

211118 Kaksisuuntainen mielialahäiriö- bipolaaritauti

Vaj juha kemppinen

Ida Kemppinen
2001 (8v)



Juha KT Kemppinen, vastualuejohtaja, VKS psykiatria
kliininen opettaja, Turun yliopisto
päihdepsykiatri, LL,YTM (pääaine sosiologia)
psykiatrian ja yleislääketieteen erikoislääkäri,
päihdelääketieteen erityispätevyys
erityistason ratkaisukeskeinen psykoterapiakoulutus
hallinnon pätevyys (SPYn mt-johtamisen kurssi)
tuotantotalouden väitöskirja valmistumassa
Lean Six Sigma Black Belt valmistumassa

Juha.kemppinen@vshp.fi

GSM 040-1993959
www.juhakemppinen.fi

211118 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

- Agenda:
- 0. Yleistä bipolaaritaudista
- 1. Diagnostiset kriteerit bipolaaritaudille
- 2. Sairaudentaku ja omahoito
- 3. Bipolaaritaudin hoito
- 4. Kysymyksiä?

Vaj juha kemppinen

0. YLEISTÄ BIPOLAARITAUDISTA

2013 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.

2013 Käypä Hoito- suositus

- Keskeinen sanoma

- Hoidossa keskeisintä on ehkäistä jaksojen uusiutumista.
- 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.
- Tiedon jakaminen sairaudesta ja sen hoidosta sekä varhaisoireiden tunnistamisen opetus potilaalle ja hänen perheenjäsenilleen lisäävät hoidon vaikuttavuutta.
- Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien diagnosointi ja akuuttivaiheiden hoito toteutetaan pääsääntöisesti psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Vakiintuneessa vaiheessa hoito toteutetaan yksilöllisen harkinnan perusteella erikoissairaanhoidossa, työterveyshuollossa tai perusterveydenhuollossa. Eri hoitotahojen välinen yhteistyö on tärkeää.

Vaj juha kemppinen

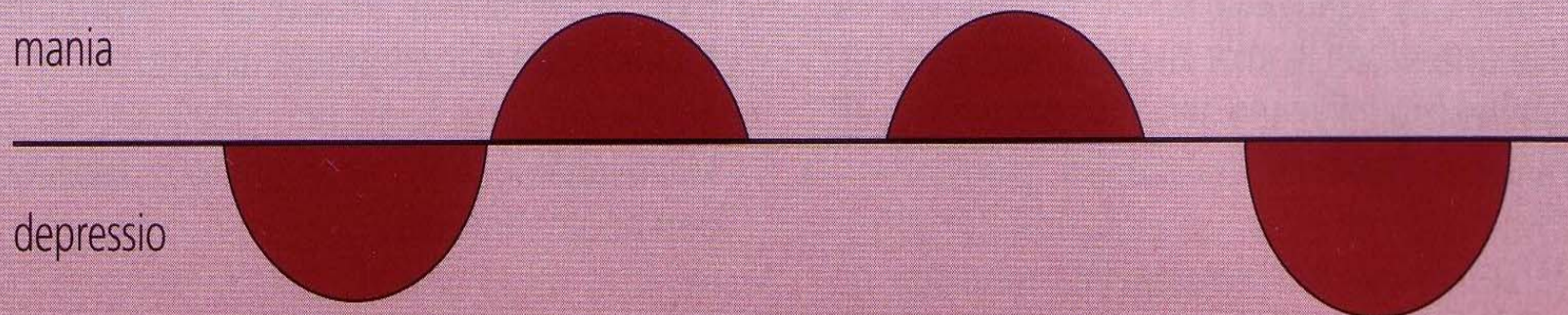
1. DIAGNOSTISET KRITEERIT BIPOLAARITAUDILLE

Häiriötyypit

- Tyypin I kaksisuuntainen mielialahäiriö
- Tyypin II kaksisuuntainen mielialahäiriö
- Mielialan aaltoiluhäiriö eli syklotymia
- Kemiallisen aineen/lääkkeen aiheuttama kaksisuuntainen mielialahäiriö
- Ruumiillisen sairauden aiheuttama kaksisuuntainen mielialahäiriö
- Muu tarkemmin määritelty kaksisuuntainen mielialahäiriö
- Määrittämätön kaksisuuntainen mielialahäiriö

tyyppi I kaksisuuntainen mielialahäiriö

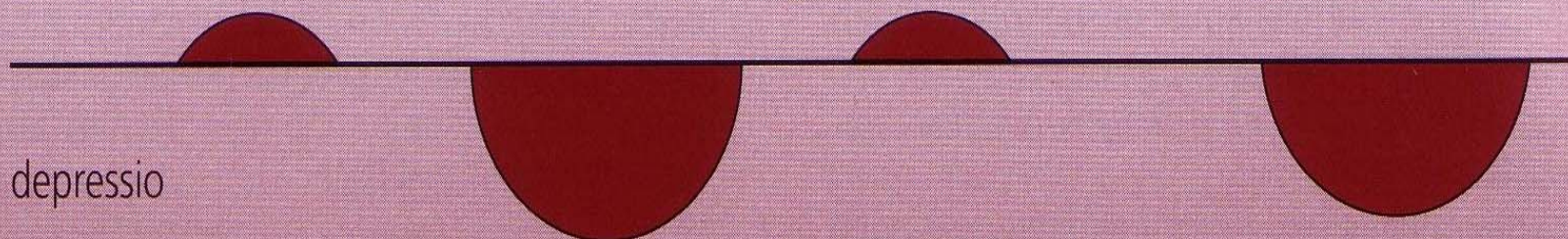
yksi mania riittää → BPI-dg



tyyppi II kaksisuuntainen mielialahäiriö

hypomania

depressio



Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyviä käsitteitä

- Sairausjakso** (episode) voi koostua yhdestä tai useammasta vaiheesta (phase).

- Kaksisuuntainen (**bipolaarinen**) mielialahäiriö eroaa tavallisesta yksisuuntaisesta (unipolaarisesta) mielialahäiriöstä siten, että siinä esiintyy pelkkien masennusjaksojen lisäksi myös manioita, hypomanioita sekä erilaisia sekamuotoisia sairausjaksoja tai -vaiheita.

- Yksivaiheisella (monofaasisella)** sairausjaksolla tarkoitetaan sairausjaksoa, jossa sairausvaiheen jälkeen **seuraa remissio- eli toipumisvaihe**.

- Kaksi tai monivaiheisilla** (bi- tai polyfaasisilla) sairausjaksoilla tarkoitetaan yhtenäisiä sairausjaksoja, joiden aikana ilmenee **kaksi tai useampia sairausvaiheita välittömästi peräkkäin**. Esimerkiksi kaksivaiheisen sairausjakson aikana maniavaihetta voi seurata välittömästi masennusvaihe tai päinvastoin.

- Sairausjaksojen välissä olevaa aikaa nimitetään remissiovaiheeksi. **Remissio eli toipuminen** voi olla **täydellistä** (ei oireita) tai **osittaista** (sairausvaiheiden kriteerit eivät täyty, mutta **esi- tai jälkioireita** esiintyy).

- Tyypin I kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy manioita **tai sekamuotoisia vaiheita** tai kumpiakin depressiivisten, depressiivisten sekamuotoisten ja hypomaanisten sairausvaiheiden ohella.

- Tyypin II** kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä esiintyy **vain depressiivisiä ja hypomaanisia sairausvaiheita tai oireita**; koskaan ei ole ollut manioita tai maniaoireita sisältäviä sekamuotoisia vaiheita. Jos sellaisia ilmaantuu, diagnoosi muuttuu tyyppi I:ksi.

Perintötekijöiden osuus

- Perintötekijöiden merkittävä osuus on osoitettu vakuuttavasti tyypin 1 kaksisuuntaisen mielialahäiriön osalta [44]: ne selittävät 79–93 % tyypin 1 häiriön esiintyvyyden vaihtelusta väestössä [45].
- Myös tyypin 2 kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy perinnöllistä alttiutta [46].
- Yksilötasolla perintötekijöiden todennäköistä osuutta voidaan arvioida mielialahäiriöiden sukuhistorian valossa.
- Henkilöillä, joiden ensiasteen sukulaisella on tyypin 1 kaksisuuntainen mielialahäiriö, sairastumisriski on muuhun väestöön nähden 5–10-kertainen [47].

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 sairaalaanhoitoon.

- 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

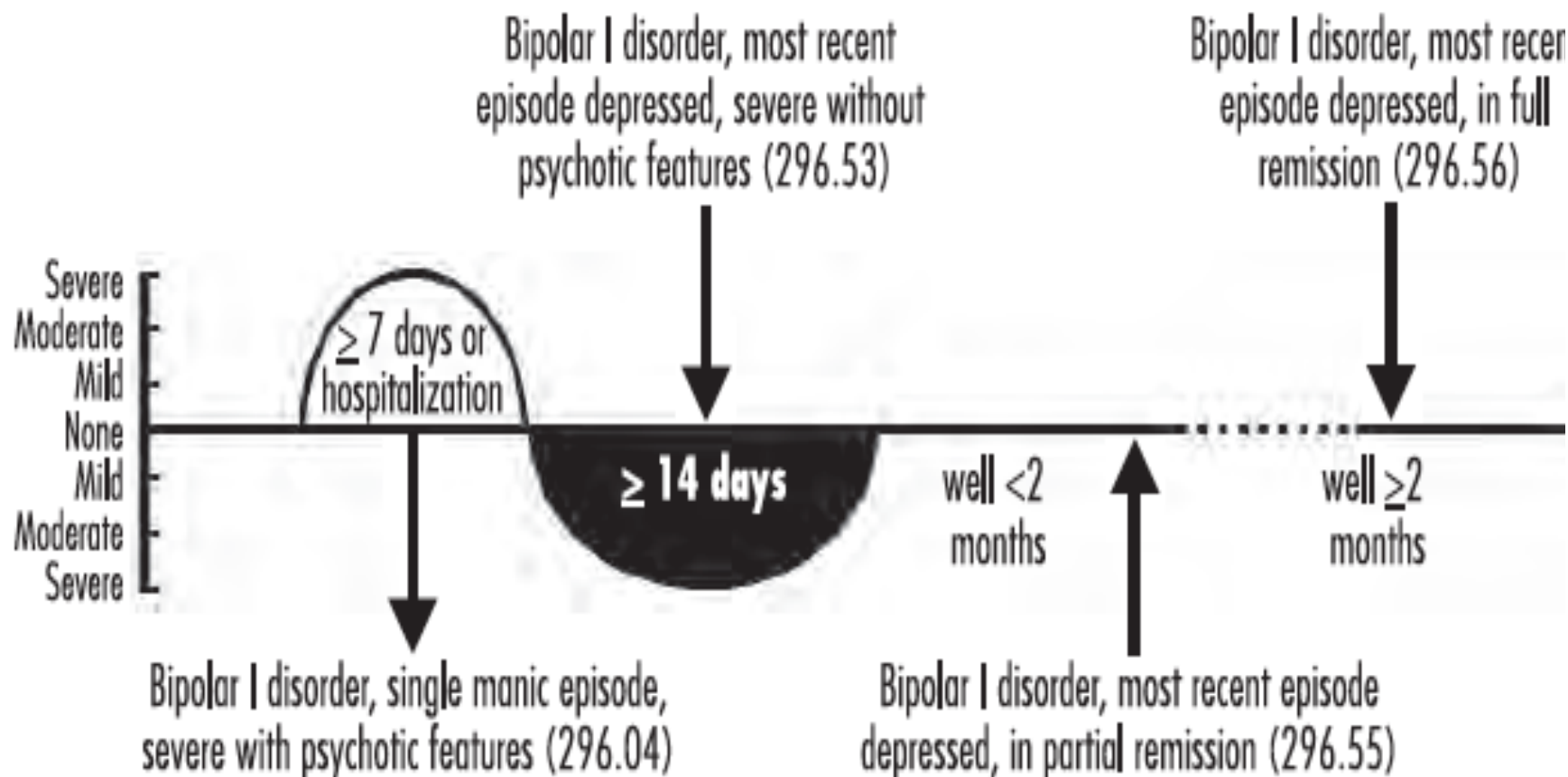
Taulukko 2

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

Aikajanan piirtäminen auttaa



URE 2-1. Evolution of bipolar I disorder.

Aikajanan piirtäminen auttaa

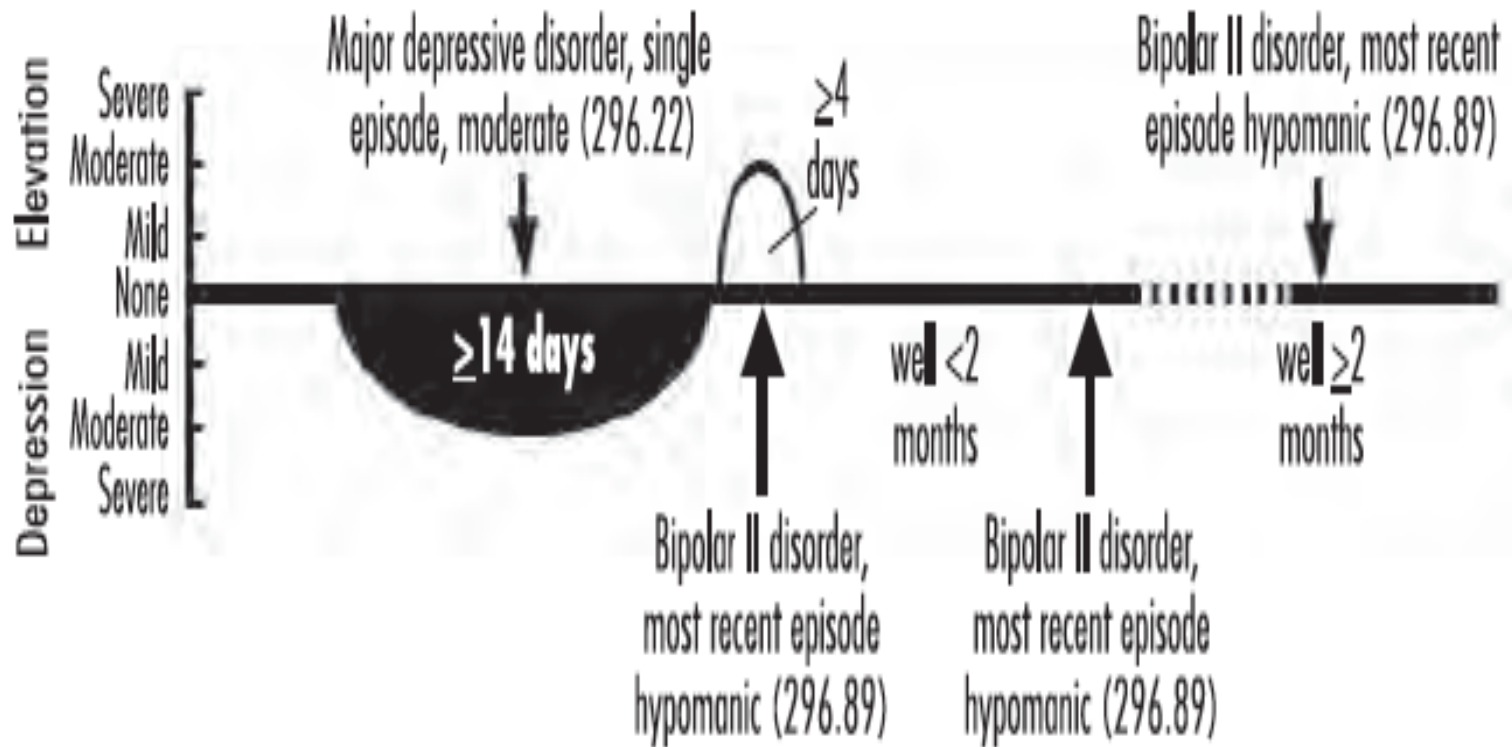


FIGURE 2-2. Evolution of bipolar II disorder.

Taulukko 6.4. Tyypin II kaksisuuntaisen mielialahäiriön keskeiset piirteet.

- Esiintyy suvuittain.
- Ensimmäiset esioireet tyypillisesti teini-ikäisenä.
- Sairauden varsinainen puhkeaminen 20–30 vuoden iässä.
- Toistuvia hypomaanisia sekä vakavan masennuksen jaksoja.
- Sairaudentuvaa hallitsevat masennusjaksot.
- Taipumus mielialan labiliteettiin myös sairausepisodien välillä.
- Noin 5–15% diagnoosin saaneista myöhemmin tyyppiä I.
- Sekundaarinen päihdeongelma yleinen.
- Itsemurhariski suuri kuten muissakin vakavissa mielialahäiriöissä.
- Kroonistuminen tavallista.
- Hoitokontaktit yleensä vain masennuksen tai päihdeongelman vuoksi.

MADRS

Montgomery – Åsberg: Depression Rating Scale

NIMI

SYNT.AIKA

PÄIVÄYS

1.

Huomioitu alakuloisuus

Tarkoittaa emotionaalisen perusvireen alentumista (erotukseksi tilanteesta johtuvista tunnetiloista). Käsittelee synkkyyden, raskasmielisyyden ja alakuloisuuden, mitkä käyvät ilmi ilmeistä, asennoista ja liikehinnasta.

Arviointi perustuu siihen kuinka ilmeinen alakuloisuus ym. on sekä siihen kuinka helposti potilas on johdeltavissa muihin asioihin.

Kohonnut mieliala luokitellaan nolllaksi.

0 Neutraali mieliala.

1 Näyttää koko ajan alakuloiselta, mutta voi tilapäisesti tulla valoisammalle tuulelle.

2 Näyttää alakuloiselta ja onnettomalta puheenaheesta riippumatta.

3 Ilmaisee läpikotaisesti, äärimmäistä synkkyyttä, raskasmielisyyttä tai epätoivoista onnettomuuden tunnetta.

pisteet 0 – 6

2.

Ilmoitettu alakuloisuus

Tarkoittaa masennuksen tunnetta huolimatta siitä näkykö se päällepäin vai ei. Käsittelee murheellisuuden, onnettomuuden, raskasmielisyyden, toivottomuuden ja avuttomuuden tunteet.

Arviointi perustuu tunteen voimakkuuteen ja kestoon sekä siihen kuinka paljon ulkoiset tekijät vaikuttavat mielentilaan.

Kohonnut mieliala luokitellaan nolllaksi.

0 Neutraali mielentila. Voi tuntea sekä tilapäistä hilpeyttä että aputta olosuhteiden mukaan, ilman painoa kumpankaan 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.

pisteet 0 – 6

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 kestoon sekä avun tarpeen suuruuteen.

Pidettävä erillään alakuloisuudesta sekä huolestuneisuudesta.

0 Enimmäkseen rauhallinen.

1 Tilapäisiä epämiellyttävää psyykkisen jännityksen tunteita.

2 Jatkuva sisäinen levottomuuden tunne, joka toisinaan kehityy paniikiksi, joka vain vaivoin on hillittävissä.

3 Pitkäaikaisia paniikinomaisia ahdistuskohtauksia. Valtitseva kauhuntuunne tai ahdistava kuolemanpelko, jota (potilas) ei yksin pysty hallitsemaan.

pisteet 0 – 6

4. VÄHENTYNYT YÖUNI

Tarkoittaa lyhentynyttä tai liaksi keventynyttä unta tavallisiin nukkumatapoihin verrattuna. Lisääntynyt uni luokitellaan nolllaksi.

Arviointi perustuu siihen kuinka ilmeinen alakuloisuus ym. on sekä siihen kuinka helposti potilas on johdeltavissa muihin asioihin.

0 Nukkuu tavalliseen tapaan.

1 Kohtuullisia vaikeuksia päästä uneen, tai lyhyempi, pinnallisempi tai rauhattomampi uni kuin tavallisesti.

2 Lyhentynyt nukkuma-aika (vähintään kaksi tuntia vähemmän kuin tavallisesti). Herää usein yön aikana myös ilman ulkoisia häiriöitä.

3 Nukkuu öisin vähemmän kuin kaksi – kolme tuntia kaikkiaan.

pisteet 0 – 6

5. VÄHENTYNYT RUOKAHALU

Tarkoittaa sitä, että ruokahalu tuntuu huonommalta kuin tavallisesti.

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 maanittelu. Kieltäytyy kokonaan syömästä.

pisteet 0 – 6

MADRS

Montgomery – Åsberg: Depression Rating Scale

6. KESKITTÄMISVAIKEUDET

Tarkoittaa vaikeuksia koota ajatuksensa ja keskittyä. Arviointi perustuu voimakkuuteen, taajuuteen sekä siihen missä määrin eri toiminnot vaikeutuvat.

Pidettävä erillään muistihäiriöistä ja häiriöistä ajatuksen juoksussa.

0 Ei keskittymisvaikeuksia.

1 Tilapäisiä vaikeuksia pitää ajatukset koossa esim. lukiessa tai televisiota katsellessa.

2 Selviä keskittymisvaikeuksia, jotka vaikeuttavat lukemista tai keskustelua.

3 Jatkuvia invalidisioivia keskittymisvaikeuksia.

pisteet 0 – 6

7. ALOITEKYVYTTÖMYYS

Tarkoittaa omakohtaista tunnetta aloitekyvyttömyydestä sekä siitä, että on voitettava vastus ennen kuin voi ryhtyä toimiin.

Pidettävä erillään päättämättömyydestä ja väsymisestä.

0 Ei minkäänlaisia vaikeuksia käydä uusiin toimiin käsiksi.

1 Lieviä alkuvaikeuksia.

2 Vaikea ryhtyä yksinkertaisiin rutiinitehtäviin, nämä vaativat suuria ponnistuksia.

3 Kyvytön ryhtymään yksinkertaisimpiinkin puuhiin. Ei pysty aloittamaan mitään toimintaa omin neuvoin.

pisteet 0 – 6

8. VÄHENTYNYT KYKY KOKEA TUNNE-ELÄMYKSIÄ

Tarkoittaa vähentynyttä kiinnostusta ulkomaailmaa tai tavallisesti huvia ja iloa tuottavia toimintoja kohtaan. Subjektioivinen kyvyttömyys tunnereaktioihin lähiympäristön ihmisiä ja tapahtumia kohtaan.

0 Normaalisti kiinnostunut ulkomaailmasta ja toisista ihmisistä.

1 Vaikea tuntea huvia siitä mikä tavallisesti kiinnostaa. Vähentynyt kyky suuttua tai ärsyntyä.

2 Mielenkiinto ulkomaailmaa kohtaan puuttuu. Ystävät ja tuttavat tuntuvat samantekevilä.

3

6 Täysin kyvytön tuntemaan adekvaattia surua tai vihaa. Täydellinen tai tuskallinen välinpitämättömyyden tunne ja kyvyttömyys tuntea mitään edes lähimpiä ihmisiä kohtaan.

pisteet 0 – 6

9. DEPRESSIIVINEN AJATUSTEN SISÄLTÖ

Tarkoittaa kaikenlaisia itsesyytöksiä, kuvitelmia synnistä ja syyllisyydestä, alemmuudesta ja taloudellisesta perikadosta.

0 Ei pessimistisiä ajatuksia.

1 Lyhytaikaisia itsesyytöksiä ja alemmuuden tunteita silloin tällöin.

2 Jatkuvia itsesyytöksiä. Selkeitä, mutta ei kohtuuttomia mietteitä synnistä tai syyllisyydestä. Selvästi ilmaistu pessimistinen näkemys tulevaisuudesta.

3 Absurdeja kuvitelmia taloudellisesta perikadosta ja anteeksiantamattomista synneistä. Absurdeja itsesyytöksiä.

pisteet 0 – 6

10. ELÄMÄÄN KYLLÄSTYNEISYYS JA ITSEMURHA-AJATUKSIA

Tarkoittaa elämään kyllästymistä, kuolemantöivomuksia, itsemurha-ajatuksia sekä itsemurhahavittelua. Mahdolliset itsemurhayritykset eivät sinänsä vaikuta luokitukseen.

0 Tavanomainen elämänhalu. Ei itsemurha-ajatuksia.

1 Elämään kyllästynyt, mutta ei ollenkaan tai vain epämääräisiä toiveita kuolla.

2 Itsemurha-ajatuksia esiintyy, ja itsemurha on ajateltavissa oleva ratkaisu, mutta ilman selkeitä itsemurha-aikeita.

3 Selvästi ilmaistuja aikeita tehdä itsemurha tilaisuuden tullen. Aktiivisia itsemurhahavittelua.

pisteet 0 – 6

0-7 p = ei oireita

8-14 p = masennusoireita

15-24 p = lievä masennus

25-30 p = keskivaikea

31-43 p = vaikea

>44 p = erittäin vaikea

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 ollut oma itsenne ja ...

a) tunsitte olonne niin hyväksi tai niin kiihtyneeksi, että muidenkaan mielestä ette ollut 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 puheliaampi 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	

TAULUKKO 1. ICD-10:n mukaiset hypomanian, manian, masennusjakson ja sekamuotoisen jakson diagnostiset kriteerit hieman lyhennettyinä ja muokattuna selkeyden vuoksi.

Häiriö	Diagnostiset kriteerit
Hypomania	A. Mieliala on koholla tai ärtyisä asianomaiselle poikkeuksellisella tavalla vähintään neljän päivän ajan. B. Esiintyy vähintään kolme seuraavista oireista siten, että ne aiheuttavat ainakin jonkinasteista toimintakyvyn häiriintymistä: 1. toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus 2. puheliaisuuden lisääntyminen 3. hajanaisuus tai keskittymisvaikeudet 4. unen tarpeen väheneminen 5. seksuaalinen halukkuuden lisääntyminen 6. lievä rahojen tuhlailu tai muu vastuuton käytös 7. seurallisuuden tai tuttavallisuuden lisääntyminen C. Häiriö ei täytä manian, kaksisuuntaisen mielialahäiriön, masennusjakson, mielialan aaltoiluhäiriön tai anorexia nervosan kriteereitä. D. Häiriö ei liity psykoaktiivisten aineiden käyttöön tai elimelliseen aivo-oireyhtymään.

Mania

A. Mieliala on enimmäkseen koholla, poikkeuksellisen avoin (ekspansiivinen) tai ärtynyt ja selvästi tavanomaisesta poikkeava asianomaiselle. Mielialan muutos on huomattava ja se on kestänyt vähintään viikon ajan. (Tätä lyhyempi aika riittää, mikäli muutos on niin huomattava, että tarvitaan hoitoa sairaalassa.)

B. Vähintään kolme (tai neljä, mikäli mieliala on ainoastaan ärtynyt) seuraavista oireista siten, että ne aiheuttavat vakavan päivittäisen toimintakyvyn häiriintymisen:

1. toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus
2. puheliaisuuden lisääntyminen (puhetulva)
3. ajatuksenriento tai tunne siitä, että ajatustoiminta on kiihtynyt
4. tavanomaisten sosiaalisten käytöstapojen häviäminen siten, että esiintyy olosuhteisiin nähden epäasiallista käyttäytymistä
5. unen tarpeen väheneminen
6. itsetunnon kohoaminen tai kuvitelmat omista kyvyistä tai suuruudesta (grandiositeetti)
7. keskittymiskyvyttömyys tai jatkuvat muutokset toiminnassa tai suunnitelmissa
8. uhkarohkea tai vastuuton käyttäytyminen, jonka riskejä henkilö ei tunnista (esimerkiksi tuhlaileva ilonpito, hurjat seikkailut tai vastuuton ajotapa)
9. lisääntynyt seksuaalinen halukkuus tai seksuaalinen holtittomuus

C. Ei esiinny aistiharhoja tai harhaluuloja (havaintohäiriöitä, kuten kuulon terävöitymistä tai värien näkemistä kirkkaampina saattaa esiintyä).

D. Häiriö ei liity psykoaktiivisten aineiden käyttöön tai elimelliseen aivo-oireyhtymään.

Masennusjakso

A. Masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan.

B. Todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista:

1. masentunut mieliala suurimman osan aikaa
2. kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää
3. vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys

C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteenlaskettuina) vähintään neljä:

4. itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen
5. perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset
6. toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen
7. subjektiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jahkailuna
8. psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu
9. unihäiriöt
10. ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos

Lievässä masennustilassa oireita on 4–5, keskivaikeassa 6–7 ja vaikeassa 8–10 ja kaikki kohdasta B.

Sekamuotoinen jakso

Hypomaaniset, maaniset ja masennusoireet esiintyvät samanaikaisesti tai hyvin tiheästi vaihdellen. Aiemmin on ollut ainakin yksi mielialahäiriön jakso, ja ajankohtaisen jakson aikana sekä maanisia että masennusoireita on esiintynyt suurimman osan aikaa vähintään kahden viikon ajan.

Taulukko 1. **Masennustilan oireet.** Masennustilan diagnoosi edellyttää vähintään neljän taulukossa mainitun oireen esiintymistä yhtä aikaa ainakin kahden viikon ajan. Vähintään kaksi oireista 1–3 on oltava mukana näissä neljässä.

1	Masentunut mieliala
2	Mielihyvän menetys
3	Uupumus
4	Itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys
5	Kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyydentunne
6	Toistuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käytös
7	Päättämättömyyden tai keskittymiskyvyttömyyden tunne
8	Psykomotorinen hidastuminen tai kiihtyneisyys
9	Unihäiriö
10	Ruokahalun ja painon muutos

Hypomania

- Hypomania
- Hypomaniaa luonnehtii selvästi havaittava mielialan nousu ja samanaikainen tarmon ja toimeliaisuuden kasvu. Siihen ei liity vakavaa toimintakyvyn laskua. Hypomaanisen sairausvaiheen diagnoosi edellyttää paitsi hypomaanista mielialaa, myös muiden hypomaanisten oireiden esiintymistä vähintään neljän vuorokauden ajan. Keskeistä on, että oireet esiintyvät yhtäaikaaisesti eivätkä ole reaktio johonkin tilanteeseen tai päihteen käyttöön ja eroavat selvästi potilaan tavanomaisesta mielentilasta.
- Hypomaaninen mieliala on kohonnut tai ärtyisä. Potilaan tunnevirettä luonnehtii yleensä korostunut ja suhteeton hyväntuulisuus, joka jatkuu pysyvänä mielenvireenä vuorokausien ajan olosuhteista riippumatta. Mieliala voi olla myös jatkuvasti tai vaihtelevasti ärtyisä, korostuen erityisesti tilanteissa, joissa hän kohtaa rajoituksia ja esteitä. Hypomaaniseen mielialaan liittyy hypomaniassa samanaikaisesti vähintään kolme alla olevista seitsemästä oireesta:

Hypomania

- 1. *Toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus.* Potilas on korostuneen toimelias ja poikkeuksellinen aloitteellinen päiväkausien ajan. Hän voi lyhyessä ajassa aloittaa suuren määrän erilaisia uusia aktiviteetteja. Lyhytkestoinenkin toimettomuus ikävystyttää häntä. Hypomaaninen aktiivisuus voi olla joskus ammatillisesti ja sosiaalisesti myönteistä, mutta se on yleensä huonosti harkittua ja impulsiivisesti toteutettua ja jää usein kesken huomion siirryttyä seuraavaan kohteeseen. Mitä lähemmäksi varsinaista maniaa mieliala muuttuu, sitä huonompi potilaan harkintakyky on ja sitä suuremmaksi kasvaa riski toiminnan haitallisista seurauksista.
- 2. *Puheliaisuuden lisääntyminen* on tyypillinen hypomanian piirre. Potilaalla on usein tunne ajatustoimintojen nopeutumisesta: uusia ajatuksia ja ideoita syntyy nopeasti ja taukoamatta. Hän on vuorovaikutustilanteissa vuolaspuheinen ja usein dominoi keskustelua.
- 3. *Keskittymisvaikeudet ja häiriöherkkyys* heijastavat potilaan toiminnanohjauksen häiriöitä sekä koettua ajatusten ja aistimusten tulvaa. Potilaan tarkkaavuus siirtyy helposti kohteesta ja aiheesta toiseen. Hänen on vaikea keskittää huomiota yhteen asiaan ja säilyttää toimintansa päämäärätietoisena hyppimättä asiasta ja toiminnasta toiseen.

Hypomania (jatkuu)

- 4. *Unen tarpeen väheneminen* on keskeinen hypomanian oire. Potilas nukkuu useita tunteja (yli 2 t) vähemmän kuin tavallisesti eikä herättyään tai päivisin tunne olevansa väsynyt. Hänestä voi tuntua, että nukkumiseen ei jää aikaa muiden toimintojen vuoksi, eikä uni tunnu tarpeelliselta.
- 5. *Seksuaalisen kiinnostuksen ja halukkuuden kasvua* esiintyy usein hypomaniassa. Voi esiintyä sekä lisääntyvää kiinnostusta seksuaalisten suhteiden luomiseen – usein myös parisuhteen ulkopuolella – että lisääntyntä halukkuutta seksuaalisen kanssakäymiseen näissä suhteissa.
- 6. *Lievä rahojen tuhlailu tai muu vastuuton käytös*. Potilas käyttäytyy tavalla, joka poikkeaa hänen moraalinormistostaan ja elämäntavoistaan. Hän voi käyttää huomattavia summia erilaisten tarpeettomienkin tavaroiden hankkimiseen, kuluttaa impulsiivisesti rahaa huvitteluun esimerkiksi perheen huoltajuuden kustannuksella tai ottaa riskejä, joita ei normaalissa mielentilassaan olisi halukas ottamaan.
- 7. *Lisääntynyt seurallisuus tai tuttavallisuus*. Potilas ei havaitse tavanomaisia sosiaalisen elämän rajoituksia tai kiinnitä niihin huomiota. Hän etsii seuraa, ärsykeitä ja toimintaa, luo usein nopeasti puhekontaktin ventovieraiden henkilöiden kanssa ja käyttäytyy näissä tilanteissa korostuneen tuttavallisesti ja estottomasti.

Mania ilman psykoottisia oireita

- Mania ilman psykoottisia oireita
- Maniassa esiintyy samoja oireita kuin hypomaniassa, mutta voimakkaampina siten, että ne aiheuttavat merkittävää sosiaalista haittaa ja vakavaa toimintakyvyn heikkenemistä. Mania johtaa yleensä psykiatriseen sairaalahoitoon, joskin lieviä manioita ei aina sairaustilaksi tunnisteta. Manian klassisessa muodossa potilaan mieliala on euforisen kohonnut ja toiminta mielialan mukaista. Maanisen potilaan mieliala voi olla myös ärtyisä, ja oireyhtymä on tällöin vaikeammin tunnistettava.
- Manian diagnoosiin edellytetään mielialan muutoksen lisäksi ainakin kolme (neljä, jos mieliala on ärtyisä) seuraavista oireista, joiden on lisäksi pitänyt kestää vähintään viikon tai johtaa sitä lyhyemmässä ajassa sairaalahoitoon toimittamiseen.

Mania ilman psykoottisia oireita

- **1. Toimeliaisuuden lisääntyminen tai fyysinen rauhattomuus.** Lisääntynyt motorinen aktiivisuus on yksi manian ydinoireista, ja se ilmenee siten, että maaninen potilas voi olla jatkuvasti liikkeessä. Potilaalla on suuri määrä erilaisia toimintoja ja suunnitelmia, jotka usein vaativat liikkumista paikasta toiseen ja jotka jäävät usein toteutumatta potilaan huomion jo siirryttyä seuraavaan kiinnostavaan asiaan. Motorinen aktiivisuus ilmenee myös silmin nähtävänä kiihtyneisyytenä ja vilkkautena.
- **2. Puheliaisuuden lisääntyminen tai puhetulva.** Voimakkaasti lisääntynyt verbaalinen aktiivisuus on toinen manian ydinoireista. Potilas puhuu vuolaasti, taukoamatta ja nopeasti, ja puhe syrjähtelee usein asiasta toiseen. Kuuliija saa usein vaikutelman, että potilaalla on ajatuksia enemmän kuin hän ehtii kertoa. Puhe saattaa olla myös vitsailevaa ja koomista sekä sanaleikkejä sisältävää, ja potilas voi naureskella ja huvittaa keskustelukumppaneitaan. Puheen vuolauden vuoksi haastatteliija jää usein vaille suunvuoroa.
- **3. Ajatuksenriento tai tunne kiihtyneestä ajatustoiminnasta.** Potilaan ajatustoiminta on kiihtynyttä, mikä ilmenee subjektiivisena kokemuksena ajatustoiminnan kiihtyneestä nopeudesta ja runsaista miellelyhtymistä. Hypomanian yhteydessä potilas yleensä kokee ajatustoimintansa nopeaksi, teräväksi ja selkeäksi; manian yhteydessä kokemus on jo epämiellyttävä miellelyhtymien tulvan ja kiihtyneisyyden vuoksi. Manian äärimuodoissa potilaalla voi olla skitsofreniaa muistuttavia ajatushäiriöitä, ja hänen puheensa miellelyhtymiä on vaikeaa seurata. Mitä voimakkaammin henkilön ajatustoiminta on kiihtynyt, sitä hajanaisemmaksi ja häiriintymisherkemmäksi se muuttuu.

Mania ilman psykoottisia oireita (jatkuu)

- **4. Sosiaalinen estottomuus.** Maanisen käytöksen luonteenomainen piirre on välinpitämättömyys erilaisista sosiaalisista normeista, ja potilas voi aiheuttaa suurta sosiaalista hämminkiä toteuttaessaan estoitta mieleenjohtumiaan. Hän voi esimerkiksi lähestyä tuttavallisesti johtoasemassa olevia henkilöitä tai käyttäytyä äänekkäästi tilanteissa, joissa hillitty käytös on normi. Estoton käytös poikkeaa tällöin voimakkaasti potilaan tavanomaisesta käytöksestä ja luonnehtii hänen käytöstään koko maanisen jakson ajan.
- **5. Vähentynyt unentarve.** Maniaan liittyy lähes aina merkittävästi (yli 2 tuntia) lyhentynyt yöuni ja vähentynyt unen tarve. Potilas nukkuu tavallisesti vain muutaman tunnin yössä tai valvoo läpi yön tuntematta itseään väsyneeksi. Aamuyön varhaisina tunteina potilas on usein jo täydessä toiminnassa.
- **6. Kohonnut itsetunto tai suuruusmielikuvat.** Potilaan kuva itsestään voi olla vahvasti vääristynyt. Maniaan liittyy tyypillisesti kokemus rajattomasta energiasta ja voimavaroista sekä muista poikkeuksellisista kyvyistä. Potilaan kuvaa itsestään hallitsevat suuruusmielikuvat, jotka hän kokee tosiksi ja jotka ohjaavat hänen toimiaan. Kuva omasta identiteetistä voi olla häiriintynyt.

Mania ilman psykoottisia oireita (jatkuu)

- **7. Häiriöherkkyys tai jatkuvat muutokset toiminnassa tai suunnitelmissa.** Potilas on altis kiinnittämään huomionsa erilaisiin ulkoisiin ärsykkeisiin sekä aloittamaan aina uuden toiminnon tai suunnitelman ja unohtamaan samalla entiset aikeensa. Hän ei pysty keskittymään yhteen asiaan kerrallaan.
- **8. Uhkarohkea tai vastuuton käyttäytyminen, jonka riskejä potilas ei tunnista.** Potilas käyttää esimerkiksi arvostelukyvottomasti suuria summia rahaa ostoksiin ja hankintoihin, jotka ovat ristiriidassa hänen varallisuutensa kanssa. Hän voi ajaa päihtyneenä ja ottaa suuria riskejä liikenteessä, lähteä ajelemaan autolla ulkomaille hetken mielijohteesta, käyttää päihteitä työpaikalla tai aloittaa hetken mielijohteesta suuria liiketoimia. Käyttäytyminen on selvästi poikkeavaa potilaalle luonteenomaiseen käytökseen verrattuna.
- **9. Lisääntynyt sukupuolinen halukkuus tai holtittomuus.** Potilas on usein seksuaalisesti hyvin aktiivinen, ja hän etsii uusia sukupuolisuhteita parisuhteestaan välittämättä. Usein hän saattaa lähestyä muita tavalla, jonka toinen osapuoli kokee tahdittomaksi tai sopimattomaksi.

Psykoottinen mania

- Psykoottinen mania
- Psykoottinen mania on edellä kuvatun manian kaltainen, mutta siinä on lisäksi psykoottisia oireita. Potilaalla on joko harhaluuloja eli deluusioita, tai aistiharhoja eli hallusinaatioita. Nämä oireet eivät kuitenkaan ole skitsofrenialle ominaisten kaltaisia. Ne eivät sisällä esimerkiksi omituisia harhaluuloja, kommentoivia tai keskustelevia ääniharhoja tai ajatusten julkikuulumista. Mikäli näitä oireita esiintyy, ne viittaavat skitsoaffektiivisen psykoosin maaniseen muotoon.
- Psykoottiset oireet jaetaan mielialanmukaisiin ja mielialanvastaisiin. Mielialanmukaisia psykoottisia oireita ovat esimerkiksi suuruusharhaluulot: maaninen potilas voi uskoa tehneensä mullistavan keksinnön, olevansa poliittinen tai uskonnollinen merkkihenkilö tai omaavansa yliluonnollisia kykyjä. Mielialanvastaisia psykoottisia oireita ovat esimerkiksi vainoharhaiset harhaluulot.
- Maniaan liittyvä psykoottinen tila voi joissakin tapauksissa muuttua deliriumin kaltaiseksi sekavuustilaksi, jonka hallitseva oire on äärimmäinen kiihtyneisyys. Maaninen sekavuustila on välitöntä hoitoa vaativa lääketieteellinen hätätilanne, johon liittyy hoitamattomana merkittävä kuolleisuus.

Sekamuotoinen jakso ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakso

- Sekamuotoinen jakso
- Sekamuotoista jaksoa luonnehtii masennusoireiden sekä hypomaanisten tai maanisten oireiden samanaikainen esiintyminen joko nopeasti vuorotellen tai yhtäaikaaisesti vähintään kahden viikon ajan. Oireiden vuorotellessa potilas saattaa esimerkiksi aamulla herätä aikaisin maanisena, mutta hänen mielialansa kääntyy iltaa kohti masentuneeksi ja voi johtaa vaikeaan masennustilaan iltayöstä, minkä jälkeen vointi vaihtelee ääritilojen välillä vuorokaudesta toiseen. Oireiden esiintyessä yhtäaikaisesti potilaan mieliala voi esimerkiksi olla masentunut ja hänen psyykkiset oireensa voivat olla depressiivisiä, mutta samanaikaisesti hänen ajatustoimintansa voi olla kiihtynyttä, puheensa vuolasta ja psykomotoriikkansa agitoitunutta. Sekamuotoisille tiloille on tyypillistä, että potilaan vointi vaihtelee suuresti ja sisältää sekä ääritiloja että vaiheita, joissa molempien jaksojen oireita esiintyy yhtäaikaisesti. Niihin liittyy myös usein voimakasta ahdistuneisuutta.
- Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakso
- Kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjaksojen diagnostiset kriteerit eivät eroa tavallisista masennustiloista. Kliininen kuva eroaa niistä vain hieman, mutta hoito huomattavasti.

TABLE 3–3. Probabilistic approach to bipolar depression proposed by the Task Force on Diagnostic Guidelines of the International Society for Bipolar Disorders

Bipolar I depression more likely if ≥ 5 :		Unipolar depression more likely if ≥ 4 :	
Symptomatology			
Hypersomnia	Nukkuu	Insomnia	Unettomuus
Hyperphagia	Syö	Decreased appetite	Ruokahalu vähentynyt
Psychomotor retardation	"Jähmeä"	Psychomotor agitation	"Levoton"
Other "atypical" symptoms			
Psychosis and/or pathological guilt		Somatic complaints	Ruumiillisia valituksia
Mood lability or manic symptoms			
Course of illness			
Earlier onset (<25 years)		Later onset (>25 years)	
Multiple depressions (≥ 5 episodes)		Long current depression (>6 months)	depressio kestää kauan
Family history			
Bipolar disorder		No bipolar disorder	

Note. Confirmation of specific numbers requires further study.

Source. Adapted from Mitchell et al. 2008.

Table 1. Bipolarity: clues in the history

1. Recurrent major depressive episodes (> 3)	toistuvia masennusjaksoja
2. Early age of onset of major depressive episode (< age 25)	varhain alkaa
3. Family history of bipolar disorder in first-degree relative	perheessä on
4. Hyperthymic personality (at baseline, nondepressed state)	hypertyyminen persoonallisuus
5. Atypical depressive symptoms (DSM-IV criteria)	
6. Brief major depressive episodes (on average, < 3 months)	
7. Psychotic major depressive episodes	
8. Postpartum depression	
9. Antidepressant-induced mania or hypomania	
10. Antidepressant "wear-off" (acute but not prophylactic response)	
11. Lack of response to ≥ 3 adequate antidepressant treatment trials	

Reprinted with permission. SN Ghaemi, JY Ko, FK Goodwin (57)

"Cade's Disease" and Beyond: Misdiagnosis, Antidepressant Use, and a Proposed Definition for Bipolar Spectrum Disorder

S Nassir Ghaemi, MD¹, James Y Ko, AB², Frederick K Goodwin, M (Can J Psychiatry 2002;47:125–134)

Monihäiriöisyys

- Kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivillä potilailla esiintyy usein samanaikaisesti myös muita mielenterveyden häiriöitä, joiden oireiden voimakkuus voi vaihdella sairausvaiheen mukaisesti.
- Monihäiriöisyyden yleiskuva muistuttaa pitkälti unipolaariseen eli yksisuuntaiseen masennukseen liittyvää monihäiriöisyyttä, joskin erojakin ilmenee.
- Noin puolella potilaista on samanaikainen ajankohtainen ahdistuneisuushäiriö, noin viidesosalla päihdehäiriö, ja osalla ahmimishäiriö, samanaikainen persoonallisuushäiriö on lähes joka toisella.
- Päihdehäiriöitä esiintyy kaikissa sairausvaiheissa, lievemmin lisääntynyt alkoholinkäyttö on lisäksi erityisen yleistä manioiden ja hypomanioiden yhteydessä.
- Ahdistuneisuushäiriöiden oireita ilmenee erityisesti masennus- ja sekamuotoisten vaiheiden aikana.
- Bipolaarihäiriöstä kärsivien potilaiden persoonallisuushäiriöissä korostuvat unipolaarisiin masennuspotilaisiin verrattuna epävakaat ja epäsosiaaliset piirteet.
- Nuoruusiän kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä käytöshäiriö ja tarkkaavaisuushäiriö ovat yleisiä samanaikaisia häiriöitä.

Some Common Comorbidities in Bipolar Disorder

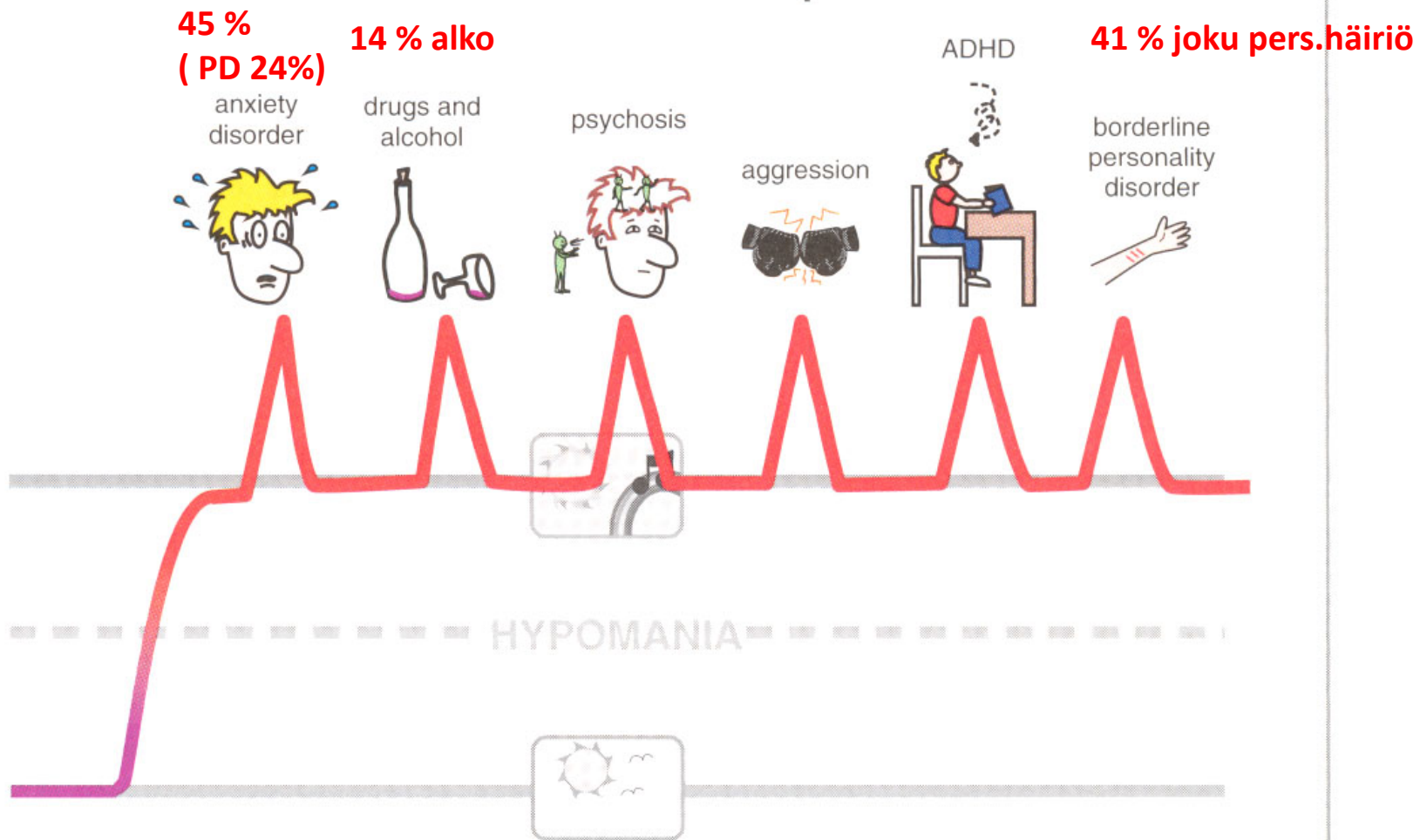


FIGURE 13-42 Common comorbidities in bipolar disorder. Many patients with bipolar disorder also have comorbid conditions. Common comorbidities include anxiety disorders, drug and alcohol abuse, psychosis, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), and borderline personality disorder. Aggression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

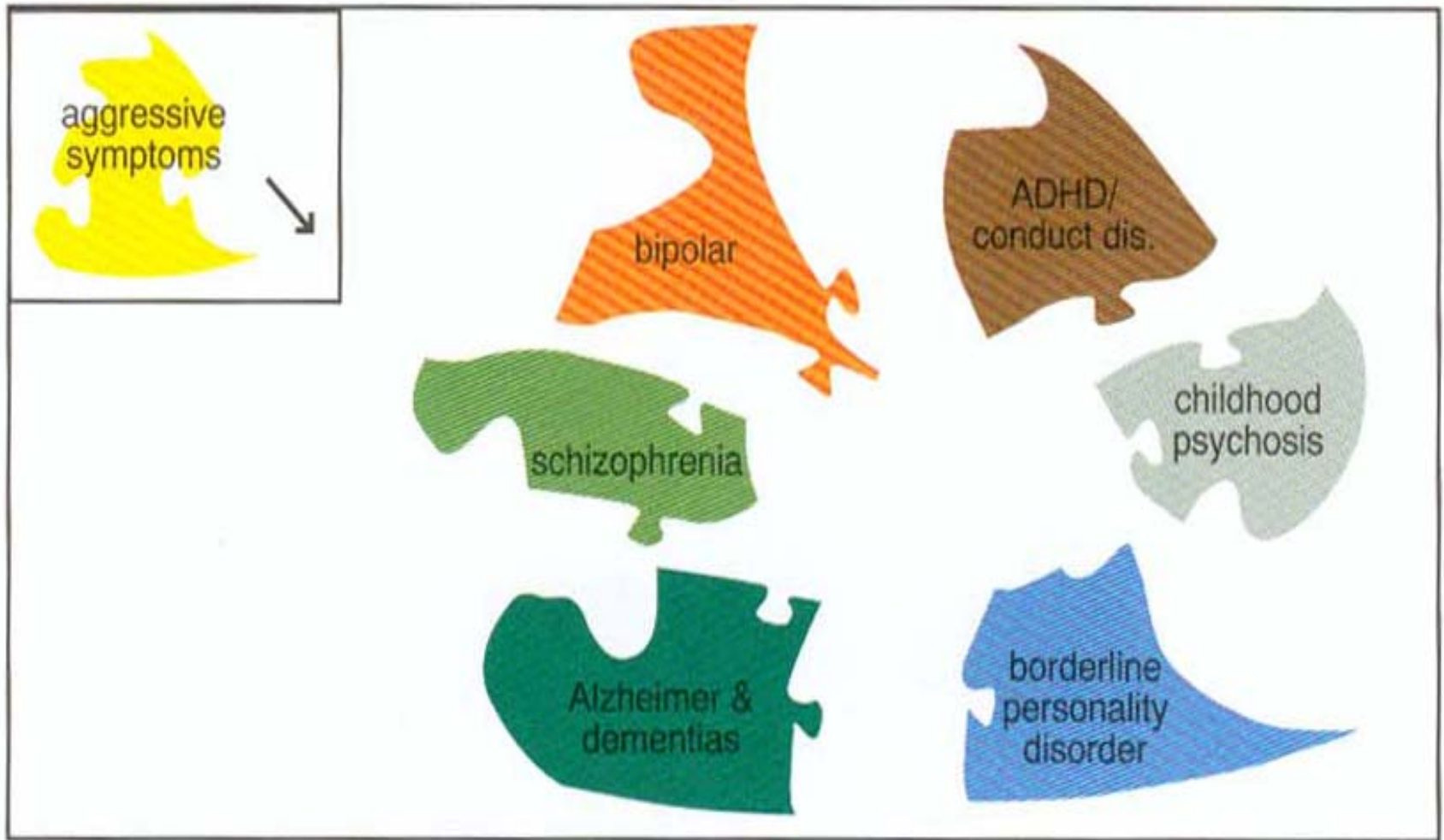


FIGURE 10–5. Aggressive symptoms and hostility are associated with several conditions in addition to schizophrenia, including bipolar disorder, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and conduct disorder (conduct dis.), childhood psychosis, Alzheimer's and other dementias, and borderline personality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

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

	Kaksisuun- tainen mie- lialahäiriö	Toistuva masennus	Skitsoaf- fektiivinen häiriö	Epävakaa persoonalli- suus	Aktiivi- suuden ja tarkkaavuu- den häiriö (ADHD)	Päihdehäi- riö
Sairauden tyypillisimmät piirteet	Toistuvia ma- sennuksen, mania- tai hypomania- sekä seka- muotoisia sai- rausjaksoja	Toistuvia masennus- jaksoja	Skitsofre- nialle luon- teenomaisia psykoottisia oireita ma- sennus-, mania- tai sekamuo- toisen jakson yhteydessä	Minäkäsityk- sen ja ihmis- suhteiden ja mielialan epävakaus sekä impulsii- visuus	Pitkäaikainen, lapsuusiässä alkanut tark- kaavaisuuden säätelyn, yllykköiden hillitsemisen ja toiminnan- ohjauksen vaikeus	Päihteen käyttö tiedos- sa olevista haitoista huolimatta
Tyypillinen erotusdiag- nostinen ongelma suhteessa kaksisuuntai- seen mieliala- häiriöön		Onko kos- kaan esiinty- nyt kiistatonta hypomaanis- ta, maanista tai sekamuo- toista jaksoa?	Onko kysees- sä psykoot- tinen mania tai depressio vai skitso- affektiivinen psykoosi?	Onko inten- siivisessä mielialojen vaihtelussa ja kiihkeässä toiminnassa kyse hypo- manista?	Johtuvatko nuoren aikui- sen ylivilkka- us ja impulsii- vinen käytös kohonneesta mielialasta?	Johtuuko poikkeava, (hypo)maani- selta vaikut- tava käytös päihteen vai- kutuksesta?
Mikä erottaa kaksisuuntai- sesta mieli- alahäiriöstä?		Potilaalla ei koskaan ole maniaa tai hypomaniaa.	Potilaalla on skitsofreni- alle luon- teenomaisia psykoottisia oireita, kuten hallusinaati- oita, vaiku- tuselämyksiä tai bisarreja harhaluuloja	Persoonal- lisuushäiriö on pysyvä ominaisuus. Hypomania esiintyy erilli- sinä jaksoina. Pitkäaikaises- ti kohonnutta mielialaa ei esiinny puh- taissa per- soonallisuus- häiriöissä	ADHD on pitkäaikainen, jo lapsuudes- sa alkanut häiriö. (Hypo) maniat esiin- tyvät erillisinä sairausjak- soina.	Päihteen käyttö alkaa ennen muu- tosta mieli- alassa ja käy- töksessä. Ei päävastoin kuten kaksii- suuntaisessa mielialahäiri- össä.

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

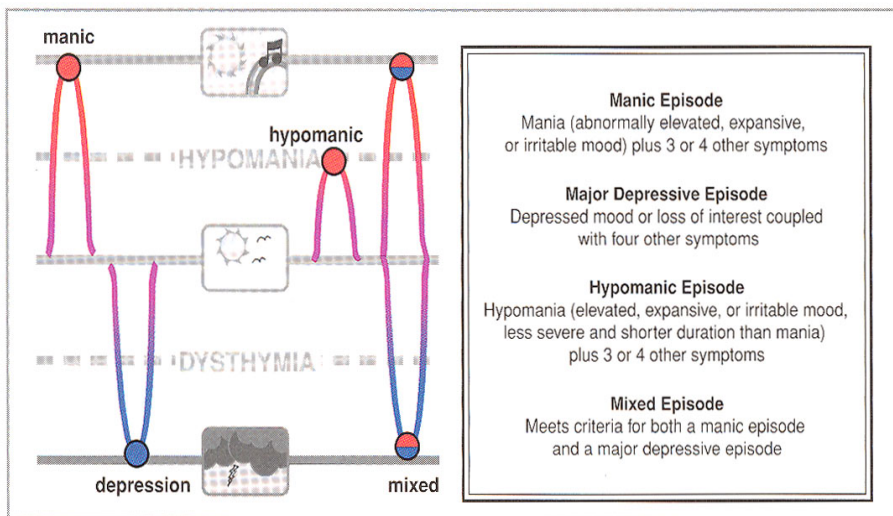


FIGURE 11-2 Mood episodes. Bipolar disorder is generally characterized by four types of illness episodes: manic, major depressive, hypomanic, and mixed. A patient may have any combination of these episodes over the course of illness; subsyndromal manic or depressive episodes also occur during the course 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.

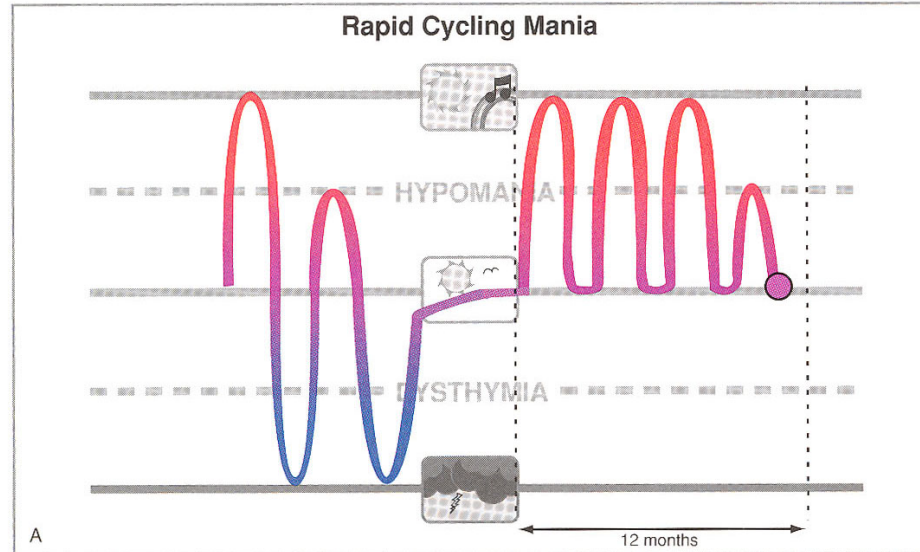


FIGURE 11-7A Rapid cycling mania. The course of bipolar disorder can be rapid cycling, which means that at least four episodes occur within a one-year period. This can manifest itself as four distinct manic episodes, as shown here. Many patients with this form of mood disorder experience switches much more frequently than four times a year.

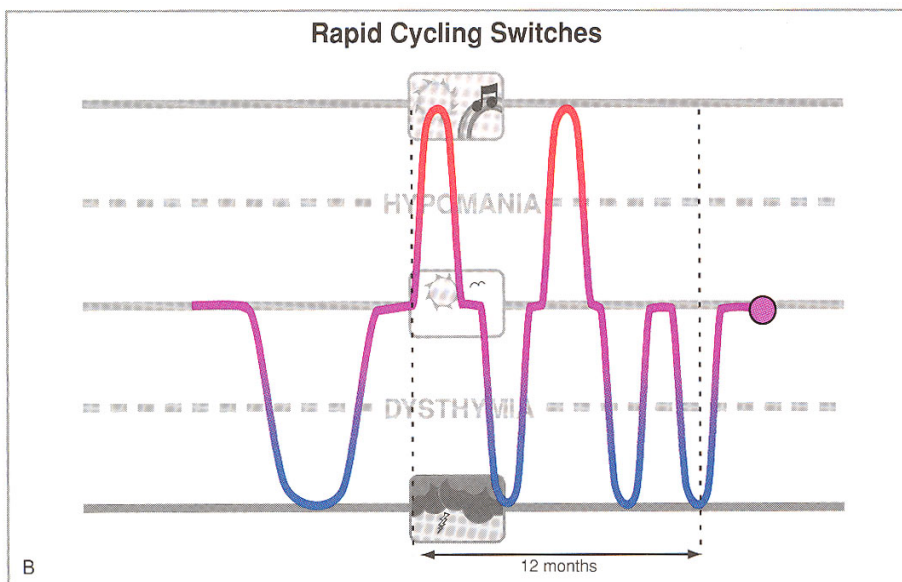


FIGURE 11-7B Rapid cycling switches. A rapid cycling course (at least four distinct mood episodes within one year) can also manifest as rapid switches between manic and depressive episodes.

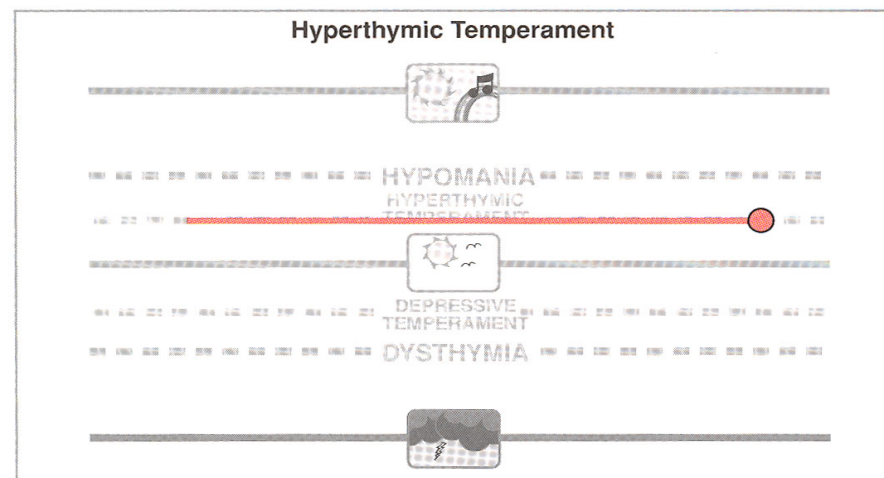


FIGURE 11-11 Hyperthymic temperament. Hyperthymic temperament, in which mood is above normal but not pathological, includes stable characteristics such as extroversion, optimism, exuberance, impulsiveness, overconfidence, grandiosity, and lack of inhibition. Individuals with hyperthymic temperament may be at greater risk for the development of a mood disorder later in life.

TAULUKKO 3. Sairauksia, lääkeaineita 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 vierotusvaiheessa.

- Harvat kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat hakeutuvat hoitoon sairauden alkuvaiheessa, hypomanian vuoksi ei juuri kukaan. Omaehtoisesti hoitoa hakevat erityisesti vakavammista ja pidempikestoisista masennustiloista kärsivät. Manian aikana potilaat tulevat yleensä hoitoon toisten aloitteesta ja usein myös omasta tahdostaan riippumatta.
- Viive oireiden alkamisesta oikeaan diagnoosiin on keskimäärin 8 vuotta [14].
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö on krooninen sairaus, johon yleensä liittyy uusiutuvia sairausjaksoja. Seurantatutkimusten perusteella jaksojen välinen oireilu on yleistä, potilailla esiintyy oireita noin puolet ajasta ja suurin osa oireista on masennusta [15].
- Ikääntymisen myötä depressiivisen oireilun osuus kasvaa ja masennus on yleisempää ja pitkäkestoisempaa tyypissä 2 kuin tyypissä 1 [12].
- Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön voi liittyä toiminnanohjauksen ja kielellisen muistin häiriöitä.
- Alle puolet kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista sitoutuu säännölliseen pitkäaikaiseen lääkehoitoon [18].

- Oireiden huono tunnistaminen, suuruuskuvitelmien ja psykoottisten oireiden esiintyminen, samanaikainen päihdeongelma sekä potilaan ja lähiomaisten kielteiset asenteet lääkehoitoa kohtaan ovat yhteydessä huonoon sitoutumiseen hoitoon [19–21].
- Hyvin toimiva yhteistyösuhde hoitavan lääkärin kanssa ennustaa parempaa toipumista maniasta [22, 23].
- Hyvä sitoutuminen lääkehoitoon on yhteydessä parempaan pitkäaikaisennusteeseen [24].
- Huono sitoutuminen mielialantasaajahoittoon lisää sairaalahoitojen tarvetta [25].
- Stressaavat elämäntapahtumat saattavat suurentaa uuden jakson riskiä [26].
- Kokeellisesti on osoitettu, että ainakin osalla potilaista unen puute altistaa manialle [27].

Vaj juha kemppinen

2. SAIRAUDENKULKU JA OMAHOITO

Bipolaaritaudin omahoito

- Kaksisuuntainen mielialahäiriö on elinikäinen sairaus, joten on tärkeää kouluttautua oman sairautensa asiantuntijaksi. Keskeisiä asioita ovat lääkehoidon toteutuminen suunnitellusti, säännöllisen vuorokausirytmien ylläpito, stressin hallinta ja alkoholin sekä huumeiden käytön välttäminen.
- Varomerkkien tunnistaminen
- On tärkeää oppia tunnistamaan uusia sairausjaksoja ennakoivia varomerkkejä. Varomerkkejä saattavat olla muun muassa mielialan, unen tarpeen, keskittymiskyvyn, energisyyden, itsetunnon tai seksuaalisen mielenkiinnon pienetkin muutokset. Myös uudet mielenkiinnon kohteet tai pukeutumisen tai rahankäytön muutokset voivat ennakoida uutta sairausjaksoa.
- Yhdessä hoitavien tahojen ja omaisten kanssa on tehtävä mahdollisimman seikkaperäinen toimintasuunnitelma varomerkkien varalle. Lääkemuutoksilla, stressin vähentämisellä esimerkiksi sairausloman avulla ja riittävän yönunen turvaamisella voidaan usein ehkäistä uuden sairausjakson kehittyminen, mikäli toimenpiteisiin ryhdytään ajoissa.
- Toimintaohjeet hypomanian, manian, sekamuotoisen jakson ja masennuksen ilmaantumisen varalta ovat ohjeessa

Toimintaohjeet hypomanian, manian tai sekamuotoisen jakson varomerkkien ilmaantuessa – mania ja hypomania

- Omille sairausjaksoille tyypillisten varhaisoireiden tunnistamisen ja niiden ilmenemisen varalta tehdyn toimintasuunnitelman avulla voidaan estää sairausjakson puhkeaminen tai voimistuminen.
- Hypomanian, manian tai sekamuotoisen jakson varomerkkien ilmaantuessa on tärkeää ottaa nopeasti yhteys hoitaviin henkilöihin, koska aika varomerkeistä sairausjaksoon on usein hyvin lyhyt.
- Lääkehoidolla ja muilla rauhoittavilla toimilla (riittävän yöunen turvaaminen, sairausloma, vähävirikkeinen hoito) voidaan usein ehkäistä sairausjakson kehittymiseen. Toiminta pahentaa oireita, eikä fyysistä aktiviteettia tule lisätä. Yleensäkin kaikenlaisten virikkeiden määrää tulee rajoittaa ja on hyvä viettää mahdollisimman paljon aikaa rauhallisessa ympäristössä.
- Ostoksia tulee välttää ja luottokortin voi tarvittaessa antaa väliaikaisesti luotettavan läheisen haltuun harkitsemattomien ostosten välttämiseksi. Alkoholia tai huumeita ei tule käyttää.
- Hypomanian, manian tai sekamuotoisen jakson varomerkkien aikana ei tule tehdä merkittäviä esimerkiksi työtä, opiskelua tai parisuhdetta koskevia päätöksiä.

Toimintaohjeet hypomanian, manian tai sekamuotoisen jakson varomerkkien ilmaantuessa - depressio

- Toimintaohjeet masennusjakson varomerkkien ilmaantuessa
- Masennusjaksojen varomerkkien ilmaantuessa on tärkeää olla yhteydessä hoitaviin henkilöihin.
- Oireista huolimatta on pyrittävä pitämään kiinni normaalista päivärytmistä. Harrastuksia tulee jatkaa ja sosiaalisista suhteista tulee pitää kiinni. Nukkuminen on rajoitettava kahdeksaan tuntiin vuorokaudessa, sillä liiallinen nukkuminen pahentaa masennusoireita. Myös päivittäisestä liikunnasta tulee huolehtia. Alkoholia tai huumeita ei tule käyttää.
- Masennusvaiheen varomerkkien ilmaantuessa ei tule tehdä työtä, opiskelua tai parisuhdetta koskevia päätöksiä.

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 I said to him it really isn't my place
to tell whether or not he should think the
way he does it really isn't worth bringing
this up with you, because you don't
really care if he thinks that way or
not as well but I don't think here I really
considered that either but I wonder
I wonder what he is or isn't
thinking about what you or I
think he is thinking any way
but where was I oh yeah, I 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



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!



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



Dysphoric or Negative Mood and Behavior

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

Cognitive Symptoms

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

Mielialapäiväkirja:

https://www.mielenterveysseura.fi/sites/default/files/materials_files/mielialapaivakirja.pdf

Aiemman kokemuksen tulisi olla majakka, joka näyttää meille tietä, eikä laituri, johon kiinnitämme aluksemme.

Mielialani	Ma	Ti	Ke	To	Pe	La	Su
Paras mahdollinen	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6
	5	5	5	5	5	5	5
Riittävän hyvä	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2
Huonoin mahdollinen	1	1	1	1	1	1	1
Päivän tunne							

○ =aamu
△ =ilta

Älä koskaan luovu siitä, että kohdattuasi sinut ihminen on onnellisempi kuin ennen sitä.

-Äiti Teresa-

Vaj juha kemppinen

3. BIPOLAARITAUDIN HOITO - PSYKOTERAPEUTTINEN JA LÄÄKEHOITO

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoterapeuttinen hoito

- Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa tarvitaan lääkehoidon lisäksi psykoterapeuttisia hoitomuotoja. On tärkeää, että kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastava saa riittävästi asiallista tietoa sairaudestaan.
- Tiedon lisäksi tarvitaan aikaa ja tukea, jotta kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastava pystyy sopeutumaan siihen, että hänellä on pitkäaikainen mielenterveyden häiriö. On tärkeää, että potilaasta kehittyy aktiivinen oman sairautensa ja hoitonsa asiantuntija, joka kantaa itse vastuuta hoidostaan.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoterapeuttinen hoito (jatkuu)

- Hoidon tavoitteet ja hoitomuodot
- Psykoterapeuttisen hoidon tavoitteena on tukea potilasta sairautensa hoidossa, auttaa häntä lääkehoitoon sitoutumisessa, helpottaa mielialajaksojen varhaisoireiden tunnistamista sekä potilaan ja hänen läheistensä sopeutumista sairauteen.
- Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoterapeuttista hoitoa varten on kehitetty nimenomaan tähän sairauteen tarkoitettuja terapioida: psykoedukaatio, kognitiivinen ja kognitiivis-behavioraalinen hoito, perhehoito (family-focused treatment) ja interpersoonallisen terapian viitekehykseen perustuva interpersonal and social rhythm therapy. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoterapeuttinen hoito voidaan toteuttaa joko yksilö-, ryhmä- tai perhehoitona. Yleisimmin käytetään psykoedukaatiota.
- Psykoedukaatiossa välitetään tietoa sairauden eri vaiheisiin liittyvistä oireista ja sairauden kulusta. Tiedon antaminen sairaudesta ja sen hoidosta sekä varhaisoireiden tunnistuksen opettaminen potilaalle ja perheenjäsenille lisää hoidon vaikuttavuutta. Psykoedukaatiossa käsitellään kaksisuuntaista mielialahäiriötä yleisellä tasolla. Sen lisäksi on tärkeää käydä potilaan kanssa läpi hänen oman sairaudenkuvansa erityispiirteitä.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoterapeuttinen hoito (jatkuu)

- **Varhaisoireiden tunnistaminen**
- Psykoedukaatiossa kartoitetaan potilaan oma sairaushistoria sekä mielialajaksoille altistaneet ja niitä laukaisseet tekijät. Samoin selvitetään potilaalle tyypilliset maanisten ja masennusjaksojen varhaisoireet. Tavoitteena on, että potilas oppisi tunnistamaan sairausjaksoja edeltävät varhaisoireensa.
- Psykoedukaatiossa tehdään toimintasuunnitelma varhaisoireiden varalle. Tällä pyritään estämään tai ainakin lieventämään uusien sairausjaksojen aiheuttamaa kärsimystä, esimerkiksi ehkäisemään manian voimistuminen vaiheeseen, jolloin sitä ei voida pysäyttää kuin sairaalahoiton avulla. Apuna käytetään mielialapäiväkirjaa jonka avulla seurataan mielialan muutoksia ja yleensä myös unen määrää.
- **Lääkehoitoon sitoutuminen**
- Lääkkeiden hyöty- ja haittavaikutusten huolellinen läpikäynti on keskeistä, sillä alle puolet kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista sitoutuu säännölliseen pitkäaikaiseen lääkehoitoon. Näin on siitäkin huolimatta, että lääkehoitoon sitoutumisen tiedetään parantavan potilaiden pitkäaikaisennustetta. Huono sitoutuminen puolestaan lisää sairaalahoitojen tarvetta.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoterapeuttinen hoito (jatkuu)

- **Syitä lääkityksen lopettamiselle**
- Yksi merkittävimmistä syistä lääkityksen lopettamiseen on pelko lääkkeiden aiheuttamasta riippuvuudesta. Mielialaa tasaavat tai psykoosilääkkeet eivät kuitenkaan aiheuta riippuvuutta.
- Muita syitä lääkityksen lopettamiseen ovat ajatus kyvystä kontrolloida kaksisuuntaista mielialahäiriötä ilman lääkitystä, sairauden kieltäminen, ajatus lääkityksen tarpeettomuudesta oireettomassa vaiheessa, pelko lääkkeiden pitkäaikaisvaikutuksista ja tunne siitä, että on huono tai riittämätön ihminen, kun ei itse kykene kontrolloimaan sairauttaan ilman lääkitystä. Haittavaikutukset eivät ole tavallinen lääkityksen lopettamisen syy.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoterapeuttinen hoito (jatkuu)

- **Uni-valverytmin merkitys**
- Ainakin osalla kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista potilaista unen puute altistaa hypomanialle ja manialle. Psykoedukaatiossa pyritään tuomaan esille säännöllisen vuorokausirytmän merkitys. Yövuorojen, pitkien työmatkojen ja ylitöiden välttäminen voi vähentää sairauden uusiutumisriskiä. Säännöllinen uni-valverytmi tulee säilyttää myös viikonloppuisin.
- **Päihteettömyyden merkitys**
- Psykoedukaatiossa käydään läpi päihteiden vaikutusta kaksisuuntaisen mielialahäiriön kulkuun. Samanaikainen päihdeongelma huonontaa potilaan ennustetta pitkittämällä ja vaikeuttamalla oireilua. Se myös lisää sairaalahoidon tarvetta. Päihteiden käyttöön liittyy usein uni-valverytmin häiriintyminen, mikä altistaa uusille sairausjaksoille. Päihteet lisäävät myös riskiä lääkehoidon laiminlyöntiin, mikä puolestaan lisää sairausjaksojen uusiutumista.
- Jos masennusjaksojen aikana käyttää päihteitä, itsetuhokäyttäytymisen riski lisääntyy. Maniassa ja hypomaniassa päihteet heikentävät jo alentunutta syy-seuraussuhteiden arviointikykyä. Tavoitteena on, että kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastava välttäisi päihteiden käyttöä.

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön psykoterapeuttinen hoito (jatkuu)

- **Sosiaaliset taidot**
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö vaikuttaa usein perhe-elämään sekä muihin ihmissuhteisiin. Psykoedukatiivisessa hoidossa keskeistä on vuorovaikutustaitojen parantaminen.
- Myös stressin hallinta on tärkeää. Stressaavat elämäntapahtumat saattavat lisätä uusien sairausjaksojen riskiä. Psykoedukaatiossa opetellaan sairauden kannalta hyödyllisiä stressinhallintakeinoja ja vuorovaikutustaitoja sekä käsitellään mielialahäiriöiden mahdollisesti aiheuttamia ihmissuhdeongelmia

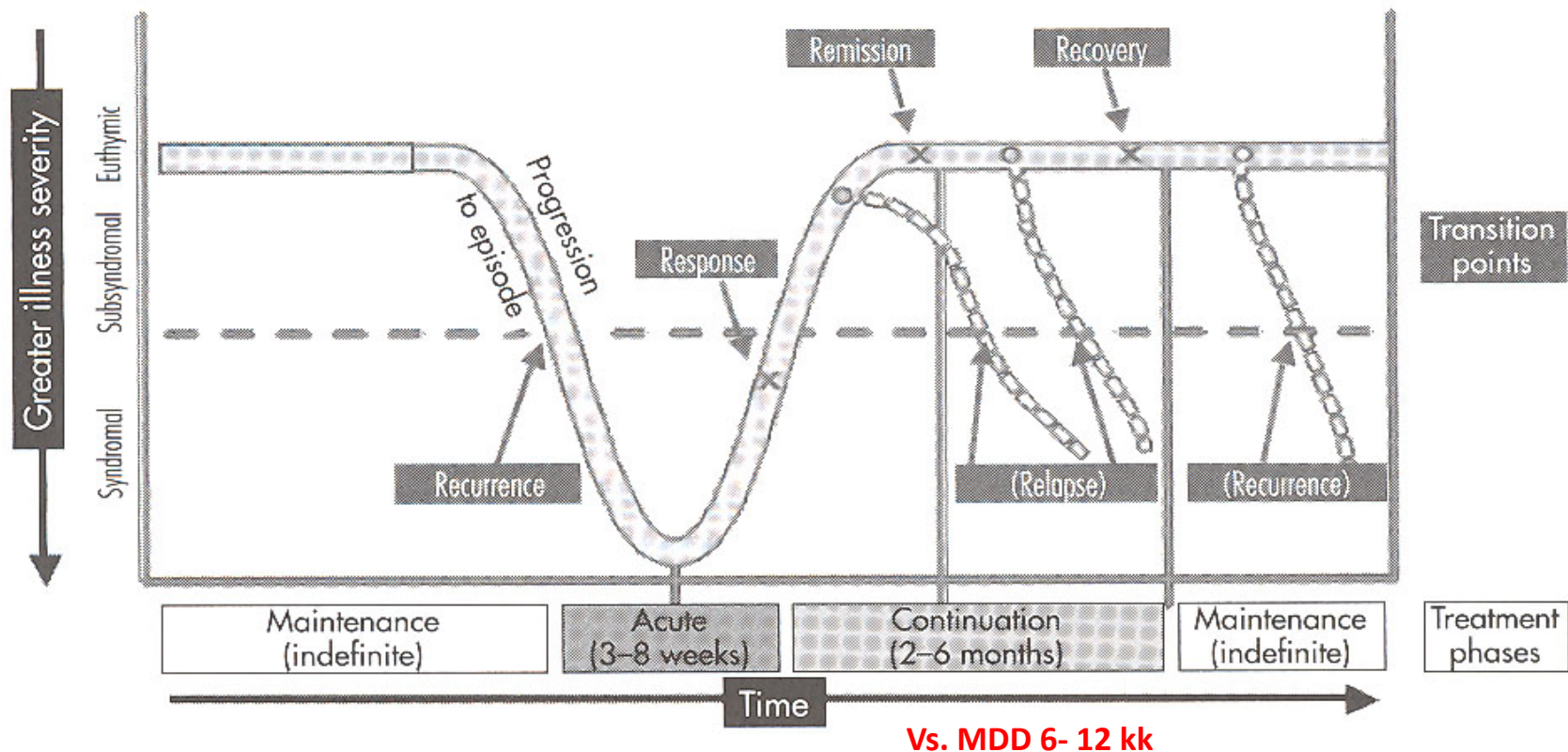


FIGURE 4–4. Treatment phases and illness transition points for bipolar disorder.

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.

BIPOLAARITAUDIN LÄÄKEHOITO

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

Lääke		Annos tai pitoisuus		
		Masennusvaihe	Maniavaihe ¹⁾	Ylläpitovaihe
Aripipratsoli	Abilify		15–30 mg/vrk ²⁾	15–30 mg/vrk
Asenapiini	Sycrest		10–20 mg/vrk	
Haloperidoli	Serenase		2–15 mg/vrk	
Karbamatsepiini	Neurotol		400–1 600 mg/vrk ²⁾	400–1 600 mg/vrk
Ketiapiini	Ketipinor	300–600 mg/vrk	300–800 mg/vrk	300–600 mg/vrk
Lamotrigiini	Lamictal	50–200 mg/vrk		50–400 mg/vrk
Litium	Lito	0,8–1,2 mmol/l	0,8–1,2 mmol/l	0,6–0,8 mmol/l
Olantsapiini + fluoksetiini		5 + 20 – 10 + 40 mg/vrk		
Olantsapiini	Zyprexa		5–20 mg/vrk ²⁾	5–20 mg/vrk
Risperidoni	Risperdal		1–6 mg/vrk ²⁾	
Risperidoni, pitkävaik.inj.				25–50 mg/kaksi 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 tavoittaminen

²⁾ Myös sekamuotoisen jakson hoidossa

³⁾ Ei naisille, joilla on raskaaksi tulemisen mahdollisuus

Lito

Taulukko 1. Litiumpitoisuuden määrittämisen aikataulu.

Hoidon aloittaminen	Viikon kuluttua hoidon aloittamisesta
Annoksen muuttaminen	Viikon kuluttua annoksen muuttamisesta
Ensimmäisen puolen vuoden aikana	Kerran kuukaudessa
Puolen vuoden kuluttua	6–12 kuukauden välein yksilöllisen harkinnan mukaan

Lito

Taulukko 2. Tutkimukset ennen litiumhoidon aloittamista.

Laboratoriotutkimukset	Verenkuva (PVK)
	Kilpirauhasta stimuloiva hormoni (S-TSH)
	Kreatiniini (S-Krea)
	Urea (S-Urea)
	Natrium (S-Na)
	Kalium (S-K)
Muut tutkimukset	Kalsium (S-Ca)
	Sydänsähkökäyrä (EKG)
	Paino

Taulukko 3. Litiumhoidon haittavaikutukset.

Ruuansulatusjärjestelmän haittaoireet	Vatsavaivat, pahoinvointi, ripuli
	Makuaistin häiriöt
	Jano
Motoriset ja neurologiset haittaoireet	Lihasteikkous
	Liikkeiden hidastuminen
	Lievät kognitiiviset häiriöt
	Vapina
Muut haittaoireet	Väsymys
	Lisääntynyt virstaneritys
	Painonnousu
	Turvotus
	Iho-oireet

Yliannostus

Seerumin litiumpitoisuus on karkea litiummyrkytyksen mittari;

- 1,5-2,5 mmol/l pitoisuudet viittaavat lievään tai keskivaikeaan myrkytykseen;
- 2,5-3,5 mmol/l vaikeaan myrkytykseen ja
- 3,5 mmol/l ylittävät litiumpitoisuudet voivat olla letaaleja.

Litiummyrkytyksen oireita ovat

- uneliaisuus,
- karkea raajojen vapina,
- lihasheikkous,
- ataksia,
- kouristukset,
- epileptiset kohtaukset,
- tajuttomuus,
- pahoinvointi, oksentelu ja ripuli.
- Lisäksi voi esiintyä EKG:ssä T-aallon muutoksia, hypotensiota, rytmihäiriöitä, oliguriaa tai anuriaa.

Deprakine, Absenor

Taulukko 4. Valproaatin mahdolliset haittavaikutukset.

Ruuansulatuskanavan haittaoireet	Pahoinvointi, oksentelu, ripuli
	Ruokahaluttomuus
Motoriset ja neurologiset haittaoireet	Vapina
	Huimaus
	Kävelyhäiriöt
Muutokset laboratorioarvoissa	Verihiutale- ja valkosolumäärän väheneminen
	Maksa-arvojen nousu
Muut haittaoireet	Väsymys
	Painonnousu
	Iho-oireet
	Haimatulehdus

Lamictal

Taulukko 5. Lamotrigiinin haittavaikutukset.

Ruuansulatuskanavan haittaoireet	Pahoinvointi, vatsakivut
Neurologiset haittaoireet	Huimaus
	Ataksia
	Kaksoiskuvat
Muut haittaoireet	Päänsärky
	Väsymys

Taulukko 6. Antipsykoottihoidon aloittamisen yhteydessä tehtävät tutkimukset.

Laboratoriotutkimukset	Verensokeri (fB-Gluc)
	Veren rasva-arvot (S-Trigly, S-Kol-LDL, S-Kol-HDL)
	Prolaktiinipitoisuus (S-Prolaktiini)
	Täydellinen verenkkuva (TVK)
Muut tutkimukset	Sydänsähkökäyrä (EKG)
	Pituus
	Paino
	Vyötärön ympärys

TAULUKKO 5. Tärkeimpien kaksisuuntaisen mielialahäiriön lääkehoidossa käytettävien lääkkeiden keskinäiset yhteisvaikutukset.

	Pitoisuus suurenee/pienenee	Neurotoksinen vaikutus
Litium		Haloperidoli
		Karbamatsepiini
Valproaatti	Lamotrigiini	Karbamatsepiinin metaboliitti
	Risperidoni*	
	Aripipratsoli	
	Karbamatsepiinin vapaa fraktio	
Lamotrigiini	(Valproaatti)	Karbamatsepiinin metaboliitti
Karbamatsepiini	Olantsapiini	
	Aripipratsoli	
	Tsipratsidoni	
	Haloperidoli	
	Valproaatti	Valproaatin metaboliitti**
	Lamotrigiini	
	(Asenapiini)	
	(Risperidoni)	
() tulokset ristiriitaisia tai kliininen merkitys epäselvä ** hepatotoksinen * suurentaa valproaatin pitoisuutta		

Taulukko 6.5. Tiivistelmä tyypin I kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitovaihtoehtoista häiriön eri vaiheissa.

Akuutti mania

- litium (pitoisuutena 0,80–1,20 mmol/l)
- valproaatti
- karbamatsepiini
- antipsykootit (anto lopetetaan 6–12 viikon kuluessa remission jälkeen)
- klonatsepaami (anto lopetetaan 6–12 viikon kuluessa remission jälkeen)
- yllä olevia yhtäaikaisesti
- aivojen sähköhoito (resistenteissä tapauksissa).

Masennusvaihe

- litium (pitoisuutena 0,80–1,20 mmol/l)
- lamotrigiini
- valproaatti
- karbamatsepiini
- yllä olevia yhtäaikaisesti
- depressiolääkkeet (vain jonkin yllä olevista kanssa, anto lopetetaan asteittain 6–12 viikon kuluessa remission saavuttamisen jälkeen)
- aivojen sähköhoito.

Sekamuotoinen jakso

- valproaatti
- litium (pitoisuutena 0,80–1,20 mmol/l)
- karbamatsepiini
- lamotrigiini
- yllä olevia yhtäaikaisesti
- aivojen sähköhoito.

Tiheäjaksoisuus (rapid cycling)

- valproaatti
- karbamatsepiini
- litium
- yllä olevia yhtäaikaisesti.

Ylläpitohoito

- litium (pitoisuutena 0,60–1,00 mmol/l)
- karbamatsepiini
- valproaatti
- yllä olevia yhtäaikaisesti.

Bipolar Combos

 First Line Monotherapy	 Lithium  Valproic Acid
 Second Line Monotherapy	 atypical antipsychotics
 Third Line Monotherapy	 Carbamazepine  Lamotrigine  GABA pentin  Topiramate
 Atypical Combo	 Li or Valproic Acid +  atypical antipsychotics
 Benzo "Assault Weapon" Combo	 Li or Valproic Acid +  benzodiazepine
 Neuroleptic "Nuclear Weapon" Combo	 Li or Valproic Acid +  Neuroleptic
 Mood Stabilizer Combo	 2 or more mood stabilizers
 Antidepressant Combo	 mood stabilizer or atypical antipsychotic +  antidepressant

Vaj juha kemppinen

4. KYSYMYKSIÄ?

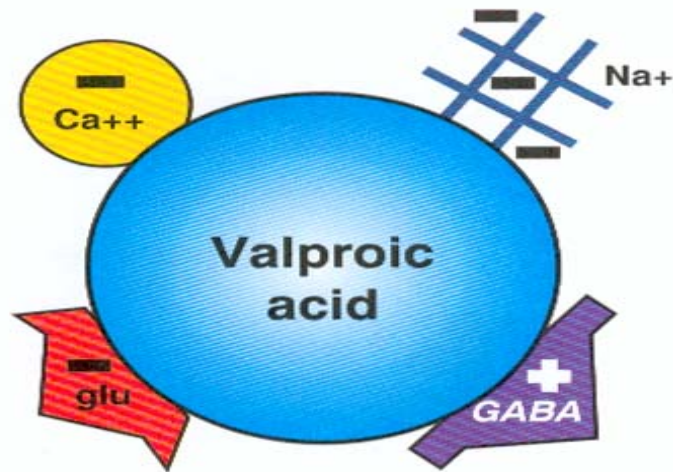


FIGURE 7–23. Shown here is an icon of valproic acid's pharmacologic actions. By interfering with calcium channels and sodium channels, valproate is thought both to enhance the inhibitory actions of gamma aminobutyric acid (GABA) and to reduce the excitatory actions of glutamate.

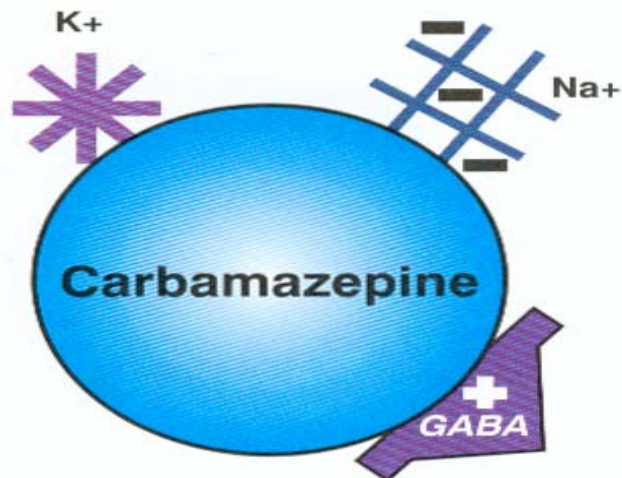


FIGURE 7–24. Shown here is an icon of carbamazepine's pharmacologic actions. By interfering with sodium and potassium, carbamazepine is thought to enhance the inhibitory actions of gamma aminobutyric acid (GABA).

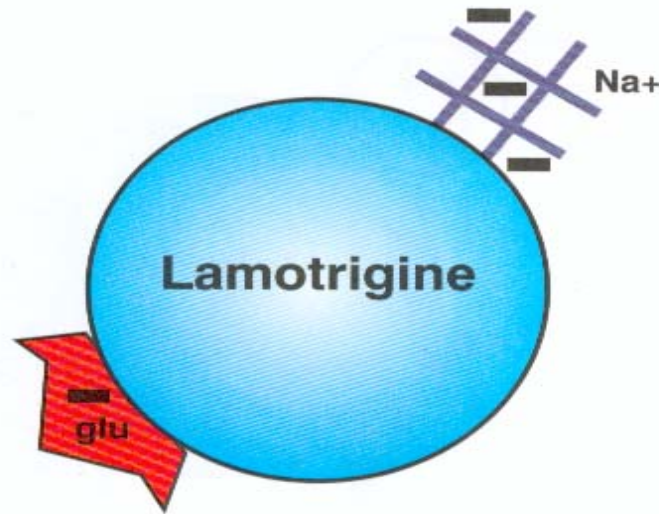


FIGURE 7–25. Shown here is an icon of lamotrigine's pharmacologic actions. By interfering with sodium channels, lamotrigine is thought to reduce the excitatory actions of glutamate.

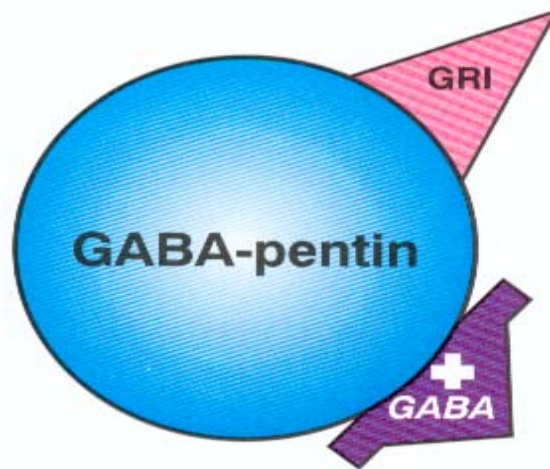


FIGURE 7–26. Shown here is an icon of gabapentin's pharmacologic actions. Gabapentin is thought to act by inhibiting the reuptake of gamma aminobutyric acid (GABA) into GABA terminals (shown as GRI for GABA reuptake inhibition). This enhances the inhibitory actions of GABA.

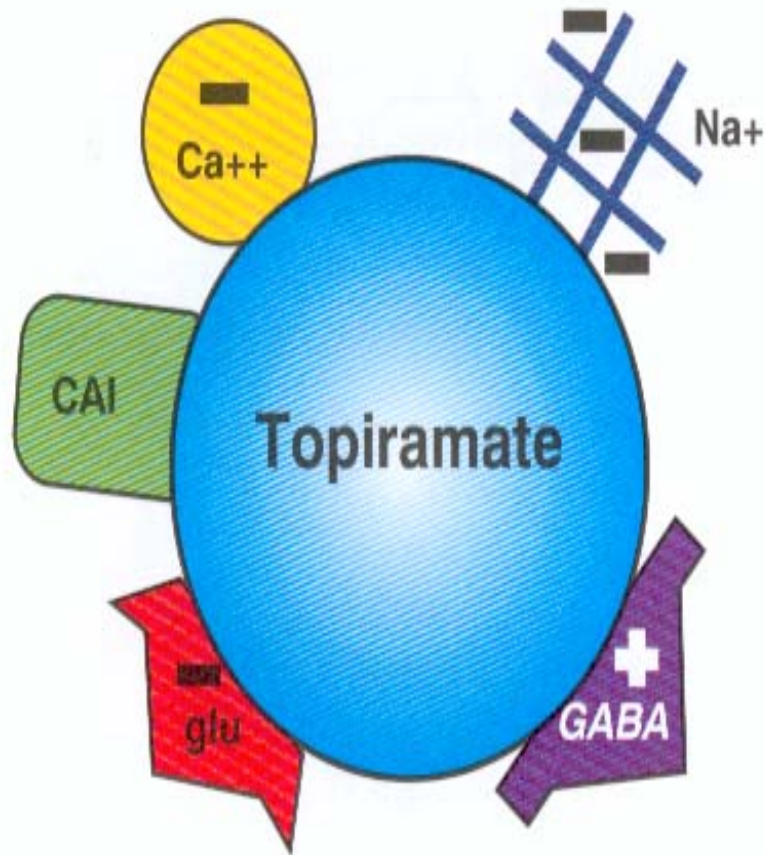


FIGURE 7–27. Shown here is an icon of topiramate's pharmacologic actions. By interfering with calcium channels and sodium channels, topiramate is thought both to enhance the inhibitory actions of gamma aminobutyric acid (GABA) and to reduce the excitatory actions of glutamate. Topiramate is also a carbonic anhydrase inhibitor (CAI) and as such has independent anticonvulsant actions.

191213 Bipolar erotusdiagnostiikka

- **Bipolar and Related Disorders**
- The following specifiers apply to Bipolar and Related Disorders where indicated:
- ^a*Specify:*
 - With anxious distress (*specify* current severity: mild, moderate, moderate-severe, severe);
 - With mixed features;
 - With rapid cycling;
 - With melancholic features;
 - With atypical features;
 - With mood-congruent psychotic features;
 - With mood-incongruent psychotic features;
 - With catatonia (use additional code 293.89 [F06.1]);
 - With peripartum onset;
 - With seasonal pattern

191213 Bipolar erotusdiagnostiikka

- **Bipolar and Related Disorders**
- _____.____ (_____.____)
- Bipolar I Disorder^a
- _____.____ (_____.____)
- **Current or most recent episode manic**
- **296.41 (F31.11)**
- Mild
- **296.42 (F31.12)**
- Moderate
- **296.43 (F31.13)**
- Severe
- **296.44 (F31.2)**
- **With psychotic features**
- **296.45 (F31.73)**
- **In partial remission**
- **296.46 (F31.74)**
- **In full remission**
- **296.40 (F31.9)**
- **Unspecified**

191213 Bipolar erotusdiagnostiikka

- Bipolar I Disorder^a
- _____.____ (_____.____)
- **296.40 (F31.0)**
- **Current or most recent episode hypomanic**
- **296.45 (F31.71)**
- In partial remission
- **296.46 (F31.72)**
- In full remission
- **296.40 (F31.9)**
- Unspecified

191213 Bipolar erotusdiagnostiikka

- Bipolar I Disorder^a
- _____.____ (____.____)
- Current or most recent episode depressed
- **296.51 (F31.31)**
- Mild
- **296.52 (F31.32)**
- Moderate
- **296.53 (F31.4)**
- Severe
- **296.54 (F31.5)**
- With psychotic features
- **296.55 (F31.75)**
- In partial remission
- **296.56 (F31.76)**
- In full remission
- **296.50 (F31.9)**
- Unspecified
- 296.7 (F31.9)
- Current or most recent episode unspecified

191213 Bipolar erotusdiagnostiikka

- **296.89 (F31.81)**
- Bipolar II Disorder^a
- *Specify* current or most recent episode: Hypomanic, Depressed
- *Specify* course if full criteria for a mood episode are not currently met:
 - In partial remission,
 - In full remission
- *Specify* severity if full criteria for a mood episode are currently met:
 - Mild, Moderate, Severe

191213 Bipolar erotusdiagnostiikka

- **301.13 (F34.0)**
- Cyclothymic Disorder
- *Specify* if: With anxious distress
- _____.____ (____.____)
- Substance/Medication-Induced Bipolar and Related Disorder
- **Note:** See the criteria set and corresponding recording procedures for substance-specific codes and ICD-9-CM and ICD-10-CM coding.
- *Specify* if: With onset during intoxication, With onset during withdrawal
- **293.83 (____.____)**

191213 Bipolar erotusdiagnostiikka

- Bipolar and Related Disorder Due to Another Medical Condition
- *Specify* if:
- **(F06.33)**
- With manic features
- **(F06.33)**
- With manic- or hypomanic-like episode
- **(F06.34)**
- With mixed features
- **296.89 (F31.89)**
- Other Specified Bipolar and Related Disorder
- **296.80 (F31.9)**
- Unspecified Bipolar and Related Disorder

211118 Bipolaaritauti

TABLE 4–1. Clues to diagnosing bipolar illness in children

- A. Symptoms of depression common to adults, children, and adolescents**
 - Depressed mood, sadness or irritable mood
 - Diminished interest in activities once enjoyed
 - Significant weight loss or weight gain
 - Insomnia or hypersomnia
 - Psychomotor agitation or retardation
 - Loss of energy
 - Feelings of worthlessness or inappropriate guilt
 - Difficulty focusing or concentrating
 - Recurrent thoughts of death or suicide
- B. Symptoms and characteristics commonly seen in depressed children**
 - Somatic complaints that are vague, like headaches and stomachaches
 - Absences from school, school refusal, or poor academic performance
 - Running away or threats to run away from home
 - Isolating self or lack of friends
 - Boredom
 - Decreased interest in playing or interacting with friends
 - Substance abuse, especially alcohol or marijuana
 - Outbursts of shouting, complaining, unexplained irritability, or crying
 - Preoccupation with death or thoughts of death
 - Increased irritability, anger outbursts, or hostility
 - Reckless behavior
 - Relationship difficulties
- C. Characteristics commonly suggestive of bipolar depression in children**
 - Family history of bipolar disorder
 - Early age at onset of depressive symptoms
 - Presence of mood congruent psychotic symptoms
 - Comorbid illness: conduct disorder, oppositional defiant disorder
 - Anhedonia
 - Suicidal ideations or attempts
 - Hospitalization, especially early age and frequency
 - Poorly controlled ADHD

Source. Adapted from Benazzi 1999a, 1999b, 2003; Kuhs and Reschke 1992; Strober et al. 1993; Wozniak et al. 2001, 2002, 2004.

211118 Bipolaarिताuti

TABLE 5–1. Prominent risk factors for suicide in bipolar disorder

- Past suicide attempt
 - Early age at onset (<18 years)
 - Early in course of illness
 - Period immediately after hospital admission
 - Period immediately after hospital discharge
 - Recurrent depressive episodes (>4)
 - Adult or childhood sexual abuse
 - Social isolation
 - Nicotine dependence
 - Other substance or alcohol dependence
 - Comorbid anxiety disorder
 - Cluster B personality disorder
 - Hopelessness
 - Impulsivity
 - Depression
 - Mixed state or mania with significant depressive symptoms
 - Suicidal ideation
-