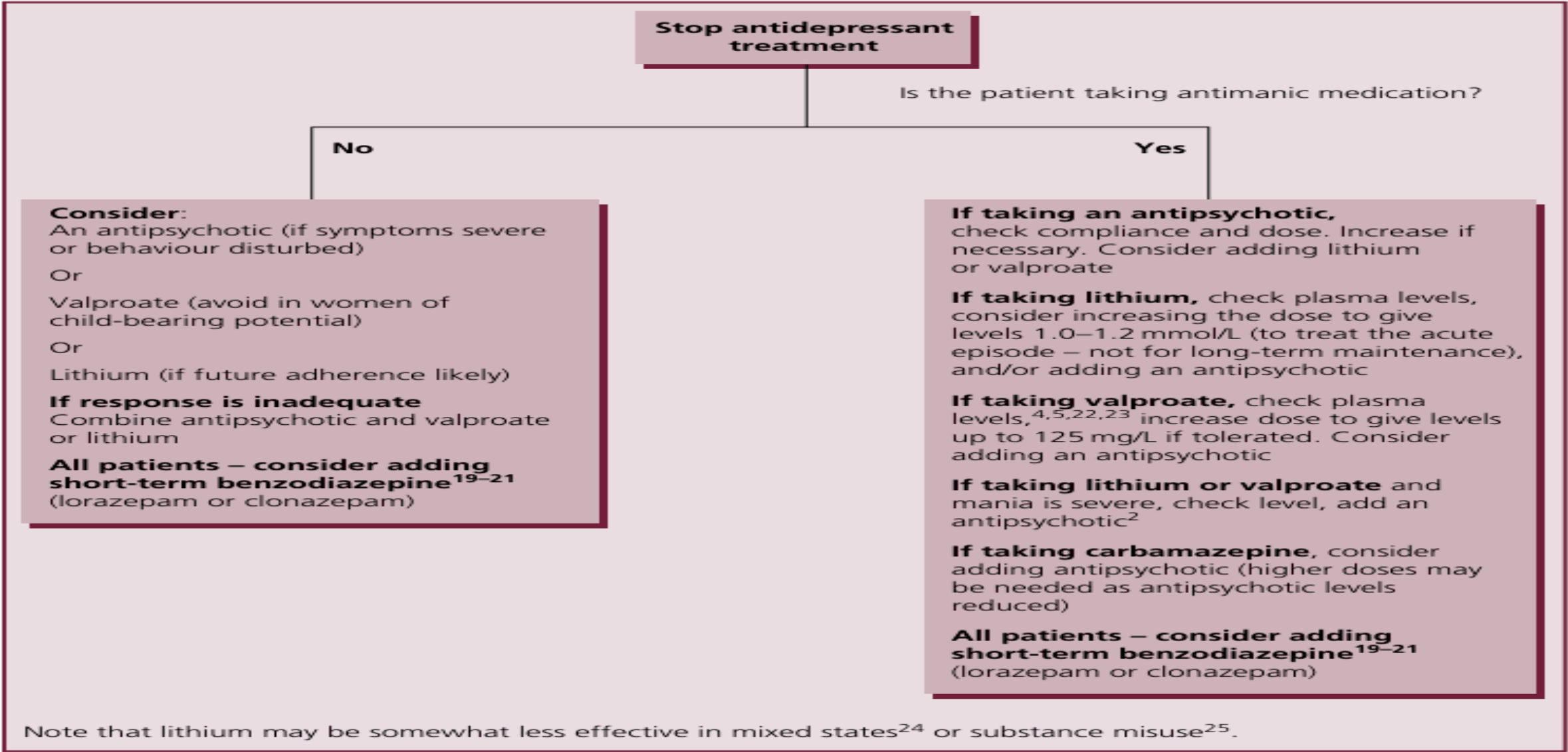


Figure 2.1 Treatment of acute mania or hypomania.^{2–6,8–18}

Table 2.7 Drug treatment of mania: suggested doses		
Drug	Dose	
Lithium	400 mg/day, increasing every 3–4 days according to plasma levels. At least one study has used 800 mg as a starting dose ²⁶	
Valproate	As semi-sodium – 250 mg three times daily increasing according to tolerability and plasma levels. Slow release semi-sodium valproate may also be effective (at 15–30 mg/kg) ²⁷ but there is one failed study ²⁸ As sodium valproate slow release – 500 mg/day increasing as above Higher, so-called ‘loading’ doses, have been used, both oral ^{29–31} and intravenous. ^{32,33} Dose is 20–30 mg/kg/day. These doses seem to be well tolerated	
Aripiprazole	15 mg/day increasing up to 30 mg/day as required ^{34–36}	
Asenapine	5 mg bd increasing to 10 mg bd as required	Sycrest Reagila
Cariprazine	3 mg/day increasing up to 12 mg/day as required ³⁷	
Olanzapine	10 mg/day increasing to 15 mg or 20 mg as required	
Risperidone	2 mg or 3 mg/day increased to 6 mg/day as required	
Quetiapine	IR – 100 mg/day increasing to 800 mg as required. Higher starting doses have been used ³⁸ XL – 300 mg/day increasing to 600 mg/day on day two	
Haloperidol	5–10 mg/day increasing to 15 mg if required	
Lorazepam ^{20,21}	Up to 4 mg/day (some centres use higher doses)	
Clonazepam ^{19,21}	Up to 8 mg/day	

bd, bis in die (twice a day); IR, immediate release; XL, extended release.

Table 2.8 Mania: other possible treatments. These are listed in alphabetical order – no preference is implied by the order in the table. Consult specialist and primary literature before using any treatment listed

Treatment	Comments
Allopurinol ³⁹ (600 mg/day)	Clear therapeutic effect when added to lithium in one RCT (n = 120), and when added to valproate in another (n = 57) ⁴⁰ but no effect in a smaller study ⁴¹
Celecoxib (400 mg/day) ⁴²	Small RCT (n = 46) suggests benefit when used as adjunct to valproate
Clozapine ^{43–45}	Established treatment option for refractory mania/bipolar disorder. Rapid titration has been reported ⁴⁶
Gabapentin ^{47–49} (up to 2400 mg/day)	Probably only effective by virtue of an anxiolytic effect. Rarely used. Possibly useful as prophylaxis ⁵⁰
Lamotrigine ^{51,52} (up to 200 mg/day)	Possibly effective but better evidence for bipolar depression
Levetiracetam ^{53,54} (up to 4000 mg/day)	Possibly effective but controlled studies required. One case of levetiracetam causing mania ⁵⁵
Memantine ⁵⁶ (10–30 mg/day)	Conflicting evidence ^{57,58}

Table 2.8 Mania: other possible treatments. These are listed in alphabetical order – no preference is implied by the order in the table. Consult specialist and primary literature before using any treatment listed

Treatment	Comments
Oxcarbazepine ^{59–65} (around 300–3000 mg/day)	Probably effective acutely and as prophylaxis although one controlled study conducted (in youths) was negative ⁶⁶
Phenytoin ⁶⁷ (300–400 mg/day)	Rarely used. Limited data Complex kinetics with narrow therapeutic range
Ritanserin ⁶⁸ (10 mg/day)	Supported by a single RCT. Well tolerated. May protect against EPS
Tamoxifen ^{69–72} (10–140 mg/day)	Possibly effective. Five small RCTs. Dose–response relationship unclear, but 80 mg/day effective when added to lithium. Evidence for efficacy as adjunct and monotherapy
Topiramate ^{73–76} (up to 300 mg/day)	Possibly effective. Causes weight loss but often poorly tolerated
Tryptophan depletion ⁷⁷	Supported by a small RCT
Ziprasidone ^{78–80}	Supported by three RCTs

EPS, extrapyramidal symptoms; RCT, randomised controlled trial.

Table 2.9 Recommended treatment strategy for rapid-cycling bipolar disorder

Step	Suggested treatment
1	Withdraw antidepressants in all patients ^{12–17} (some controversial evidence supports continuation of SSRIs ^{18,19})
2	Evaluate possible precipitants (e.g. alcohol, thyroid dysfunction, external stressors) ²
3	Optimise mood stabiliser treatment ^{20–23} (using plasma levels), and Consider combining mood stabilisers , e.g. lithium + valproate; lithium + lamotrigine, or go to Step 4
4	Consider other (usually adjunct) treatment options: (alphabetical order; preferred treatment options in bold) Aripiprazole ^{24,25} (15–30 mg/day) Clozapine ²⁶ (usual doses) Lamotrigine ^{27–29} (up to 225 mg/day) Levetiracetam ³⁰ (up to 2000 mg/day) Nimodipine ^{31,32} (180 mg/day) Olanzapine ²⁰ (usual doses) Quetiapine ^{33–36} (300–600 mg/day) Risperidone ^{37–39} (up to 6 mg/day) Thyroxine ^{40,41} (150–400 µg/day) Topiramate ⁴² (up to 300 mg/day)

Choice of drug is determined by patient factors – there are few comparative efficacy data to guide choice at the time of writing. **Quetiapine** probably has best supporting data^{33–35} but there is no evidence of superiority over aripiprazole or olanzapine. Supporting data for levetiracetam, nimodipine, thyroxine and topiramate are rather limited. SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor.

Table 2.10 Established treatments for bipolar depression (listed in alphabetical order)

Drug/regime	Comments
Lamotrigine ^{1,11–17}	Lamotrigine appears to be effective both as a treatment for bipolar depression and as prophylaxis against further episodes. It does not induce switching or rapid cycling. It is as effective as citalopram and causes less weight gain than lithium. Overall, the effect of lamotrigine is modest, with numerous failed trials.^{18,19} It may be useful as an adjunct to lithium²⁰ or as an alternative to it in pregnancy.²¹ A recent trial²² suggests robust efficacy when combined with quetiapine Treatment is somewhat complicated by the small risk of rash, which is associated with speed of dose titration. The necessity for titration may limit clinical utility A further complication is the question of dose: 50 mg/day has efficacy, but 200 mg/day is probably better. In the USA, doses of up to 1200 mg/day have been used (mean around 250 mg/day). Plasma concentrations (only the range for anticonvulsant effects is known) may guide the need for higher doses
Lithium ^{1,11,23–25}	Lithium is probably effective in treating bipolar depression but supporting data are methodologically questionable.²⁶ There is some evidence that lithium prevents depressive relapse but its effects on manic relapse are considered more robust. There is fairly strong support for lithium in reducing suicidality in bipolar disorder^{27,28}
Lurasidone	Three RCTs show good effect for lurasidone either alone²⁹ or as an adjunct to mood stabilisers.^{30,31} A further RCT reported good outcome in bipolar depression with sub-syndromal hypomanic symptoms.³² Pooled analysis suggests response is dose-related.³³ Not licensed for bipolar depression in the UK (but is licensed in the USA) at the time of writing
Latuda	

Table 2.10 Established treatments for bipolar depression (listed in alphabetical order)

Drug/regime	Comments
Mood stabiliser + antidepressant ^{34–40}	Antidepressants are still widely used in bipolar depression, particularly for breakthrough episodes occurring in those on mood stabilisers. They have been assumed to be effective, although there is a risk of cycle acceleration and/or switching. Studies suggest mood stabilisers alone are just as effective as mood stabilisers/antidepressant combination although sub-analysis suggested higher doses of antidepressants may be effective.^{41–43} Tricyclics and MAOIs are usually best avoided. SSRIs are generally recommended if an antidepressant is to be prescribed. Venlafaxine and bupropion (amfebutamone) have also been used. Venlafaxine may be more likely to induce a switch to mania^{44,45} Continuing antidepressant treatment after resolution of symptoms may protect against depressive relapse,^{46,47} although only in the absence of a mood stabiliser.⁴⁸ At the time of writing, there is no consensus on whether or not to continue antidepressants long term.⁴⁹ The most recent findings suggest that switch rates are no higher with sertraline alone than with lithium + sertraline⁵⁰
Olanzapine +/- fluoxetine ^{11,26,51–54}	This combination (Symbyax[®]) is more effective than both placebo and olanzapine alone in treating bipolar depression. The dose is 6 and 25 mg or 12 and 50 mg/day (so presumably 5/20 mg and 10/40 mg are effective). May be more effective than lamotrigine. Reasonable evidence of prophylactic effect. Recommended as first-line treatment by NICE⁹ Olanzapine alone is effective when compared with placebo,⁵⁵ but the combination with fluoxetine is more effective. (This is possibly the strongest evidence for a beneficial effect for an antidepressant in bipolar depression)
Quetiapine ^{56–60}	Five large RCTs have demonstrated clear efficacy for doses of 300 mg and 600 mg daily (as monotherapy) in bipolar I and bipolar II depression. A later study in Chinese patients demonstrated the efficacy of 300 mg/day⁶¹ in bipolar I depression. May be superior to both lithium and paroxetine Quetiapine also prevents relapse into depression and mania^{62,63} and so is one of the treatments of choice in bipolar depression. It appears not to be associated with switching to mania
Valproate ^{1,11,64–68}	Limited evidence of efficacy as monotherapy but recommended in some guidelines. Several very small RCTs but many negative, however meta-analyses do support antidepressant efficacy.⁶⁷ Probably protects against depressive relapse but database is small

MAOI, monoamine oxidase inhibitor; RCT, randomised controlled trial; SSRI, selective serotonin reuptake inhibitor.

Table 2.11 Alternative treatments for bipolar depression – refer to primary literature before using

Drug/regime	Comments
Antidepressants ^{69–77}	‘Unopposed’ antidepressants (i.e. without mood-stabiliser protection) are generally to be avoided in bipolar depression because of the risk of switching. There is also evidence that they are relatively less effective (perhaps not effective at all) in bipolar depression than in unipolar depression although dose may be critical. ⁴³ Short-term use of fluoxetine, venlafaxine and moclobemide seems reasonably effective and safe even as monotherapy. A meta-analysis suggested a large effect size for tranylcypromine in the absence of any risk of switching. ⁷⁸ Overall, however, unopposed antidepressant treatment should be avoided, especially in bipolar I disorder ⁴⁹
Carbamazepine ^{1,11,79}	Occasionally recommended but database is poor and effect modest. May have useful activity when added to other mood stabilisers
Cariprazine ⁸⁰	One RCT suggests that cariprazine at 1.5 mg/day is effective in bipolar I depression
Pramipexole ^{81,82}	Pramipexole is a dopamine agonist which is widely used in Parkinson’s disease. Two small placebo-controlled trials suggest useful efficacy in bipolar depression. Effective dose averages around 1.7 mg/day. Both studies used pramipexole as an adjunct to existing mood-stabiliser treatment. Neither study detected an increased risk of switching to mania/hypomania (a theoretical consideration) but data are insufficient to exclude this possibility. Probably best reserved for specialist centres

RCT, randomised controlled trial.

Table 2.12 Other possible treatments for bipolar depression – seek specialist advice before using

Drug/regime	Comments
Aripiprazole ^{83–86}	Limited support from open studies as add-on treatment. RCT negative. Possibly not effective
Gabapentin ^{1,87,88}	Open studies suggest modest effect when added to mood stabilisers or antipsychotics. Doses average around 1750 mg/day. Anxiolytic effect may account for apparent effect in bipolar depression
Inositol ⁸⁹	Small, randomised, pilot study suggests that 12 g/day inositol is effective in bipolar depression
Ketamine ^{90–93}	A single IV dose of 0.5 mg/kg is effective in refractory bipolar depression. Very high response rate. Dissociative symptoms common but brief. Risk of ulcerative cystitis if repeatedly used
Mifepristone ^{94,95}	Some evidence of mood-elevating properties in bipolar depression. May also improve cognitive function. Dose is 600 mg/day
Modafinil ^{96,97}	One positive RCT as adjunct to mood stabiliser. Dose is 100–200 mg/day. Positive RCT with armodafinil 150 mg/day
Omega-3 fatty acids ^{98,99}	One positive RCT (1 g/2 g a day) and one negative (6 g a day)
Riluzole ^{100,101}	Riluzole shares some pharmacological characteristics with lamotrigine. Database is limited. The only RCT found no evidence of efficacy ¹⁰²
Thyroxine ¹⁰³	Limited evidence of efficacy as augmentation. Doses average around 300 µg/day. One failed RCT ¹⁰⁴
Zonisamide ^{105–108}	Supported by several open-label studies. Dose is 100–300 mg/day

IV, intravenous; RCT, randomised controlled trial.

Box 2.1 NICE recommendations for prophylaxis of bipolar disorder³¹

- When planning long-term pharmacological interventions to prevent relapse, take into account drugs that have been effective during episodes of mania or bipolar depression. Discuss with the person whether they prefer to continue this treatment or switch to lithium, and explain that lithium is the most effective long-term treatment for bipolar disorder.
- Offer lithium as a first-line, long-term pharmacological treatment for bipolar disorder and: if lithium is insufficiently effective, consider adding valproate; if lithium is poorly tolerated, consider valproate or olanzapine instead, or if it has been effective during an episode of mania or bipolar depression, quetiapine.
- Do not offer valproate to women of child-bearing potential.
- Discuss with the person the possible benefits and risks of each drug for them.
- The secondary care team should maintain responsibility for monitoring the efficacy and tolerability of antipsychotic medication until the person's condition has stabilised.
- Before stopping medication, discuss with the person how to recognise early signs of relapse and what to do if symptoms recur.
- If stopping medication, do so gradually and monitor for signs of relapse.
- Continue monitoring symptoms, mood and mental state for 2 years after stopping medication. This may be undertaken in primary care.

Box 2.2 Summary: prophylaxis in bipolar disorder

First line: lithium

Second line: *valproate, olanzapine, aripiprazole, risperidone or quetiapine

Third line: alternative antipsychotic that has been effective during an acute episode, carbamazepine, lurasidone, lamotrigine

- Always maintain successful acute treatment regimes (e.g. mood stabiliser + antipsychotic) as prophylaxis.
- Avoid long-term antidepressants if possible.

*Not in women of child-bearing potential.

Table 64-12a Side Effects of Lithium and Commonly Used Anticonvulsants, I: Life-Threatening

	At Therapeutic Levels		At Toxic Levels
	Idiopathic	Dose-Related	Dose-Related
Lithium			Renal failure Encephalopathy
CBZ	Agranulocytosis* Aplastic anemia* Stevens-Johnson*		
VPA	Hepatic necrosis	Thrombocytopenia	Thrombocytopenia
LMT	Stevens-Johnson*		

*Typically during first 1-6 months of treatment.

Table 64-12b Side Effects of Lithium and Commonly Used Anticonvulsants, II: Clinically Significant Side Effects

	Lithium	CBZ	VPA	LMT
Neurologic/muscular	Lethargy Memory (anomia) Tremor* Myoclonus	Lethargy Blurred vision Ataxia*	Lethargy Depression Tremor* Ataxia	Lethargy Ataxia Blurred vision Headache
Endocrine/metabolic	Weight gain* Hypothyroidism		Weight gain*	
Cardiopulmonary			Thrombocytopenia	
Hematologic				
Renal	Polyuria			
Hepatic		Jaundice	Jaundice	
Gastrointestinal	Nausea* Diarrhea*	Nausea*	Nausea*	Nausea*
Dermatologic	Maculopapular rash Psoriasis Acne	Maculopapular rash Alopecia	Maculopapular rash	Maculopapular rash
Other			Back pain	

*Most common reasons in our experience for noncompliance.

Table 64-12c Side Effects of Lithium and Commonly Used Anticonvulsants, III: Subclinical Laboratory Abnormalities

	Lithium	CBZ	VPA	LMT
Neurologic/muscular				
Endocrine/metabolic	Increased TSH	Decreased FTI		
Cardiopulmonary	EKG T-wave depression			
Hematologic	Leukocytosis (to 20,000)	Leukopenia	Thrombocytopenia (OK > 20,000)	
Renal	Decreased urine specific gravity, GFR			
Hepatic		Increased LFTs	Increased LFTs	

