131119 Bipolaaritauti

Yl juha kemppinen

131119 Bipolaaritauti

- Agenda:
- 1)Bipolaaritaudista DSM-5:n tulon myötä
- 2) Bipolaaritaudin epidemiologiaa
- 3) Bipolaaritaudin etiologia (neurobiologia)
- 4) Bipolaaritaudin diagnosointi
- 5) Bipolaaritaudin hoito
- 6) Muuta

1.Bipolaaritaudista DSM-5:n tulon myötä
2. Bipolaaritaudin epidemiologiaa

Yl juha kemppinen

131119 Bipolaaritauti

- Historiaa ja nykyhetkeä:
- Jo Hippokrates ja Aristoteles kirjoittivat havaintoja melankoliasta ja maniasta: musta ja keltainen sappi.
- 1800-luvulla Emil Kraepelin erotti maanisdepressiivisen sairauden dementia praecoxista (skitsofreniasta). Poiketen nykyisestä hän piti unipolaarista ja bipolaarista masennusta yhtenä sairautena.
- DSM-5:ssä on ”bipolar and related disorders”, joka on tavallaan skitsofrenian ja unipolaarisen masennuksen välissä.
- DSM-5:n mukaan bipolaarisairaudessa voi olla masennusta, hypomaniaa tai/ja maniaa. DSM-5:stä on poistettu sekamuotoinen jakso (joka in ICD-11:sta), sen sijaan on specifier ”with the mixed features”

Miller S et al. Bipolar and Related Disorders in Weiss Roberts L (ed). (2019, 279-307) The Textbook of Psychiatry, Washington, The American Psychiatric Association Publisihing, 1326p.

131119 Bipolaaritauti

- DSM-5:n depression kriteerit ovat samat kuin DSM IV TR:ssä.
- DSM-5:ssä uutta on ” with mixed features” specifier, jota voi käyttää sekä unipolaarisessa että bipolaarisessa masennuksessa. **Sitä käytetään kun vakavan masennuksen kriteerit täyttyvät JA ainakin kolme (nonoverlapping) mielialan kohoamisen oiretta:**
  - Kohonnut tai ekspansiivinen mieliala
  - Kohonnut itsetunto
  - Ylipuheliaisuus
  - Ideoitten tai ajatusten juoksu
  - Lisääntynyt energia tai päämääräsuuntautunut toiminta
  - Impulsiivisuus/ korkean riskin käyttäytyminen
  - Vähentynyt unen tarve
- Jotka esiintyvät useimpina päivinä episodin aikana

Miller S et al. Bipolar and Related Disorders in Weiss Roberts L (ed). (2019, 279-307) The Textbook of Psychiatry, Washington, The American Psychiatric Association Publisihing, 1326p.

131119 Bipolaaritauti

- DSM-5:n depression kriteerit ovat samat kuin DSM IV TR:ssä.
- DSM-5:ssä uutta on ” with mixed features” specifier, jota voi käyttää sekä unipolaarisessa että bipolaarisessa masennuksessa. **Sitä ei käytetä** (overlapping mood elevation syndromes) masennuksen tai mielialan nousun aikana olevien
  - Ärtyisyys
  - Distractibility (helposti ulkoisista ärsykkeistä häiriintyvyydessä)
  - Psykomotorinen agitoituminen
- DSM-5:ssa jos sekä vakavan masennuksen että bipolaaritaudin kriteerit täyttyvät, niin dg on maaninen jakso sekamuotoisin piirtein
- Jos taas on vakava masennus ja hypomania, DSM-5 ei kerro, mitä pitäisi tehdä.

Miller S et al. Bipolar and Related Disorders in Weiss Roberts L (ed). (2019, 279-307) The Textbook of Psychiatry, Washington, The American Psychiatric Association Publisihing, 1326p.

131119 Bipolaaritauti

- DSM-5:n hypomanian ja mania kriteerit ovat muutoin samat kuin DSM IV TR:ssä, mutta A-kriteeriin on lisätty vaatimus, että ” abnormal and persistently elevated, expansive, or irritable mood” be accompanied by ” abnormally and persistently increased activity and energy”.
- DSM-5:ssä on muutos antidepressiivan aiheuttama manian voi diagnosoida maniaksi tai hypomaniaksi, jos se kestää yli oletetun antidepressiivisen hoidon fysiologisen vaikutuksen. Eli ei enää kuten DSM-IV:ssa voi saada elinikäisen mania tai hypomania-diagnoosin.

Miller S et al. Bipolar and Related Disorders in Weiss Roberts L (ed). (2019, 279-307) The Textbook of Psychiatry, Washington, The American Psychiatric Association Publisihing, 1326p.

131119 Bipolaaritauti

- DSM-5:n hypomaniassa ja maniassa voi olla **”with mixed features” specifier, kun hypomanian tai manian kriteerit täyttyvät ja samanaikaisesti on ainakin kolme (nonoverlapping) masennuksen oiretta:**
  - Masentunut mieliala
  - Mielihyvän ja mielenkiinnon menetys
  - Psykomotorinen retardaatio
  - Väsymys
  - Arvottomuuden tai liiallisen/ suhteettoman syyllisyyden tunne
  - Toistuvat kuolema-ajatukset

Miller S et al. Bipolar and Related Disorders in Weiss Roberts L (ed). (2019, 279-307) The Textbook of Psychiatry, Washington, The American Psychiatric Association Publisihing, 1326p.

131119 Bipolaaritauti

- DSM-5:n hypomaniassa ja maniassa **EI VOI olla** ”with mixed features” specifier, kun hypomanian tai manian kriteerit täyttyvät ja samanaikaisesti on ainakin kolme (overlapping) masennuksen tai kohonneen mielialan oiretta:
  - Painon/ ruokahalun muutos
  - Unenhäiriöt
  - Heikentynyt keskittymiskyky
  - Psykomotorinen agitaatio

- Nyt specifier tarkemmin heijastaa kliinistä tilannetta , aikaisemmin oli täydet manian (ei hypomania) kriteerit ja viikon verran samanaikaisesti vakavan masennuksen kriteerit täyttyvät
- Sekamuotoista oireilua on myös silloin kun vakavan masennuksen kriteerit eivät täyty ja on hypomania. DSM-IV TR:ssä ei tälle ollut paikkaa diagnostisessa skeemassa.

Miller S et al. Bipolar and Related Disorders in Weiss Roberts L (ed). (2019, 279-307) The Textbook of Psychiatry, Washington, The American Psychiatric Association Publisihing, 1326p.

131119 Bipolaaritauti

- DSM-5:ssä (kuten DSM-IV TR:ssä) Bipolaaritauti I:een riittää yksi maaninen jakso, ei tarvitse olla masennusjaksoa anamneesissa
- Noin puolella BP I-potilaista tauti alkaa vakavan masennuksen jaksoilla, minkä vuoksi tarkan anamneesin ottaminen on tärkeää ennen mielialahäiriön hoidon aloittamista.
- BP II on vähemmän vakava mielialan kohoaminen, mutta sekä BP I että BP II ennuste on yhtä vakava
- Syklotyyminen häiriö: krooniset masennuksen oireet (> 2v aikuinen, >1 v lapsi tai nuori) ja mielialan nousu ilman vakavan masennuksen, manian tai hypomanian jaksoa. Jos tulee vakava masennus, mania tai hypomania, niin syklotyyminen diagnoosi putoaa pois.

Miller S et al. Bipolar and Related Disorders in Weiss Roberts L (ed). (2019, 279-307) The Textbook of Psychiatry, Washington, The American Psychiatric Association Publisihing, 1326p.

131119 Bipolaaritauti

- DSM-5:ssä ” **Substance/Medication-Induced Bipolar and Related Disorders”,** kun on merkittävä ja pysyvä mielialahäiriö, kohonnut, ekspansiivinen tai ärtyisä mieliala ja ehkä, muttei välttämättä masentunut mieliala tai anhedonia. Ja joka on esiintynyt päihtymyksen tai vieroitusoireiden aikana.
- Oireita pitää olla ainakin yhden kuukauden ajan päihtymyksen tai vieroituksen jälkeen
- Tavallisimmat päihteistä ovat: alkoholi, phencyclidine, hallusinogeenit, amfetamiinit, kokaiini ja opioidit
- Psyykenlääkkeistä: masennuslääkkeet, rauhoittavat ja unilääkkeet (barbituraatit ja bentsot), stimulantit (metyylifenidaatti, ADHD/ADD-lääke) ja muut depression hoitomuodot (ECT, sähköhoito ja valoterapia)
- Muista lääkkeistä: kipulääkkeet (opioidit), anti-infektiinit (interferoni, isoniatsidi), steroidit, e-pillerit ja neurologiset lääkkeet (antikolinergit esim Ipsatol, Akineton, baklofeeni ja levodopa)

Miller S et al. Bipolar and Related Disorders in Weiss Roberts L (ed). (2019, 279-307) The Textbook of Psychiatry, Washington, The American Psychiatric Association Publisihing, 1326p.

131119 Bipolaaritauti

- DSM-5:ssä ” **Bipolar and Related Disorders Due to Another Medical Condition”:**
- TBI (traumatic brain injury)
- Epilepsia
- Cerebral malignancies (aivosyövät)
- Paraneoplastiset oireyhtymät
- Multiple sclerosis (MS-tauti)
- Dementia
- Aivohalvaus
- Hyperkortisolemia
- Kilpirauhasen toiminnanhäiriöt
- HIV/AIDS
- Neurokuppa

Miller S et al. Bipolar and Related Disorders in Weiss Roberts L (ed). (2019, 279-307) The Textbook of Psychiatry, Washington, The American Psychiatric Association Publisihing, 1326p.

131119 Bipolaaritauti

- DSM-IVTR:ssä ” Other Specified or Unspecified Bipolar and Related Disorders” on DSM-5:ssä kaksi eri diagnoosiluokkaa:
  - ”Other Specified Bipolar or Related Disorders” (ei täytä täysiä kriteerejä ja merkintä miksi ei täytä)
  - ”Unspecified Bipolar or Related Disorders” (lääkäri ei spesifioi, mm tulotilanteessa akuuttiyksikköön)
- Edelleen jää paljon keskustelua kriteereistä (mm. sekamuotoinen jakso, 2-3 päivän hypomaniat+ depressio)
- Erotusdiagnoosit: unipolaarinen depressio, psykoottiset sairaudet (skitsoaffektivat), persoonallisuushäiriöt (esim epävakaa persoonallisuus) joilla on kliinisesti ja /tai biologisesti yhteistä bipolaaritaudin kanssa
- Yhteys psykoosisairauksiin saattaa olla nykyistä läheisempi

Miller S et al. Bipolar and Related Disorders in Weiss Roberts L (ed). (2019, 279-307) The Textbook of Psychiatry, Washington, The American Psychiatric Association Publisihing, 1326p.

131119 Bipolaaritauti

- **Erotusdiagnoosi:**
- **jos on** ensimmäinen masennus alle 25-vuotiaana, primaariperheessä on bipolaaritauti ja masennuksen yhteydessä on psykoottisia oireita, niin epäily bipolaaritaudista pitäisi herätä.
- Jos maniassa on psykoottisia oireita, niin erotusdiagnoosi skitsoaffektiivan ja skitsofrenian suuntaan pitäisi tehdä. Episodinen vai krooninen, enemmän mieliala- vai psykoosioireita pitäisi helpottaa diagnostiikkaa
- Epävakaassa persoonallisuushäiriössä on myös mielialojen epävakautta, ärtyisyyttä, toiminnallisia vaikeuksia ja impulsiivisuutta. Pitkään kestänyt, pysyvä heikko emotionaalinen ja interpersoonallinen toimintakyky, traumahistoria nuorella iällä, pysyvä huomattava emotionaalinen labiilisuus ja ympäristöolosuhteisiin reagoivuus ilman merkittäviä mielialaoireita viittaa epävakaaseen persoonallisuuteen.
- Tarkka anamneesi ja tutkimus sulkee pois päihteiden, lääkkeiden ja somaattisten sairauksien aiheuttaman mielialaoireilun

Miller S et al. Bipolar and Related Disorders in Weiss Roberts L (ed). (2019, 279-307) The Textbook of Psychiatry, Washington, The American Psychiatric Association Publisihing, 1326p.

131119 Bipolaaritauti

- **<u>Samanaikaiset muut häiriöt (komorbiditeetti):</u>**
- ¾ bipolaaripotilaista on muu psykiatrinen diagnoosi, yli puolella ainakin kolme komorbiditeettia (WHO:n WMHSI)
- Tavallisimmat ovat: 62 % ahdistuneisuushäiriöt, 44.8 % käyttäytymisen häiriöt (ADHD, ODD, oppositional defiant disorder), päihdeongelma 36.6 % (Merikangas et al, 2011)
- Myös somaattisia sairauksia
- Itsemurhariski on suuri: vuosittain yritetyt ja kuolemaan päättyneet itsemurhayritykset 3.9% ja 1.4 % (muu väestö: 0.5% ja 0.02%. Joka kolmas yritys (tehty itsemurha /yritys; 1/3) päättyy kuolemaan bipolaaripotilaalla, kun muussa väestössä se on 1:20-1:40. Erityisesti BP + masennus tai sekamuotoinen jakso.

Miller S et al. Bipolar and Related Disorders in Weiss Roberts L (ed). (2019, 279-307) The Textbook of Psychiatry, Washington, The American Psychiatric Association Publisihing, 1326p.

131119 Bipolaaritauti

- **<u>Kognitiivinen ja psykososiaalinen toimintakyky</u>**
- Kognitiivinen heikentyminen ja heikko psykososiaalinen toimintakyky on todettu bipolaaripotilailla sekä eutyymisina että akuuteissa mielialajaksoissa (Wingo et al 2009), mikä korreloi neurokognitiivisen heikentymisen kanssa.
- Elämänlaatu on johdonmukaisesti heikompi kuin muulla väestöllä, erityisesti masennusjaksot.

Miller S et al. Bipolar and Related Disorders in Weiss Roberts L (ed). (2019, 279-307) The Textbook of Psychiatry, Washington, The American Psychiatric Association Publisihing, 1326p.

131119 Bipolaaritauti

- **<u>Fenomenologia:</u>**
- Naisilla enemmän joissakin tutkimuksissa, toisissa ei.
- Naisilla on ehkä enemmän itsemurhayrityksiä, ahdistuneisuutta ja syömishäiriötä kuin miehillä
- Bipolaarinaisilla on muuta naisväestöä suurempi riski alkoholismiin, erityisesti synnytyksen jälkeen ja perimenopausaali (vaihdevuosi-iässä)-iässä.
- Lapsilla ja nuorilla on kroonista, subsyndromaalista ja usein sekamuotoista mielialaoireilua. Oireilu on hyvin lähellä ADHD, ODD, DMD (disruptive mood dysregulation), mikä voi johtaa väärään diagnoosiin ja hoidon viivästymiseen. Jos on primaariperheessä, epäily pitäisi herätä.
  - Ahdistus/masennus, affektilabiilisuus, subsyndromaaliset maniaoireet (49% riskitekijät)!
- Ei saisi olla vain masennus- tai ADHD-lääke bipolaarilapsella tai nuorella.

Miller S et al. Bipolar and Related Disorders in Weiss Roberts L (ed). (2019, 279-307) The Textbook of Psychiatry, Washington, The American Psychiatric Association Publisihing, 1326p.

131119 Bipolaaritauti

- **<u>Fenomenologia: (jatkuu)</u>**
- 25 % bipolaaripotilaista on yli 50-60-vuotiaita, mikä vuoksi somaattisten sairauksien samanaikaisuus, herkkyys hoitojen sivuvaikutuksille ja monimutkaiset psykososiaaliset haasteet ovat tälle ikäryhmälle tyypillisiä.
- 5-10% ensimmäinen jakso yli 50-vuotiaana, sekundaarisena tavallisesti aivoverenkierto/ neurologisten sairauksien yhteydessä.
- Kliinistä fenomenologiaa on iäkkäillä tutkittu vähän.

Miller S et al. Bipolar and Related Disorders in Weiss Roberts L (ed). (2019, 279-307) The Textbook of Psychiatry, Washington, The American Psychiatric Association Publisihing, 1326p.

3. Bipolaaritaudin etiologia (neurobiologia)

Yl juha kemppinen

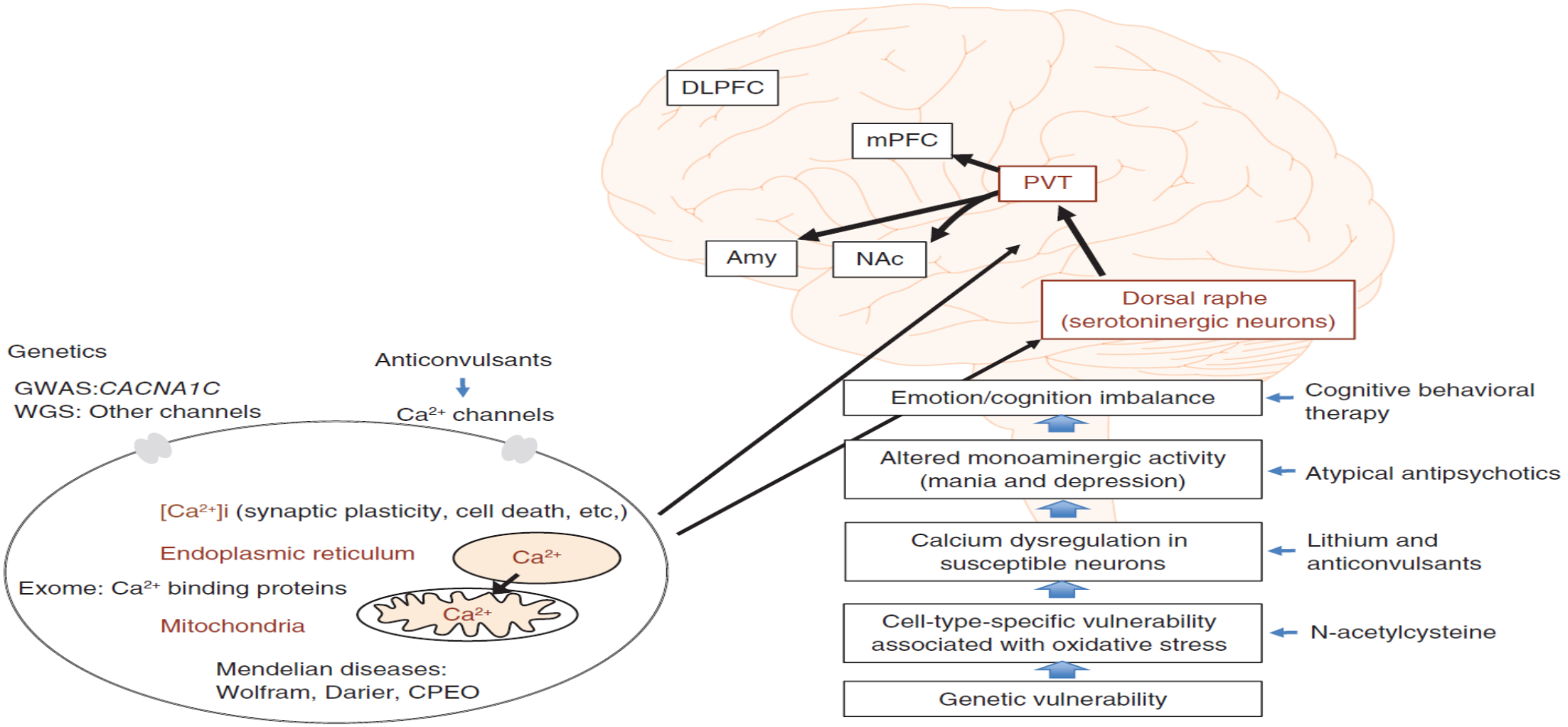


Fig.1 Biological mechanisms of bipolar disorder and modes of action for treatments. Genetic variations of an L-type calcium channel (*CACNA1C*) or other channels, mutations related to mitochondrial and endoplasmic reticulum-related Mendelian diseases, such as Wolfram disease, Darier's disease, and chronic progressive ophthalmoplegia [CPEO]) cause altered intracellular calcium signaling. Such genetic vulnerability may cause calcium dysregulation in cells exposed to oxidative stress, such as monoaminergic neurons. Altered excitability of these neurons cause altered activity of monoamines. Paraventricular thalamic nucleus (PVT), strongly innervated by serotonergic neurons, regulates emotion-related brain areas, such as the amygdala (Amy), nucleus accumbens (NAc), and medial prefrontal cortex (mPFC). These dysfunctions may cause altered balance between emotion-related brain regions and cognition-related regions, such as the dorsolateral prefrontal cortex (DLPFC). Anti-bipolar treatments may exert their effect at different levels. GWAS, genome-wide association studies; WGS, whole-genome sequencing.

Kato T, Current understanding of bipolar disorder: Toward integration of biological basis and treatment strategies, Psychiatry and Clinical Neurosciences 73: 526–540, 2019

Table 1. Integrative understanding of biological basis and treatment strategies in bipolar disorder

Target	Clinical studies	Basic studies	Treatment strategy
Calcium signaling	Altered calcium signaling in blood cells[115] Genome-wide association with *CACNA1C*[100]	Calcium signaling abnormalities in model mice (*Polg*,[142] *Ant1*[145]) Behavioral abnormality of *Cacna1c* mutant mice[116,117]	Lithium downregulates calcium signaling[250]
Serotonin	Trait-dependent alteration of 5-hydroxyindoleacetic acid[186] Morphological changes of dorsal raphe neurons in post-mortem brains[51–52]	Hyperactivity of serotonergic neurons in *Ant1* mutant mice[145]	Atypical antipsychotics (5-HT antagonists)[263–265]
Dopamine	State-dependent alteration of homovanillic acid[96]	Hyperdopaminergic state in *Clock* mutant mice[203]	Atypical antipsychotics (D_2 antagonists[268]/partial agonists,[265] 5-HT_{2A} antagonism balancing dopamine signaling[263])
Glutamate	Increased glutamine/glutamate levels by proton MRS[28]	Mutant mice with impaired RNA editing of AMPA/Kainate receptors show behavioral abnormality[77]	Ketamine blocks NMDA receptor[217] Lamotrigine attenuates glutamate release[259]
Inositol	Reduced inositol levels in lymphoblastoid cells[162]	IMPase knockout mice show behavioral abnormalities[253]	Lithium depletes intracellular inositol[250] Clinical trial of an IMPase inhibitor, ebselen, is underway[254]

Kato T, Current understanding of bipolar disorder: Toward integration of biological basis and treatment strategies, Psychiatry and Clinical Neurosciences 73: 526–540, 2019

Table 1. Integrative understanding of biological basis and treatment strategies in bipolar disorder

Target	Clinical studies	Basic studies	Treatment strategy
Polyunsaturated fatty acids	Genome-wide association with *FADS1/2*[101]	Ongoing	Efficacy of omega-3 fatty acids[103,238]
Mitochondria	Comorbidity with mitochondrial diseases[138–140]	Recurrent depression-like episodes in *Polg* mice[143]	Dietary supplements to improve mitochondrial function are under investigation[239]
Oxidative stress	Increased oxidative stress markers[190–195]	Ongoing	Possible efficacy of *N*-acetylcysteine[236]
ER stress	Wolfram disease accompanies bipolar disorder[126]	Depression-like behavior of *Wfs1* mutant mice[136]	Valproate acts on ER stress pathway[135,260]
Circadian rhythm	Impaired diurnal rhythm[198] Comorbid circadian rhythm sleep disorder worsens the course[200]	Manic-like behavior of *Clock* mutant mice[202]	Efficacy of interpersonal social rhythm therapy[201]
Neuronal excitability	Bipolar-like symptoms in epileptic patients[40]	Epileptic phenotypes of *Ank3* mutant mice[121] and *Shank3* mutant mice[124]	Efficacy of anticonvulsants[211]
	Darier's disease accompanies bipolar disorder and epilepsy[125,130] Reduction of interneurons in the post-mortem brains[53,54]	Hyperexcitability of iPSC-derived neurons of patients[182,183] Hyperexcitability of serotonergic neurons in *Ant1* mutant mice[145]	Electroconvulsive therapy reduces membrane excitability[227]
Photoperiodicity	Seasonal course of illness[96] Altered melatonin levels[205,206] Decreased acetylserotonin O-methyltransferase (ASMT) activity in lymphoblastoid cells[166]	Ongoing	A small clinical study showed beneficial effect of ramelteon[237]
Emotion/cognition imbalance	Enhanced response of amygdala and diminished response of DLPFC to emotional tasks[31–34] Decreased cortical gray matter volume[19] Decreased spine density in DLPFC[49]	Stress differentially affects neurons in emotion-related and cognition-related circuits[155,156]	Efficacy of cognitive behavioral therapy[243] Lithium normalizes reduced gray matter volume[17,19] Efficacy of neurofeedback targeting amygdala for depression[246]

DLPFC, dorsolateral prefrontal cortex; ER, endoplasmic reticulum; iPSC, induced pluripotent stem cell; mPFC, medial prefrontal cortex; MRS, magnetic resonance spectroscopy.
[Correction added on 17 June 2019, after first online publication: 'polyunsaturated acids' has been replaced with 'polyunsaturated fatty acids'.]

Kato T, Current understanding of bipolar disorder: Toward integration of biological basis and treatment strategies, Psychiatry and Clinical Neurosciences 73: 526–540, 2019

Right ventrolateral prefrontal dysfunction was uniquely associated with BD.
Our findings suggest that while reduced parietal engagement relates to genetic risk,
fronto-striatal dysfunction reflects processes underpinning disease expression for mood disorders.

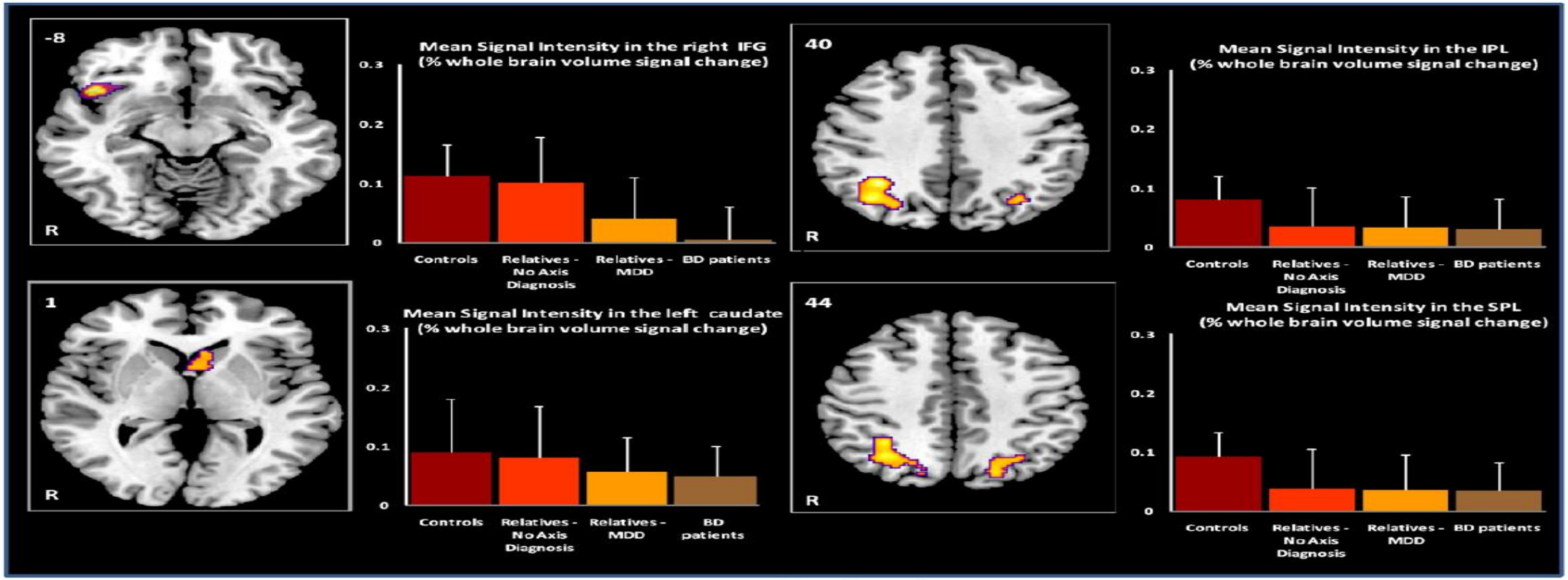


Fig. 1. Analysis of variance maps (axial sections presented in the standard space of Talairach and Tournoux with the z dimension shown numerically on the top left corner of each image) showing anatomical locations of the main effect of the group (bipolar patients, relatives and controls) on activation in the incongruent vs. neutral condition. Also shown are plots of the mean and standard deviations of the weighted estimates of neural responses extracted from these areas for controls, relatives without Axis I diagnosis, relatives with Major Depressive Disorder (MDD) and Bipolar Disorder (BD) patients. IFG = Inferior Frontal Gyrus, IPL = Inferior Parietal Lobule, SPL = Suerior Parietal Lobule.

Francesco Pompei et al, Familial and disease specific abnormalities in the neural correlates of the Stroop Task in Bipolar Disorder, NeuroImage xxx (2011) xxx–xxx

Right ventrolateral prefrontal dysfunction was uniquely associated with BD.
Our findings suggest that while reduced parietal engagement relates to genetic risk,
fronto-striatal dysfunction reflects processes underpinning disease expression for mood disorders.

Conclusions:
Our results corroborate and refine what is known about the neural basis of disease-related abnormalities in BD and provide new information about the impact of genetic risk for BD on the networks involved in cognitive control.

Posterior parietal dysfunction, and by **inference selective attention**, emerged as a genetically-mediated **marker of vulnerability to BD**, which is however *not sufficient* for syndromal manifestation.

Reduced activation in fronto-striatal regions emerged as a potential marker of **syndromal expression** for mood disorders. **Hypofunction within the caudate nucleus** appears to be a shared feature of **MDD** and **BD** and may underpin observed overlap in manic-like symptoms between the disorders (Angst et al., 2010).

In contrast, **VLPFC dysfunction** appeared uniquely related to **disease expression for BD**.

Our findings point to the possibility of using measures of VLPFC dysfunction as a means of identifying individuals at genetic high risk who are likely to transition to syndromal expression for BD.

Francesco Pompei et al, Familial and disease specific abnormalities in the neural correlates of the Stroop Task in Bipolar Disorder, NeuroImage xxx (2011) xxx–xxx

4. Bipolaaritaudin diagnosointi

Yl juha kemppinen

Bipolar Disorder

Diagnosis:

Bipolar disorder involves at least one manic episode[1], 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

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!

S. Stahl, 2008

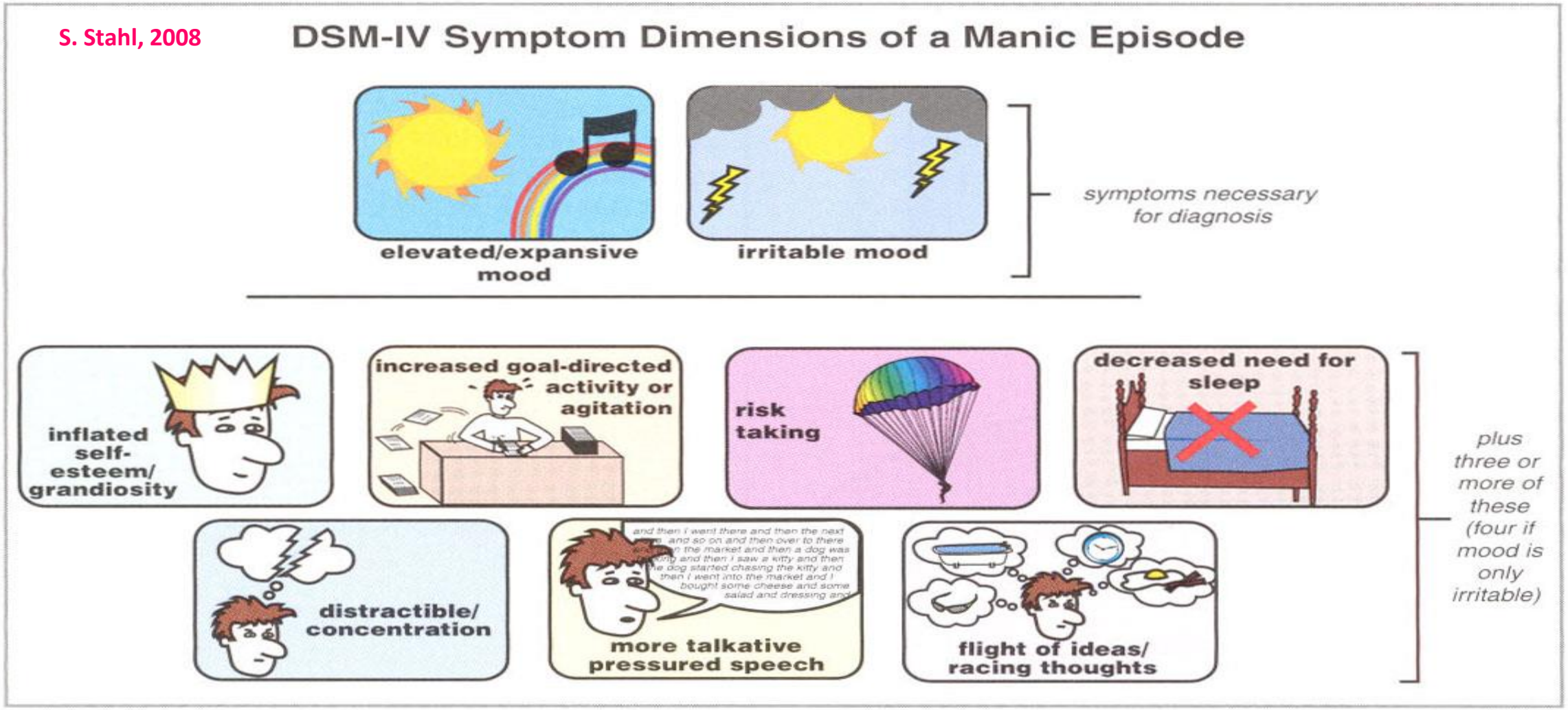


FIGURE 11-56 DSM-IV symptoms of mania. According to the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth edition (DSM-IV), a manic episode consists of either elevated/expansive mood or irritable mood. In addition, at least three of the following must be present (four if mood is irritable):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

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

Ries, 2004

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 MDE	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	
	Constant & Severe	Nearly Every Day	Often	Rarely & or Mild	Normal or None	Rarely & or Mild	Often	Nearly Every Day	Constant & Severe	MDE	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		

©2006 Gary Sachs, MD
Produced by **Compact** Clinicals Kansas City, MO

CLINICAL MONITORING FORM for Clinician Use Only

DIAGNOSTIC, TREATMENT, AND SEVERITY RATING INFORMATION

CURRENT CLINICAL STATUS (Check only one)

- ☐ Depression ≥5 MDE
- ☐ Mania ≥3*
- ☐ Hypomania ≥3*
- ☐ Mixed episodes
- ☐ Other diagnosis:
- ☐ Continuing Sx
- ☐ Recovering
- ☐ Recovered
- ☐ Roughening

* ≥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 4 = severe

Tremor	
Dry Mouth	
Sedation	
Constipation	
Poor Memory	
Sexual Dysfunction	
Increased Appetite	
Weight Gain	
EPS	

TREATMENTS

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 _____

Sachs GS, Guille C, and McMurrich SL. A clinical monitoring form for mood disorders. *Bipolar Disorders* 2002;4:323-327.

©2006 Gary Sachs, MD
Produced by **Compact** Clinicals Kansas City, MO

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.

Päivitys 2013

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50076

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.

Päivitys 2013

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50076

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.

Päivitys 2013

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50076

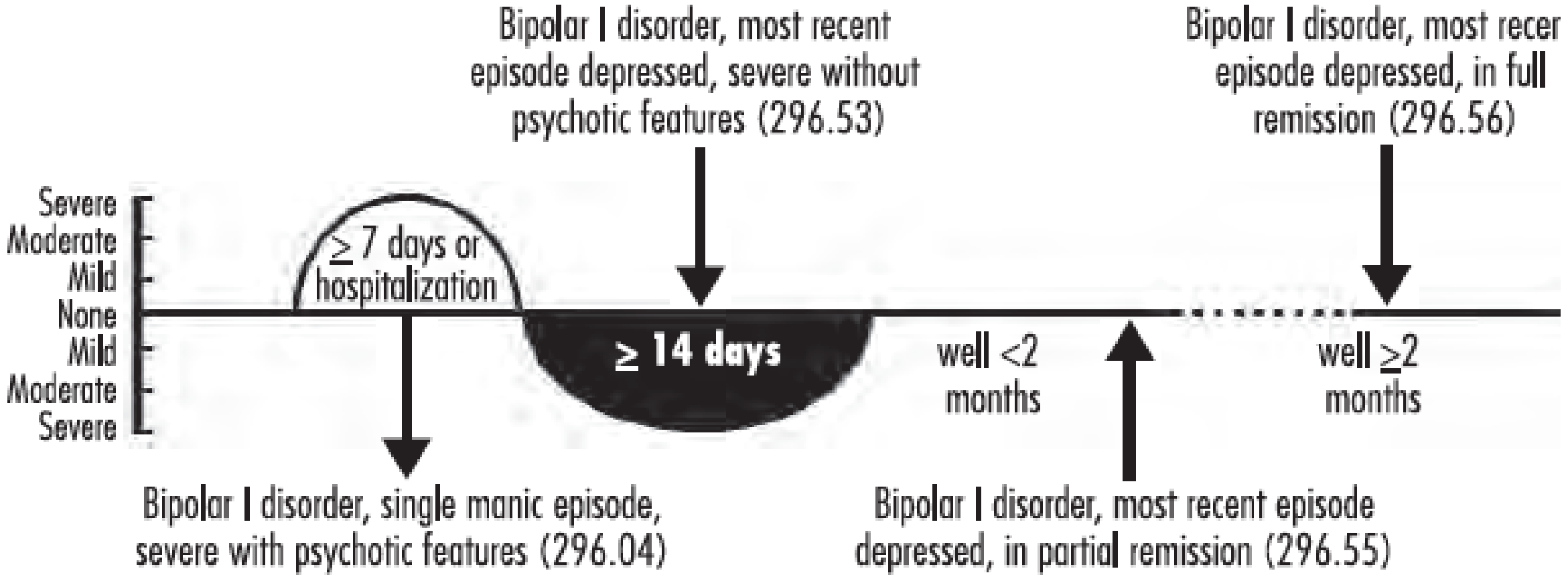
F34.0 Mielialan aaltoiluhäiriö (syklotymia)

- Affektiivinen persoonallisuus
- Sykloidinen persoonallisuus
- Syklotyyminen persoonallisuus

- **Huomautukset**
- Häiriöön liittyy jatkuva mielialan epävakaisuus, johon sisältyy toistuvia lieviä masentuneisuuden ja mielialan kohoamisen jaksoja.
- Mielialan epävakaisuus alkaa yleensä varhaisessa aikuisiässä ja on pitkäaikainen.
- Mieliala voi kuitenkin olla vakaa ja normaali useita kuukausia kerrallaan.
- Henkilö kokee yleensä mielialan muutokset ulkoisista tekijöistä riippumattomina.
- Häiriön diagnosointi edellyttää joko tarkkoja tietoja henkilön aiemmasta käyttäytymisestä tai pitkäaikaista seurantaa.
- Mielialan aaltoiluhäiriö johtaa harvoin hoitoon hakeutumiseen.
- Joissakin tapauksissa, toimintataso, itseluottamus, seurallisuus tai ruokahalu vaihtelevat huomattavasti enemmän kuin mieliala.

F34.0 Mielialan aaltoiluhäiriö (syklotymia)

- Diagnostiset kriteerit:
  A. Mieliala on ollut **vähintään kahden vuoden ajan** epävakainen ja tähän on liittynyt useita masennuksen ja hypomanian jaksoja peräkkäin tai mieliala on ollut välillä normaali.
  B. Mikään yksittäisistä sairausjaksoista ei täytä oireiston tai keston perusteella maanisen jakson tai keskivaikean tai vaikea-asteisen masennusjakson kriteerejä. Mania- tai masennusjakso voi kuitenkin esiintyä ennen mielialan epävakaisuuden jaksoa tai
  sen jälkeen.
  C. Ainakin jossakin masennusvaiheessa esiintyy **vähintään kolme** seuraavista oireista:
  (1) toimeliaisuuden tai voimavarojen väheneminen
  (2) unettomuus
  (3) itseluottamuksen puute tai riittämättömyyden tunne
  (4) keskittymisvaikeudet
  (5) sosiaalinen välttely
  (6) kyky nauttia seksistä tai muista mielihyvää tuottavista toiminnoista on vähentynyt tai kiinnostus niitä kohtaan puuttuu
  (7) vähäpuheisuus tavanomaiseen verrattuna
  (8) pessimismi suhteessa tulevaisuuteen tai menneisyyden murehtiminen
  D. Ainakin jossakin mielialan kohoamisen vaiheessa on esiintynyt **vähintään kolme** seuraavista oireista:
  (1) toimeliaisuuden tai voimavarojen lisääntyminen
  (2) unen tarpeen väheneminen
  (3) itsetunnon kohoaminen
  (4) poikkeuksellisen luova tai terävä ajattelukyky
  (5) poikkeuksellinen seurallisuus
  (6) poikkeuksellinen puheliaisuus tai henkevyys (sanallinen iskevyys)
  (7) kiinnostuksen lisääntyminen seksiä ja muita mielihyvää tuottavia toimintoja kohtaan
  (8) ylioptimismi tai aiempien aikaansaannosten liioittelu
  Erotusdiagnoosi:
  Tätä häiriötä esiintyy usein kaksisuuntaista mielialahäiriötä (F31) sairastavien potilaiden sukulaisilla. Joillekin potilaille kehittyy lopulta kaksisuuntainen mielialahäiriö tai toistuva masentuneisuus (F33). Mielialan aaltoiluhäiriö saattaa kestää koko aikuisiän tai välillä voi esiintyä oireettomia jaksoja.
  Huom!
  Tarvittaessa häiriö voidaan määritellä alkamisiän perusteella varhain (ennen 20 vuoden ikää) tai myöhemmällä iällä (30-50 vuoden iässä mielialahäiriöjakson jälkeen) alkaneeksi.



URE 2–1. Evolution of bipolar I disorder.

Ketter T (ed), Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders, 2010

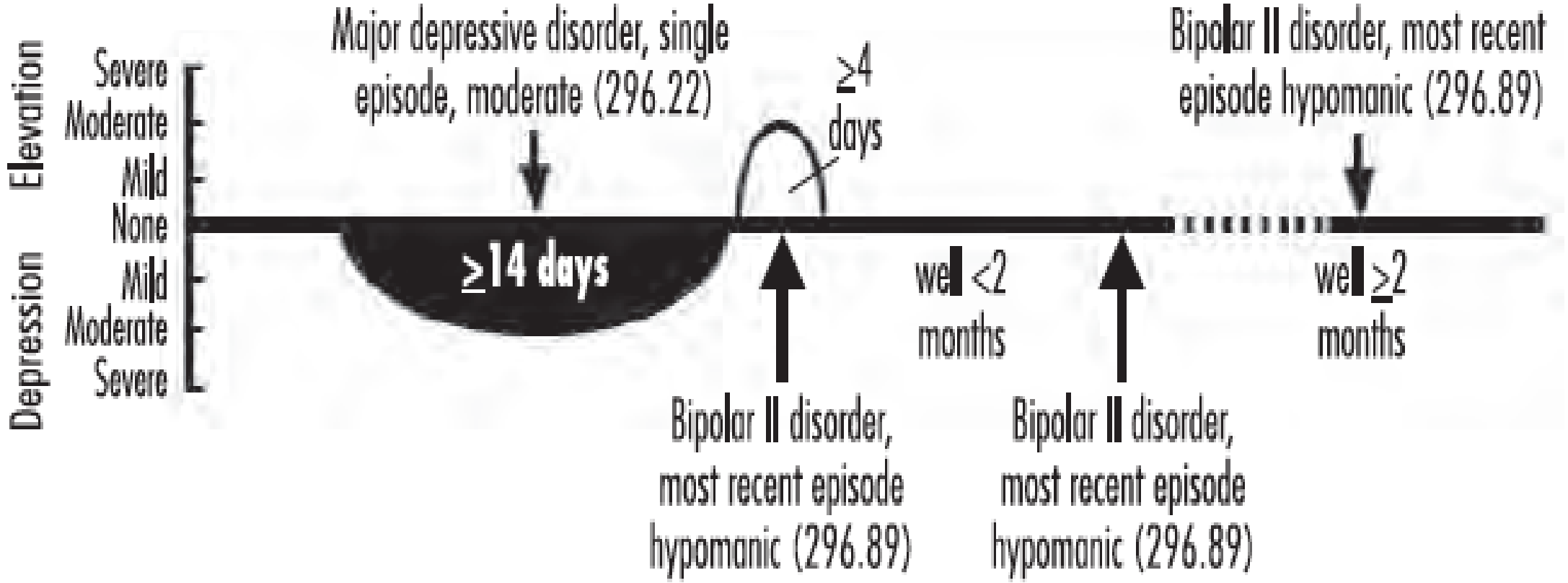


FIGURE 2–2. Evolution of bipolar II disorder.

Ketter T (ed), Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders, 2010

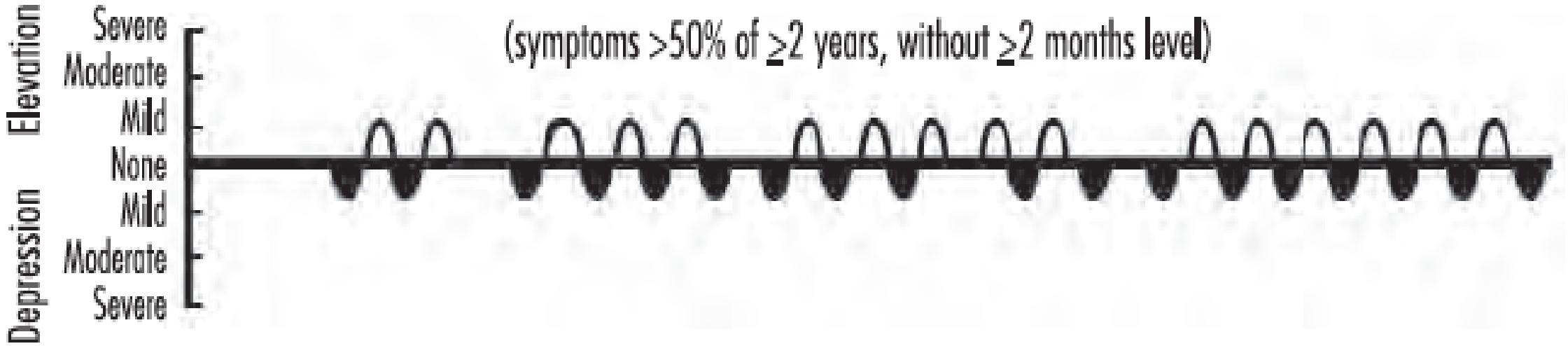


FIGURE 2–3. Course of cyclothymic disorder (301.13).

Ketter T (ed), Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders, 2010

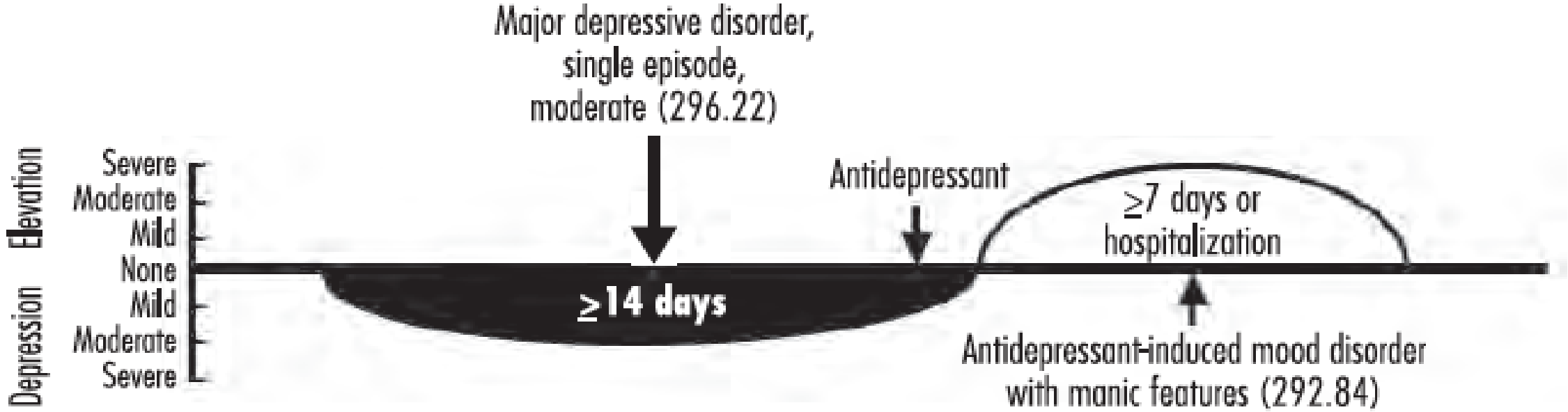


FIGURE 2–4. Major depressive disorder, single episode, and antidepressant-induced mood disorder with manic features.

Ketter T (ed), Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders, 2010

MADRS
Montgomery – Åsberg: Depression Rating Scale

NIMI SYNT.AIKA PÄIVÄYS

Huomioitu alakuloisuus

1. **A**

Tarkoittaa emotionaalisen perusvireen alentumista (erotukseksi tilanteesta johtuvista tunnetiloista). Käsittää 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 johdateltavissa muihin asioihin.

Kohonnut mieliala luokitellaan nollaksi.

- 0 Neutraali mieliala.
- 1
- 2 Näyttää koko ajan alakuloiselta, mutta voi tilapäisesti tulla valoisammalle tuulelle.
- 3
- 4 Näyttää alakuloiselta ja onnettomalta puheenaiheesta riippumatta.
- 5
- 6 Ilmaisee läpikotaista, äärimmäistä synkkyyttä, raskasmielisyyttä tai epätoivoista onnettomuuden tunnetta.

pisteet 0 – 6 ☐

Ilmoitettu alakuloisuus

2. **A**

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

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

Kohonnut mieliala luokitellaan nollaksi.

- 0 Neutraali mielentila. Voi tuntea sekä tilapäistä hilpeyttä että apeutta olosuhteiden mukaan, ilman painoa kumpaankaan suuntaan.
- 1
- 2 Enimmäkseen alakuloinen, mutta valoisampiakin hetkiä on välillä.
- 3
- 4 Jatkuvasti alakuloinen ja synkkämielinen. Ulkoiset olosuhteet vaikuttavat hyvin vähän mielentilaan.
- 5
- 6 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
- 2 Tilapäisiä epämiellyttävän psyykkisen jännityksen tunteita.
- 3
- 4 Jatkuva sisäisen levottomuuden tunne, joka toisinaan kehittyy paniikiksi, joka vain vaivoin on hillittävissä.
- 5 Pitkäaikaisia paniikinomaisia ahdistuskohtauksia. Vallitseva kauhuntunne tai ahdistava kuolemanpelko, jota (potilas) ei yksin pysty hallitsemaan.
- 6

pisteet 0 – 6 ☐

4. **VÄHENTYNYT YÖUNI**

Tarkoittaa lyhentynyttä tai liiaksi keventynyttä unta tavallisiin nukkumatapoihin verrattuna. Lisääntynyt uni luokitellaan nollaksi.

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

- 0 Nukkuu tavalliseen tapaan.
- 1
- 2 Kohtuullisia vaikeuksia päästä uneen, tai lyhyempi, pinnallisempi tai rauhattomampi uni kuin tavallisesti.
- 3
- 4 Lyhentynyt nukkuma-aika (vähintään kaksi tuntia vähemmän kuin tavallisesti). Herää usein yön aikana myös ilman ulkoisia häiriöitä.
- 5
- 6 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
- 2 Huono ruokahalu.
- 3
- 4 Ruokahalu puuttuu melkein kokonaan, ruoka ei maistu: täytyy pakottaa itsensä syömään.
- 5
- 6 Ei syö mitään, jollei joku maanittele. Kieltäytyy kokonaan syömästä.

pisteet 0 – 6 ☐

MADRS
Montgomery – Åsberg: Depression Rating Scale

6. **KESKITTYMISVAIKEUDET**

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

Pidettävä erillään muistihäiriöistä ja häiriöistä ajatuksen juoksussa.

- 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.

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
- 2 Lieviä alkuvaikeuksia.
- 3
- 4 Vaikea ryhtyä yksinkertaisiinkin rutiinitehtäviin, nämä vaativat suuria ponnistuksia.
- 5
- 6 Kyvytön ryhtymään yksinkertaisiimpiinkin 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. Subjektiivinen kyvyttömyys tunnereaktioihin lähiympäristön ihmisiä ja tapahtumia kohtaan.

- 0 Normaalisti kiinnostunut ulkomaailmasta ja toisista ihmisistä.
- 1
- 2 Vaikea tuntea huvia siitä mikä tavallisesti kiinnostaa. Vähentynyt kyky suuttua tai ärsyyntyä.
- 3
- 4 Mielenkiinto ulkomaailmaa kohtaan puuttuu. Ystävät ja tuttavat tuntuvat samantekeviltä.
- 5

- 6 Täysin kyvytön tuntemaan adekvaattia surua tai vihaa. Täydellinen tai tuskallinen välinpitämättömyyden tunne ja kyvyttömyys tuntea mitään edes läheisimpiä 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
- 2 Lyhytaikaisia itsesyytöksiä ja alemmuudentunteita 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.

pisteet 0 – 6 ☐

10. **ELÄMÄÄN KYLLÄSTYNEISYYS JA ITSEMURHA-AJATUKSIA**

Tarkoittaa elämään kyllästymistä, kuolemantoivomuksia, itsemurha-ajatuksia sekä itsemurhavalmisteluja. Mahdolliset itsemurhayritykset eivät sinänsä vaikuta luokitukseen.

- 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 itsemurhavalmisteluja.

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

(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 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 ärtyisä, 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?.....

	Kyllä	Ei
a)	☐	☐
b)	☐	☐
c)	☐	☐
d)	☐	☐
e)	☐	☐
f)	☐	☐
g)	☐	☐
h)	☐	☐
i)	☐	☐
j)	☐	☐
k)	☐	☐
l)	☐	☐
m)	☐	☐
	X	☐

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.*

1 Ei ongelmia
2 Vähäisiä
3 Kohtalaisia
4 Vakavia

- Positiivinen MDQ-löydös merkitsee vasta kaksisuuntaisen mielialahäiriön epäilyä eikä vielä diagnoosia, koska diagnoosi edellyttää perusteellista diagnostista arviota. Alle 40 % MDQ-seulassa positiivisen tuloksen saaneista varmistui tutkimuksessa kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastaviksi [42].
- Sairaushistorian graafinen kuvaus on päteväksi osoitettu menetelmä, jota voidaan käyttää apuna retrospektiivisesti kaksisuuntaisen mielialahäiriön sairauden kulun selvittämisessä.

Päivitys 2013

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50076

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

YMRS

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 ympäripyöreys; lievä häiriöherkkyys
2. Häiriöherkkä; puheen kohde hämärtyy, vaihtaa aihetta jatkuvasti; ajatukset laukkaavat
3. Ajatuksenrientoa; tangentiaalisuutta; vaikea seurata; riimittelyä, 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 vaatetettu; huomiota herättävä ehostus
4. Täysin hoitamaton; epätavallisesti koristautunut; outoja vaatteita

11. Sairaudentunne
0. Sairaudentuntoinen; ymmärtää tarvitsevansa hoitoa
1. Myöntää olevansa ehkä sairas
2. Myöntää käytöksensä muuttuneen mutta ei olevansa sairas
3. Myöntää käytöksensä ehkä muuttuneen mutta ei olevansa sairas
4. Kieltää kaiken tapahtuneen muutoksen käytöksessään

YMRS - manian ja hypomanian arviointiasteikko[1)]

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 kliinikon havaintoihin tutkimustilanteessa; enemmän painoa annetaan kliinikon 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 kliinikon 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

Hypomanian seulontatesti on

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	
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...)	✓

Liz Forty et al, Reducing the Hypomania Checklist (**HCL-32**) to **a 16-item version**, Journal of Affective Disorders 124 (2010) 351–356

Itsemurhan arviointitesti:

COLUMBIA-SUICIDE SEVERITY RATING SCALE

Screen Version

SUICIDE IDEATION DEFINITIONS AND PROMPTS:	**Past month**	
Ask questions that are bolded and underlined.	**YES**	**NO**
Ask Questions 1 and 2		
1) Wish to be Dead: Person endorses thoughts about a wish to be dead or not alive anymore, or wish to fall asleep and not wake up. ***Have you wished you were dead or wished you could go to sleep and not wake up?***		
2) Suicidal Thoughts: General non-specific thoughts of wanting to end one's life/commit suicide, *"I've thought about killing myself" without general thoughts of ways to kill oneself/associated methods, intent, or plan."* ***Have you actually had any thoughts of killing yourself?***		
If YES to 2, ask questions 3, 4, 5, and 6. If NO to 2, go directly to question 6.		
3) Suicidal Thoughts with Method (without Specific Plan or Intent to Act): Person endorses thoughts of suicide and has thought of a least one method during the assessment period. This is different than a specific plan with time, place or method details worked out. *"I thought about taking an overdose but I never made a specific plan as to when where or how I would actually do it…and I would never go through with it."* ***Have you been thinking about how you might kill yourself?***		
4) Suicidal Intent (without Specific Plan): Active suicidal thoughts of killing oneself and patient reports having some intent to act on such thoughts, as opposed to *"I have the thoughts but I definitely will not do anything about them."* ***Have you had these thoughts and had some intention of acting on them?***		
5) Suicide Intent with Specific Plan: Thoughts of killing oneself with details of plan fully or partially worked out and person has some intent to carry it out. ***Have you started to work out or worked out the details of how to kill yourself? Do you intend to carry out this plan?***		
6) Suicide Behavior Question ***"Have you ever done anything, started to do anything, or prepared to do anything to end your life?"*** Examples: Collected pills, obtained a gun, gave away valuables, wrote a will or suicide note, took out pills but didn't swallow any, held a gun but changed your mind or it was grabbed from your hand, went to the roof but didn't jump; or actually took pills, tried to shoot yourself, cut yourself, tried to hang yourself, etc. **If YES, ask:** ***How long ago did you do any of these?*** · Over a year ago? · Between three months and a year ago? · Within the last three months?		

http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50076.pdf

Toimintakyvyn arviointi

- Toimintakykyä on tarkasteltava sekä ajankohtaisen sairausjakson osalta että pitkittäisnäkökulmasta
- SOFAS-asteikon käyttö on suositeltavaa
- Ajankohtainen vähintään keskivaikea masennus- tai maniajakso heikentää yleensä toimintakykyä huomattavasti
- Rajoitukset työn ja työkyvyn suhteen ovat suhteellisen pieniä, jos sairaus on hyvässä hoitotasapainossa ja potilas on sitoutunut hoitoon, mutta päinvastaisessa tilanteessa jokseenkin kaikenlainen ansiotyö voi jo hyvin nuorena osoittautua mahdottomaksi
- Ammatit ja työt, joissa säännöllisen vuorokausirytmin ylläpito ei ole mahdollista, eivät ole suositeltavia kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastaville

Kaksisuuntainen mielialahäiriö, Käypä hoito –suositus 20.10.2008

Toimintakyvyn arviointi

Taulukko 7. DSM-IV:ään sisältyvä SOFAS-asteikko.

Koodi[1]	Merkitys
91–100	Erinomainen toimintakyky useilla elämänalueilla
81–90	Hyvä toimintakyky kaikilla elämänalueilla; ammatillisesti ja sosiaalisesti tehokas
71–80	Vain vähäinen heikentyneisyys sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esimerkiksi harvinainen ihmissuhderistiriita tai tilapäinen jälkeen jääminen koulutyössä)
61–70	Lieviä vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä, mutta yleisesti hyvä toimintakyky; joitakin mielekkäitä ihmissuhteita
51– 60	Kohtalaisia vaikeuksia sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esimerkiksi vain vähän ystäviä tai esiintyy ristiriitoja ikä- tai työtovereiden kanssa)
41–50	Vakava heikentyneisyys sosiaalisessa, ammatillisessa tai opiskelun edellyttämässä toimintakyvyssä (esimerkiksi ei ystäviä tai ei pysty säilyttämään työpaikkaa)
31–40	Merkittävä heikentyneisyys useilla elämänalueilla, kuten työssä, koulussa tai perhesuhteissa (esimerkiksi 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 elämänalueilla (esimerkiksi pysyttelee vuoteessa koko päivän; ei työpaikkaa, kotia tai ystäviä)
11–20	Laiminlyö ajoittain henkilökohtaisen hygienian vähimmäistason; kyvytön toimimaan itsenäisesti
1–10	Laiminlyö jatkuvasti henkilökohtaisen hygienian vähimmäistason; kyvytön toimimaan vahingoittamatta itseään tai muita taikka ilman huomattavaa ulkopuolista tukea (esimerkiksi hoitoa tai valvontaa)
0	Riittämättömät tiedot

[1] Jos mahdollista, käytä tarkkoja lukuja, esimerkiksi 45, 68 tai 72.

Tarkastele sosiaalista ja ammatillista toimintakykyä jatkumolla erinomaisesta toimintakyvystä huomattavasti heikentyneeseen toimintakykyyn. Ota huomioon toimintakyvyn heikentyneisyydet, 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.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö, Käypä hoito –suositus 20.10.2008

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 yhtäaikaisesti 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 tarpeelliseltakaan.
- **5. *Seksuaalisen kiinnostuksen ja halukkuuden kasvua*** esiintyy usein hypomaniassa. Voi esiintyä sekä lisääntyvää kiinnostusta seksuaalisten suhteiden luomiseen – usein myös parisuhteen ulkopuolella – että lisääntynyttä 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, ärsykkeitä ja toimintaa, luo usein nopeasti puhekontaktin ventovieraiden henkilöiden kanssa ja käyttäytyy näissä tilanteissa korostuneen tuttavallisesti ja estottomasti.

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. Kuulija 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 haastattelija jää usein vaille suunvuoroa.
- **3. *Ajatuksenriento tai tunne kiihtyneestä ajatustoiminnasta*.** Potilaan ajatustoiminta on kiihtynyttä, mikä ilmenee subjektiivisena kokemuksena ajatustoiminnan kiihtyneestä nopeudesta ja runsaista mielleyhtymistä. Hypomanian yhteydessä potilas yleensä kokee ajatustoimintansa nopeaksi, teräväksi ja selkeäksi; manian yhteydessä kokemus on jo epämiellyttävä mielleyhtymien tulvan ja kiihtyneisyyden vuoksi. Manian äärimuodoissa potilaalla voi olla skitsofreniaa muistuttavia ajatushäiriöitä, ja hänen puheensa mielleyhtymiä 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 arvostelukyvyttömästi 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 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**. Mielialan**mukaisia** psykoottisia oireita ovat esimerkiksi **suuruusharhaluulot**: maaninen potilas voi uskoa tehneensä mullistavan keksinnön, olevansa poliittinen tai uskonnollinen merkkihenkilö tai omaavansa yliluonnollisia kykyjä. Mielialan**vastaisia** 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.

Manian erotusdiagnoosit:

- **F06.30 Elimellinen maaninen häiriö**
- **F10.55 Alkoholin käytön aiheuttama psykoottinen häiriö; pääasiassa maanisin oirein ilmenevä**
- **F11.55 Opioidien käytön aiheuttama psykoottinen häiriö; pääasiassa maanisin oirein ilmenevä**
- **F14.55 Kokaiinin käytön aiheuttama psykoottinen häiriö; pääasiassa maanisin oirein ilmenevä**
- **F16.55 Hallusinogeenien käytön aiheuttama psykoottinen häiriö; pääasiassa maanisin oirein ilmenevä**
- **F18.55 Liuotinaineiden käytön aiheuttama psykoottinen häiriö; pääasiassa maanisin oirein ilmenevä**
- **F19.55 Useiden lääkeaineiden ja psyykkisiin toimintoihin vaikuttavien aineiden käytön aiheuttama psykoottinen häiriö; pääasiassa maanisin oirein ilmenevä**
- **F25.0 Skitsoaffektiivinen häiriö, maaninen muoto**

Sekamuotoinen jakso ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusjakso

- Sekamuotoinen jakso (DSM-5:ssä ei enää ole!, ICD-11:ssa on)
- **Sekamuotoista jaksoa** luonnehtii **masennusoireiden sekä hypomaanisten tai maanisten oireiden samanaikainen esiintyminen** joko nopeasti vuorotellen tai yhtäaikaisesti 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 yhtaikaisesti. 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.

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, verenpainetautia, 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,
24% Paniikkihäiriö

14% Alkoholiriippuvuus

8 % Syömishäiriö

41%Persoonallisuushäiriö

Päivitys 2013

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50076

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 **persoonallisuus**häiriö 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 **perso**onallisuushäiriöissä korostuvat unipolaarisiin masennuspotilaisiin verrattuna **epävakaat ja epäsosiaaliset piirteet**.
- Nuoruusiän kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä käytöshäiriö ja tarkkaavaisuushäiriö ovat yleisiä samanaikaisia häiriöitä.

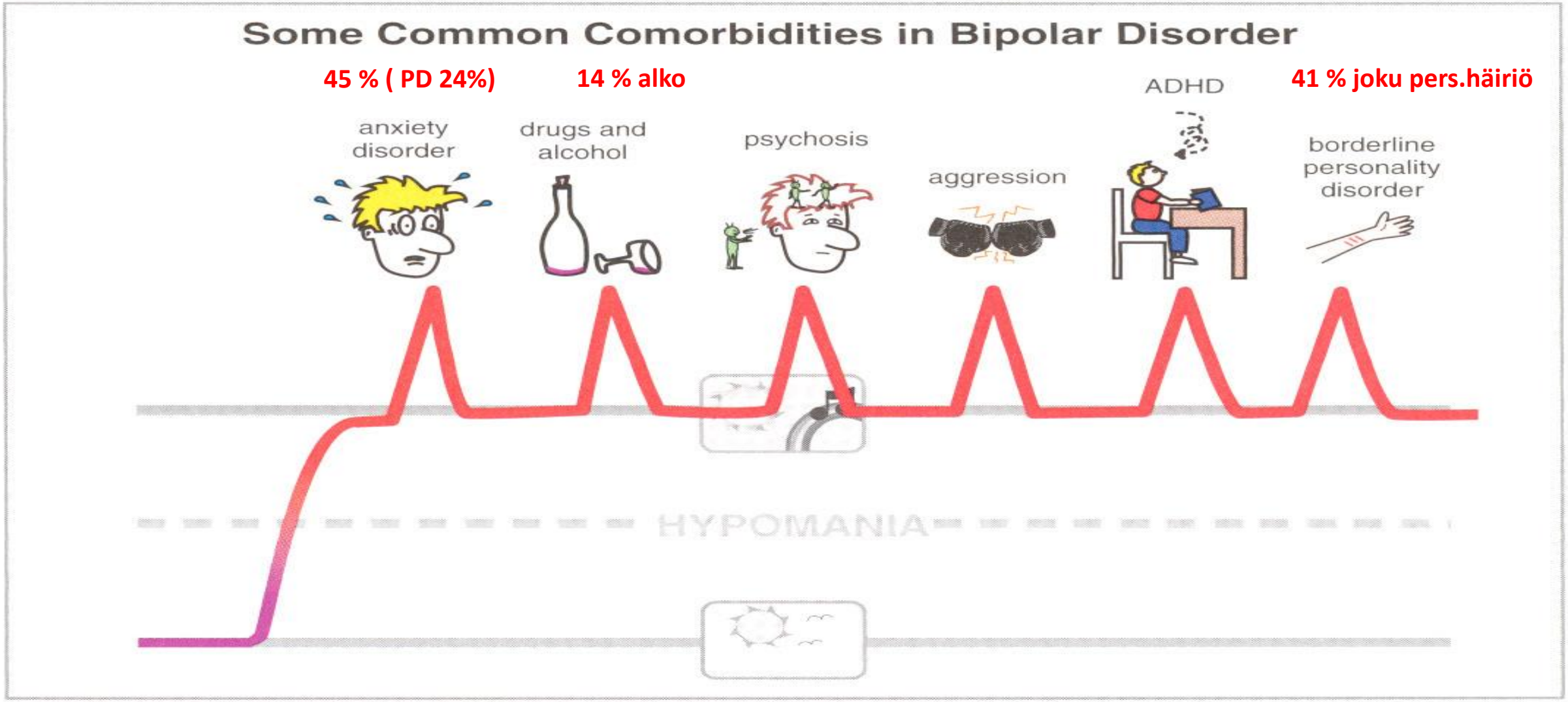


FIGURE 13-42 Common comorbidities in bipolar disorder. Many patients with bipolar disorder also have comorbid conditions. Common comorbidities include anxiety disorders, drug and alcohol abuse, psychosis, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), and borderline personality disorder. Aggression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

S. Stahl, Stahl´s Essential Psychopharmacology, 2008

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

	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	Toistuva masennus	Skitsoaffektiivinen 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 skitsoaffektiivinen 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 kohonnutta 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.

Päivitys 2013

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50076

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

Ketter T (ed), Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders, 2010

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	Insomnia
Hyperphagia	Decreased appetite
Psychomotor retardation	Psychomotor agitation
Other "atypical" symptoms	
Psychosis and/or pathological guilt	Somatic complaints
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)
Family history	
Bipolar disorder	No bipolar disorder

Note. Confirmation of specific numbers requires further study.
Source. Adapted from Mitchell et al. 2008.

Ketter T (ed), Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders, 2010

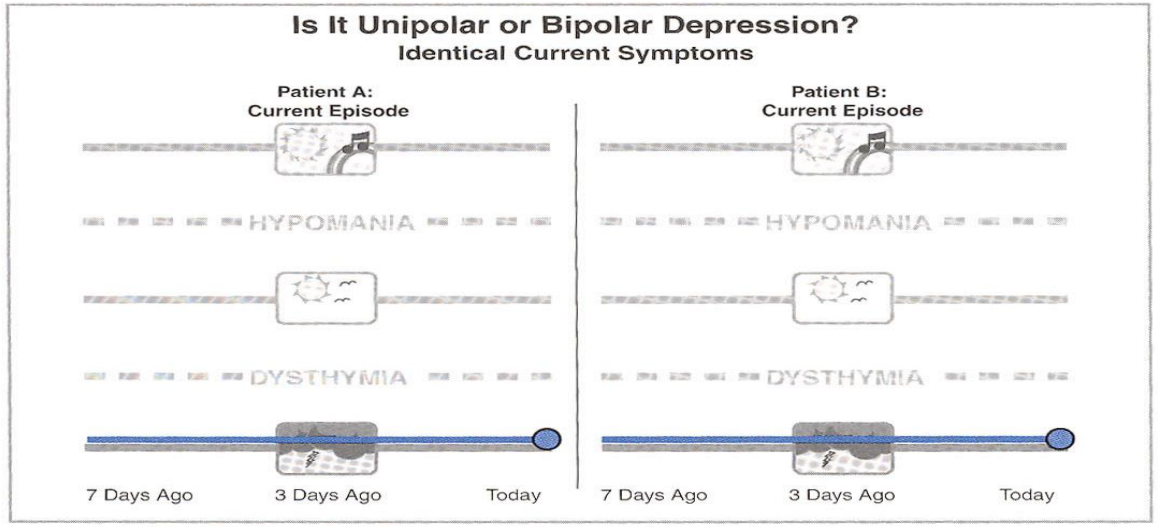


FIGURE 11-23 Unipolar versus bipolar depression presentation. The presenting symptoms of a major depressive episode in bipolar illness (Patient B) may be indistinguishable from those of a major depressive episode in unipolar depression (Patient A). Thus, the current presentation is not sufficient for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

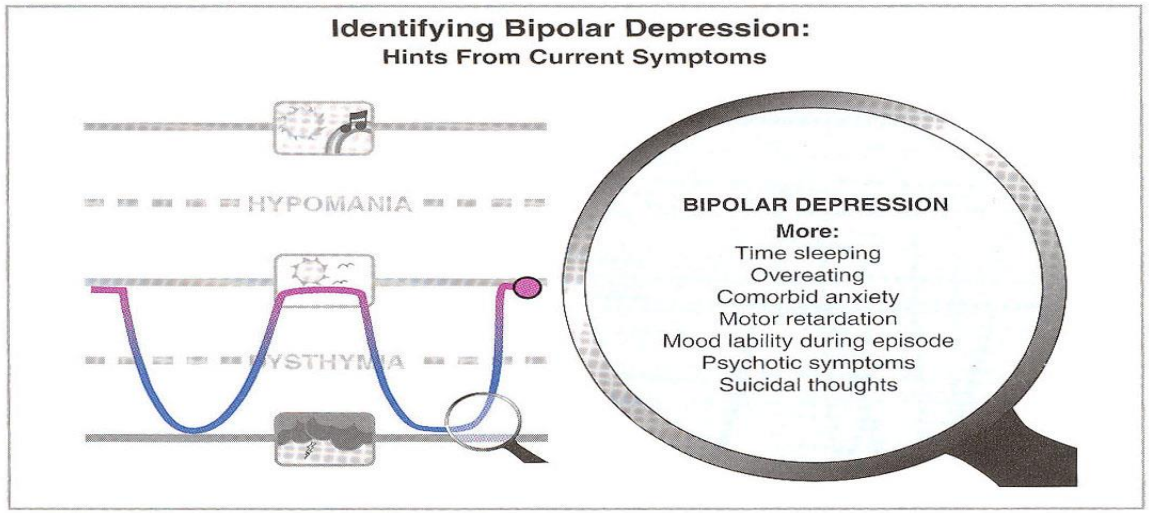


FIGURE 11-25 Bipolar depression symptoms. Although all symptoms of a major depressive episode can occur in either unipolar or bipolar depression, some symptoms may present more often in bipolar versus unipolar depression, providing hints if not diagnostic certainty that the patient has a bipolar spectrum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

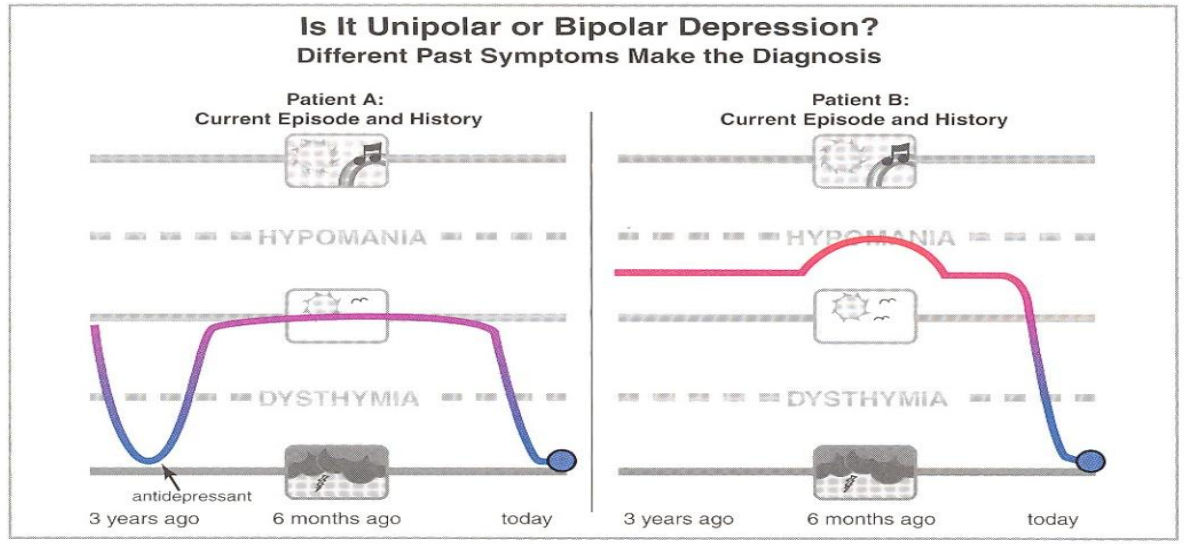


FIGURE 11-24 Unipolar versus bipolar depression history. Patterns of past symptoms as well as treatment-response history may aid in distinguishing between unipolar and bipolar illness. As shown here, although Patients A and B both present with major depressive episodes, they have divergent histories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

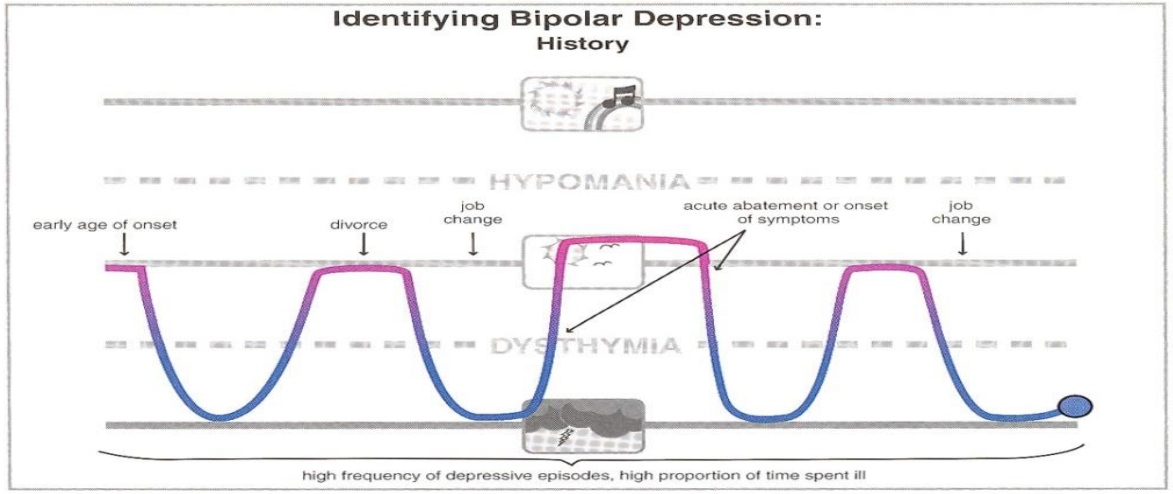


FIGURE 11-26 Identifying bipolar depression: history. Even in the absence of any previous (hypo)manic episodes, there are often specific hints in the untreated course of illness that suggest depression as part of the bipolar spectrum. These include early age of onset, high frequency of depressive episodes,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

Bipolar I - tauti

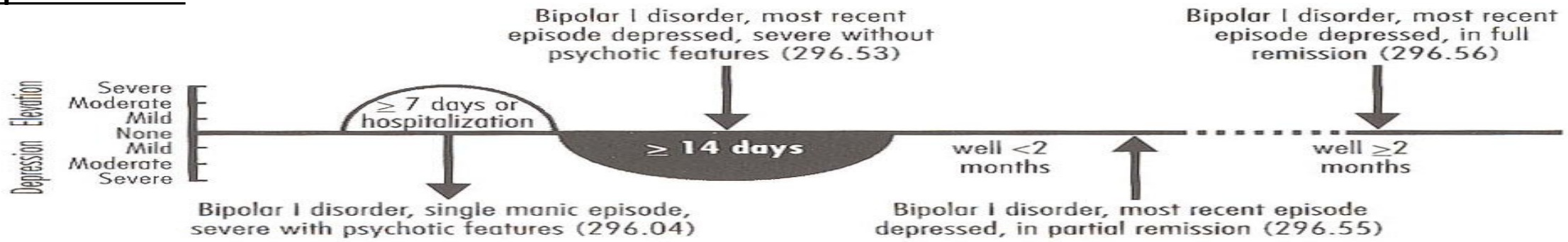


FIGURE 2–1. Evolution of bipolar I disorder.

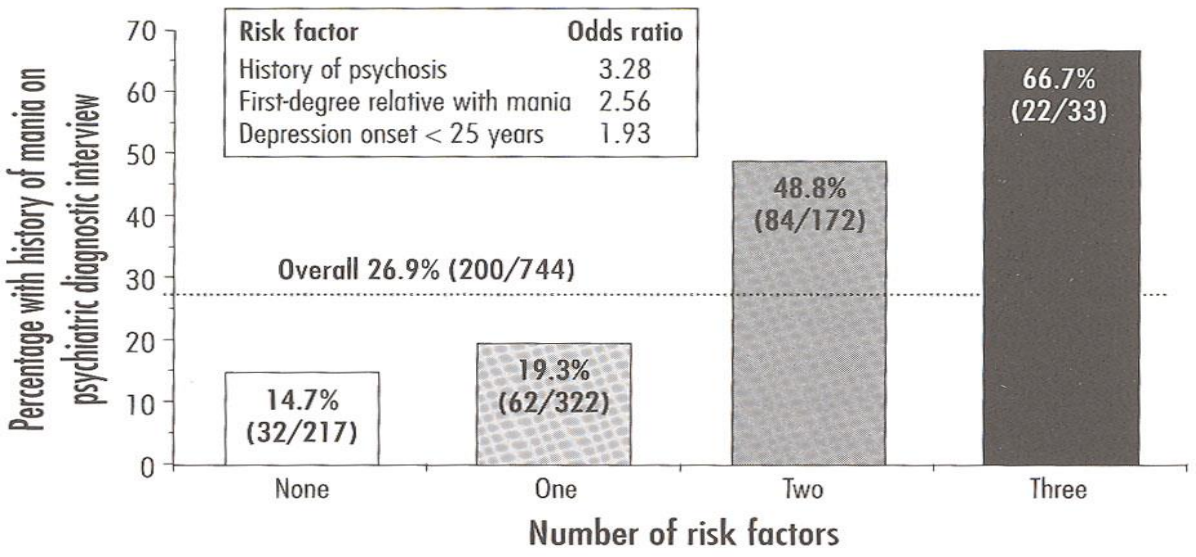


FIGURE 3–4. Additive effects of history of psychosis, family history of bipolar disorder, and early-onset depression on risk of bipolar I disorder.

Mean age of patients was 37.5 years. Patients were assessed with the Psychiatric Diagnostic Interview (Othmer et al. 1981). $P<0.001$.

Source. Data from Othmer et al. 2007.

TABLE 3–4. The Bipolarity Index: five bipolarity domains

I. Episode characteristics (DSM-IV-TR)
   Mania; hypomania; cyclothymia
II. Age at onset (non-DSM)
   Especially 15–19 years
III. Illness course/associated features (non-DSM)
   Recurrence and remission; comorbidity
IV. Response to treatment (non-DSM)
   Mood stabilizers—effective
   Antidepressants—ineffective; adverse effects
V. Family history (non-DSM)
   Bipolar; recurrent unipolar

Source. Adapted from Sachs 2004.

TA Ketter, ed, Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Diseases, 2010, American Psychiatric Association, Inc: Washington

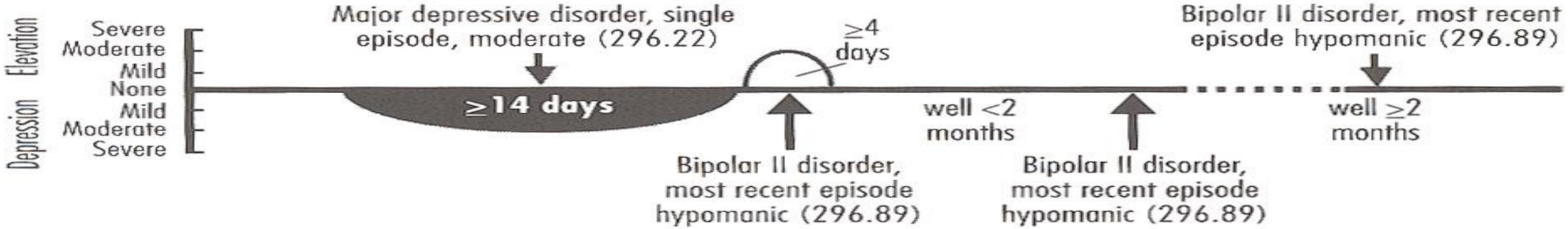


FIGURE 2–2. Evolution of bipolar II disorder.

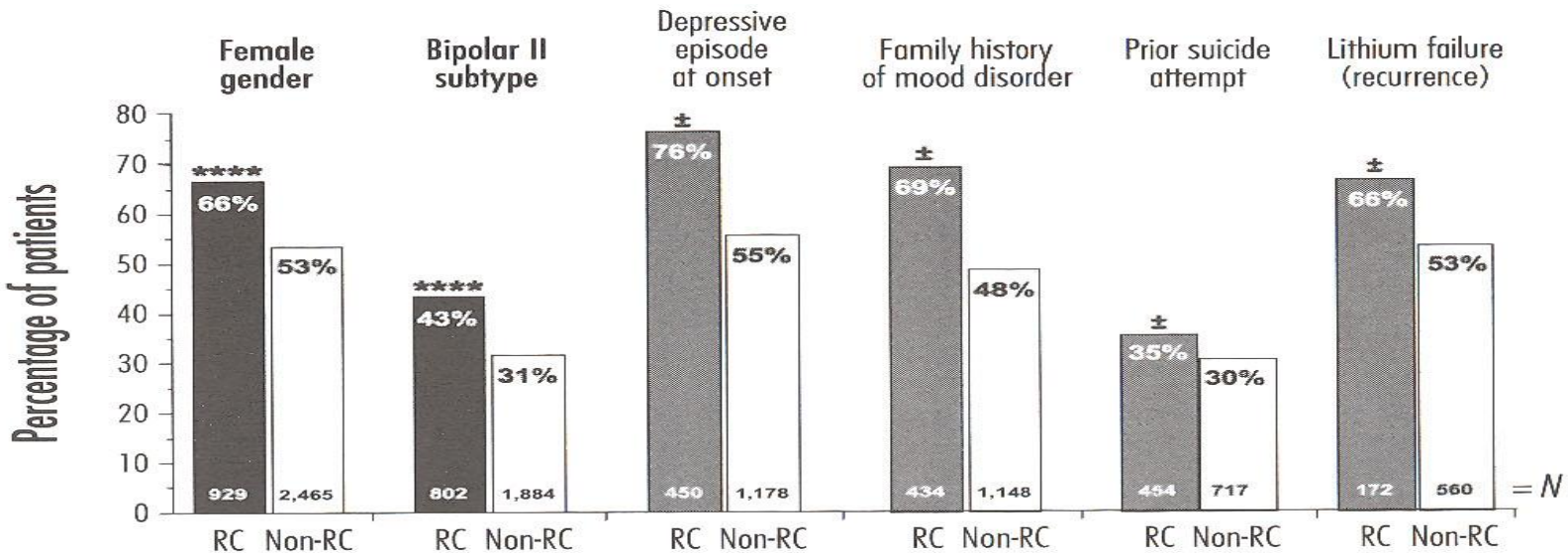


FIGURE 9–1. Increased female gender and bipolar II disorder in rapid-cycling bipolar disorder meta-analysis.

Other possible associations with rapid cycling (gray bars) were less consistent. RC=rapid cycling; Non-RC=non–rapid cycling. ****$P<0.0001$ significant, ±P=nonsignificant trend (after Hochberg adjustment) versus non–rapid cycling.

Source. Data from Kupka et al. 2003.

TA Ketter, ed, Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Diseases, 2010, American Psychiatric Association, Inc: Washington

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 ilmaantua myös vierotusvaiheessa.

Päivitys 2013

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50076

Table 64–4 Medical Disorders Commonly Associated with Mania

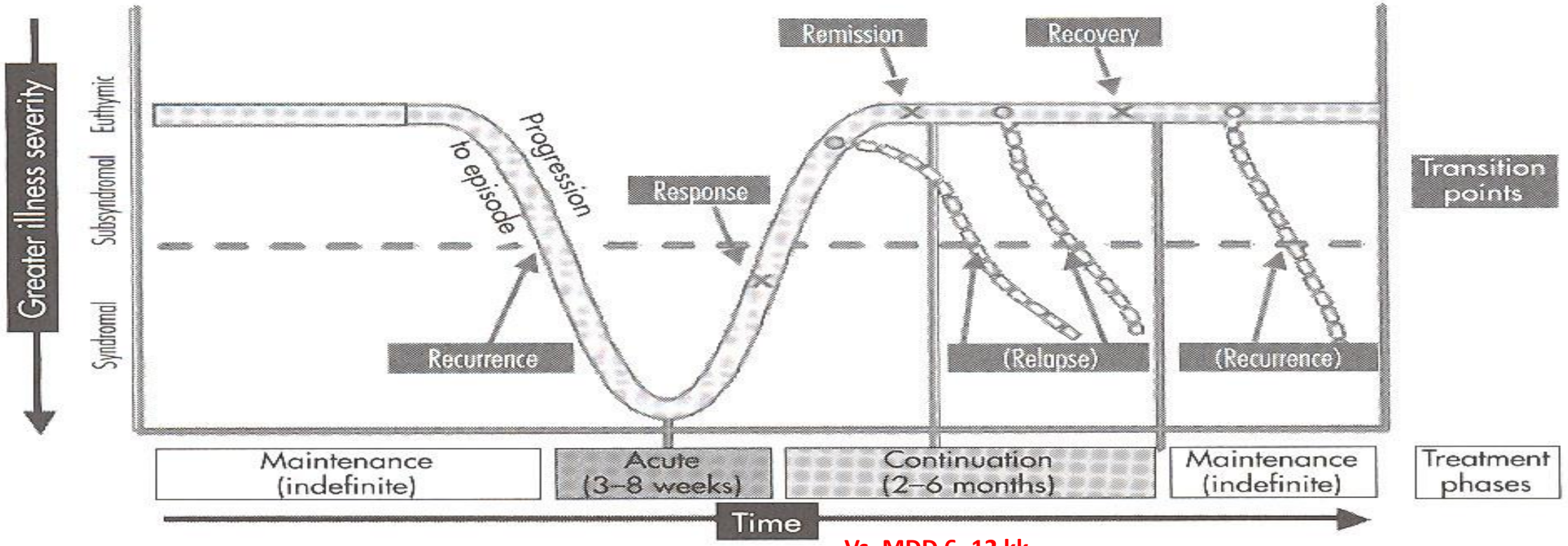
Neurologic Disorders	Endocrine
Stroke	Hyperthyroidism (in those with preexisting manic-depressive disorder)
Head trauma	Postpartum status
Dementia	
Brain tumors	
Infection (including HIV)	
Multiple sclerosis	
Huntington's disease	

Table 64–5 Treatments and Drugs Commonly Associated with Mania

Antidepressants	Dopaminergic Agents
Medications	Levodopa
Bright visible spectrum light treatment	
Electroconvulsant therapy	
Adrenergic Agents	**Drugs of Abuse**
Decongestants	Alcohol
Bronchodilators	Cocaine
Stimulants	Hallucinogens
	Amphetamines
	Caffeine
Other Agents	
Isoniazid	
Corticosteroids	
Anabolic steroids	
Disulfiram	

5. Bipolaaritaudin hoito

Yl juha kemppinen



Vs. MDD 6- 12 kk

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.

TA Ketter, ed, Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Diseases, 2010, American Psychiatric Association, Inc: Washington

VUOSISEURANTA

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/kg^2 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 _____ CO_2 _____ 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.

TA Ketter, ed, Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Diseases, 2010, American Psychiatric Association, Inc: Washington

Taulukko 6.5. Tiivistelmä tyypin I kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitovaihtoehdoista 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.

Manian lääkehoito

– Maniaan tehoavat
  - litium [49–51]A
  - ketiapiini [52–54]A
  - olantsapiini [55]A
  - risperidoni [56]A
  - valproaatti [50, 57–59]A
  - karbamatsepiini [60]A
  - aripipratsoli [61, 62]A
  - tsiprasidoni [63, 64]A ja
  - haloperidoli [65]A.

Sekamuotoisen jakson lääkehoito

– Maniaan ja sekamuotoiseen jaksoon tehoavat
  - valproaatti [50, 57–59]A
  - olantsapiini [55]A
  - risperidoni [56]A
  - karbamatsepiini [60]A
  - aripipratsoli [61, 62]A ja
  - tsiprasidoni [63, 64]A.

– Lääke valitaan yksilöllisen hyöty-haittasuhteen perusteella.

Ei litium

Käypä hoito- suositus: Kaksisuuntainen mielialahäiriö, DUODECIM 2008;124(22):2616–29

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 slow**		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 **Seronil**	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. **Risperdal Consta**			25–50 mg/kaksi viikkoa
Tsiprasidoni **Zeldox**		80–120 mg/vrk[2)]	
Valproaatti **Absenor, 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

Päivitys 2013

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50076

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

	Pitoisuus suurenee/pienenee		Neurotoksinen vaikutus	
Litium	**Lito**		Haloperidoli	**Serenase**
			Karbamatsepiini	**Neurotol slow**
Valproaatti	**Absenor, Deprakine**	Lamotrigiini	**Lamictal**	Karbamatsepiinin metaboliitti
		Risperidoni*	**Risperdal**	
		Aripipratsoli	**Abilify**	
		Karbamatsepiinin vapaa fraktio		
Lamotrigiini	**Lamictal**	(Valproaatti)	**Absenor, Deprakine**	Karbamatsepiinin metaboliitti
Karbamatsepiini	**Neurotol slow**	Olantsapiini	**Zyprexa**	
		Aripipratsoli	**Abilify**	
		Tsipratsidoni	**Zeldox**	
		Haloperidoli	**Serenase**	
		Valproaatti	**Absenor, Deprakine**	Valproaatin metaboliitti**
		Lamotrigiini	**Lamictal**	
		(Asenapiini)	**Sycrest**	
		(Risperidoni)	**Risperdal**	

() tulokset ristiriitaisia tai kliininen merkitys epäselvä
** hepatotoksinen
* suurentaa valproaatin pitoisuutta

Päivitys 2013

http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50076

TABLE 6–3. Benzodiazepines, lamotrigine, and other anticonvulsants not proven effective in acute mania

Drug	Evidence
Benzodiazepines	Underpowered active-comparator monotherapy study (Bradwejn et al. 1990)
	Common adjuncts that do not interfere with separation of active treatments from placebo
Lamotrigine	Negative placebo- and lithium-controlled adjunctive study (Bowden et al. 2000)
Oxcarbazepine	Underpowered active-comparator monotherapy studies (Emrich 1990)
	Negative trial in children and adolescents (Wagner et al. 2006)
Gabapentin	Negative placebo-controlled adjunctive study (Pande et al. 2000a)
Topiramate	Negative placebo- and lithium-controlled adult monotherapy studies (Kushner et al. 2006)
Tiagabine	Negative open adjunctive study (Grunze et al. 1999)
Levetiracetam	No controlled study
Zonisamide	No controlled study

TA Ketter, ed, Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Diseases, 2010, American Psychiatric Association, Inc: Washington

file:///M:/2019%20Juha%20K%20kansio/2019%20artikkelit/2019%20Bipolar%20diseases/2013%20Bipolar%20guidelines%20CANMAT-and-ISBD-Bipolar-Disorder-Guidelines-2013-Update-SRC-4-14-17-CMMC....pdf

CANMAT guidelines for bipolar disorder

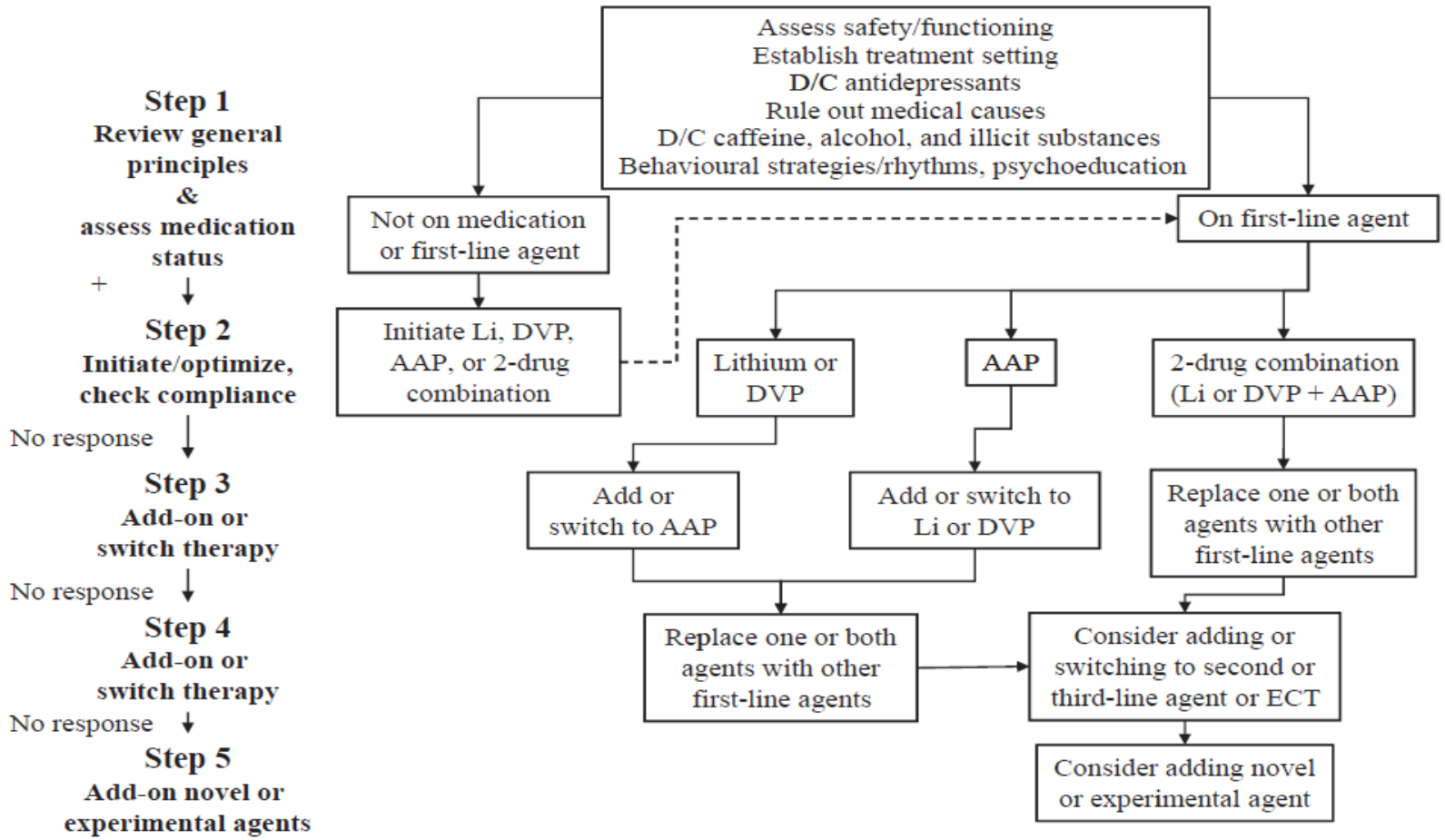


Fig. 3.1. Treatment algorithm for acute mania. Novel/experimental agents: zotepine, levetiracetam, phenytoin, mexiletine, omega-3-fatty acids, calcitonin, rapid tryptophan depletion, allopurinol, amisulpride, folic acid, memantine. D/C = discontinue; Li = lithium; DVP = divalproex; AAP = atypical antipsychotic agent.

file:///M:/2019%20Juha%20K%20kansio/2019%20artikkelit/2019%20Bipolar%20diseases/2013%20Bipolar%20guidelines%20CANMAT-and-ISBD-Bipolar-Disorder-Guidelines-2013-Update-SRC-4-14-17-CMMC....pdf

Table 3.3. Recommendations for pharmacological treatment of acute mania

First line	Monotherapy: lithium, divalproex, ***divalproex ER***[a], olanzapine[b], risperidone, quetiapine, quetiapine XR, aripiprazole, ziprasidone, ***asenapine***[a], ***paliperidone ER***[a] Adjunctive therapy with lithium or divalproex: risperidone, quetiapine, olanzapine, aripiprazole, ***asenapine***[a]
Second line	Monotherapy: carbamazepine, carbamazepine ER, ECT, ***haloperidol***[a] Combination therapy: lithium + divalproex
Third line	Monotherapy: chlorpromazine, clozapine, oxcarbazepine, tamoxifen, ***cariprazine***[a] (not yet commercially available) Combination therapy: lithium or divalproex + haloperidol, lithium + carbamazepine, adjunctive tamoxifen
Not recommended	Monotherapy: gabapentin, topiramate, lamotrigine, verapamil, tiagabine Combination therapy: risperidone + carbamazepine, olanzapine + carbamazepine

ECT = electroconvulsive therapy; XR or ER = extended release.

[a]***New or change to recommendation***.

[b]Given the metabolic side effects, use should be carefully monitored.

file:///M:/2019%20Juha%20K%20kansio/2019%20artikkelit/2019%20Bipolar%20diseases/2013%20Bipolar%20guidelines%20CANMAT-and-ISBD-Bipolar-Disorder-Guidelines-2013-Update-SRC-4-14-17-CMMC....pdf

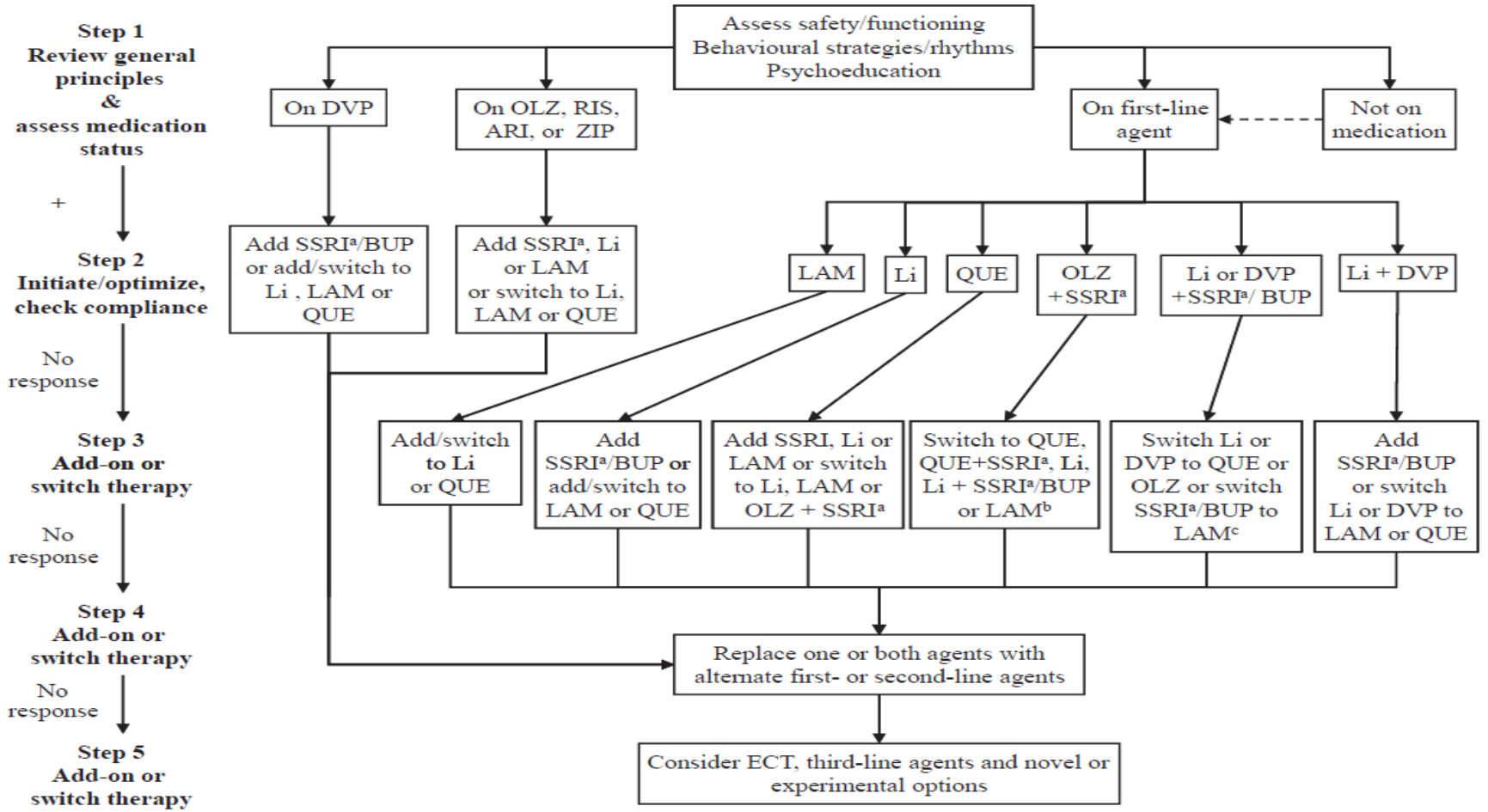


Fig. 4.1. Treatment algorithm for the management of bipolar I depression. Novel/experimental agents: adjunctive pramipexole, eicosapentaenoic acid (EPA), riluzole, topiramate, N-acetyl cysteine (NAC), ketamine, armodafinil, and chronotherapy. DVP = divalproex; OLZ = olanzapine; RIS = risperidone; ARI = aripiprazole; ZIP = ziprasidone; SSRI = selective serotonin reuptake inhibitor; BUP = bupropion; Li = lithium; LAM = lamotrigine; QUE = quetiapine; ECT = electroconvulsive therapy. [a]Except paroxetine. [b]Or switch the SSRI to another SSRI. [c]Or switch the SSRI or BUP to another SSRI or BUP.

file:///M:/2019%20Juha%20K%20kansio/2019%20artikkelit/2019%20Bipolar%20diseases/2013%20Bipolar%20guidelines%20CANMAT-and-ISBD-Bipolar-Disorder-Guidelines-2013-Update-SRC-4-14-17-CMMC....pdf

Table 4.3. Recommendations for pharmacological treatment of acute bipolar I depression[a]

First line	Monotherapy: lithium, lamotrigine, quetiapine, quetiapine XR Combination therapy: lithium or divalproex + SSRI[b], olanzapine + SSRI[b], lithium + divalproex, lithium or divalproex + bupropion
Second line	Monotherapy: divalproex, ***lurasidone***[c] Combination therapy: quetiapine + SSRI[b], adjunctive modafinil, ***lithium or divalproex + lamotrigine***[c]***, lithium or divalproex + lurasidone***[c]
Third line	Monotherapy: carbamazepine, olanzapine, ***ECT***[d] Combination therapy: lithium + carbamazepine, lithium + pramipexole, lithium or divalproex + venlafaxine, lithium + MAOI, lithium or divalproex or AAP + TCA, lithium or divalproex or carbamazepine + SSRI[b] + lamotrigine, ***quetiapine + lamotrigine***[c]
Not recommended	Monotherapy: gabapentin, aripiprazole, ***ziprasidone***[c] Combination therapy: ***adjunctive ziprasidone***[c]***, adjunctive levetiracetam***[c]

AAP = atypical antipsychotic agent; ECT = electroconvulsive therapy; MAOI = monoamine oxidase inhibitor; TCA = tricyclic antidepressant; SSRI = selective serotonin reuptake inhibitor; XR = extended release.

[a]The management of a bipolar depressive episode with antidepressants remains complex. The clinician must balance the desired effect of remission with the undesired effect of switching. See detailed discussion in *Clinical questions and controversies section*.

[b]Except paroxetine.

[c]***New or change to recommendation***.

[d]Could be used as first- or second-line treatment in certain situations (see text).

file:///M:/2019%20Juha%20K%20kansio/2019%20artikkelit/2019%20Bipolar%20diseases/2013%20Bipolar%20guidelines%20CANMAT-and-ISBD-Bipolar-Disorder-Guidelines-2013-Update-SRC-4-14-17-CMMC....pdf

Table 5.5. Recommendations for maintenance pharmacotherapy of bipolar disorder

First line	Monotherapy: lithium, lamotrigine (limited efficacy in preventing mania), divalproex, olanzapine[a], quetiapine, risperidone LAI[b], aripiprazole[b] Adjunctive therapy with lithium or divalproex: quetiapine, risperidone LAI[b], aripiprazole[b], ziprasidone[b]
Second line	Monotherapy: carbamazepine, ***paliderídone ER***[c] Combination therapy: lithium + divalproex, lithium + carbamazepine, lithium or divalproex + olanzapine, lithium + risperidone, lithium + lamotrigine, olanzapine + fluoxetine
Third line	Monotherapy: ***asenapine***[c] Adjunctive therapy: phenytoin, clozapine, ECT, topiramate, omega-3-fatty acids, oxcarbazepine, gabapentin, ***asenapine***[c]
Not recommended	Monotherapy: gabapentin, topiramate, or antidepressants Adjunctive therapy: flupenthixol

LAI = long-acting injection; ER = extended release; ECT = electroconvulsive therapy.
[a]Given the metabolic side effects, use should be carefully monitored.
[b]Mainly for the prevention of mania.
[c]***New or change to recommendation***.

file:///M:/2019%20Juha%20K%20kansio/2019%20artikkelit/2019%20Bipolar%20diseases/2013%20Bipolar%20guidelines%20CANMAT-and-ISBD-Bipolar-Disorder-Guidelines-2013-Update-SRC-4-14-17-CMMC....pdf

Table 7.2. Recommendations for pharmacological treatment of acute bipolar II depression

First line	Quetiapine, ***quetiapine XR***[a]
Second line	Lithium, lamotrigine, divalproex, lithium or divalproex + antidepressants, lithium + divalproex, atypical antipsychotic agents + antidepressants
Third line	Antidepressant monotherapy (primarily for those with infrequent hypomanias), switch to alternate antidepressant, ***quetiapine + lamotrigine***[a], ***adjunctive ECT***[a], ***adjunctive NAC***[a], ***adjunctive T3***[a]
Not recommended	See text on antidepressants for recommendations regarding antidepressant monotherapy

ECT = electroconvulsive therapy; NAC = N-acetylcysteine; T3 = triiodothyronine; XR = extended release.
[a]***New or change to recommendation***.

Table 7.4. Recommendations for maintenance treatment of bipolar II disorder

First line	Lithium, lamotrigine, ***quetiapine***[a]
Second line	Divalproex; lithium or divalproex or atypical antipsychotic + antidepressant; ***adjunctive quetiapine***[a]; ***adjunctive lamotrigine***[a]; *combination of two of: lithium, divalproex, or atypical antipsychotic*
Third line	Carbamazepine, oxcarbazepine, atypical antipsychotic agent, ECT, ***fluoxetine***[a]
Not recommended	Gabapentin

ECT = electroconvulsive therapy.
[a]***New or change to recommendation***.

file:///M:/2019%20Juha%20K%20kansio/2019%20artikkelit/2019%20Bipolar%20diseases/2013%20Bipolar%20guidelines%20CANMAT-and-ISBD-Bipolar-Disorder-Guidelines-2013-Update-SRC-4-14-17-CMMC....pdf

Table 6.2. Psychiatric medications in pregnancy and lactation

Agent	Pregnancy risk category[a]	American Academy of Pediatrics rating	Lactation risk category[b]
Anxiolytic medications			
Benzodiazepines			
Alprazolam	D	Unknown, of concern	L3
Chlordiazepoxide	D	N/A	L3
Clonazepam	D	N/A	L3
Clorazepate	D	N/A	L3
Diazepam	D	Unknown, of concern	L3, L4 if used chronically
Lorazepam	D	Unknown, of concern	L3
Oxazepam	D	N/A	L3
Benzodiazepines for insomnia			
Estazolam	X	N/A	L3
Flurazepam	X	N/A	L3
Quazepam	X	Unknown, of concern	L2
Temazepam	X	Unknown, of concern	L3
Triazolam	X	N/A	L3
Non-benzodiazepine anxiolytics and hypnotics			
Buspirone	B	N/A	L3
Chloral hydrate	C	Compatible	L3
Eszoplicone	C	N/A	N/A
Zaleplon	C	Unknown, of concern	L2
Zolpidem	B	N/A	L3
Antiepileptic and mood-stabilizing medications			
Lithium carbonate	D	Contraindicated	L4
Valproic acid	D	Compatible	L2
Carbamazepine	D	Compatible	L2
Lamotrigine	C	Unknown	L3

file:///M:/2019%20Juha%20K%20kansio/2019%20artikkelit/2019%20Bipolar%20diseases/2013%20Bipolar%20guidelines%20CANMAT-and-ISBD-Bipolar-Disorder-Guidelines-2013-Update-SRC-4-14-17-CMMC....pdf

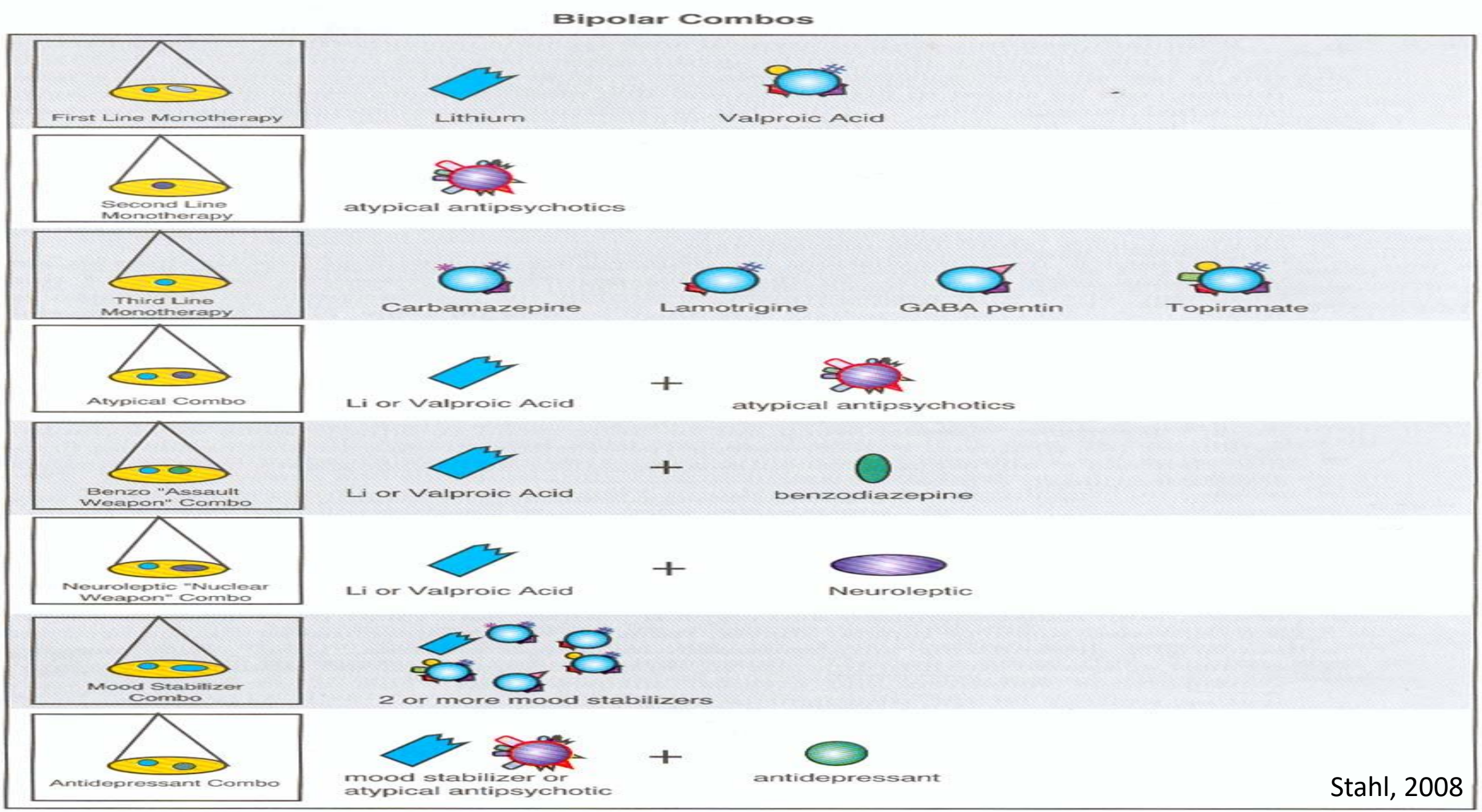
Antidepressants			
Tricyclic and heterocyclic antidepressants			
Amitriptyline	C	Unknown, of concern	L2
Amoxapine	C	Unknown, of concern	L2
Clomipramine	C	Unknown, of concern	L2
Desipramine	C	Unknown, of concern	L2
Doxepin	C	Unknown, of concern	L5
Imipramine	C	Unknown, of concern	L2
Maprotiline	B	N/A	L3
Nortriptyline	C	Unknown, of concern	L2
Protriptyline	C	N/A	N/A
Selective serotonin reuptake inhibitors			
Citalopram	C	N/A	L3
Escitalopram	C	N/A	L3 in older infants
Fluoxetine	C	Unknown, of concern	L2 in older infants, L3 if used in neonatal period
Fluvoxamine	C	Unknown, of concern	L2
Paroxetine	D	Unknown, of concern	L2
Sertraline	C	Unknown, of concern	L2
Other antidepressants			
Bupropion	B	Unknown, of concern	L3
Duloxetine	C	N/A	N/A
Mirtazapine	C	N/A	L3
Nefazodone	C	N/A	L4
Trazodone	C	Unknown, of concern	L2
Venlafaxine	C	N/A	L3
Antipsychotic medications			
Typical antipsychotic agents			
Chlorpromazine	C	Unknown, of concern	L3
Fluphenazine	C	N/A	L3
Haloperidol	C	Unknown, of concern	L2
Loxapine	C	N/A	L4
Perphenazine	C	Unknown, of concern	N/A
Pimozide	C	N/A	L4

file:///M:/2019%20Juha%20K%20kansio/2019%20artikkelit/2019%20Bipolar%20diseases/2013%20Bipolar%20guidelines%20CANMAT-and-ISBD-Bipolar-Disorder-Guidelines-2013-Update-SRC-4-14-17-CMMC....pdf

Table 6.2. (Continued).

Agent	Pregnancy risk category[a]	American Academy of Pediatrics rating	Lactation risk category[b]
Thioridazine	C	N/A	L4
Thiothixene	C	N/A	L4
Trifluoperazine	C	Unknown, of concern	N/A
Atypical antipsychotic agents			
Aripiprazole	C	N/A	L3
Clozapine	B	Unknown, of concern	L3
Olanzapine	C	N/A	L2
Quetiapine	C	Unknown, of concern	L4
Risperidone	C	N/A	L3
Ziprasidone	C	Unknown, of concern	L4

[Copyright (2008) Wolters Kluwer Health; reprinted with permission from (191)]. N/A = not available.
[a]The US Food and Drug Administration classifies drug safety using the following categories: A = controlled studies show no risk; B = no evidence of risk in humans; C = risk cannot be ruled out; D = positive evidence of risk; X = contraindicated in pregnancy.
[b]Lactation risk categories are listed as follows: L1 = safest; L2 = safer; L3 = moderately safe; L4 = possibly hazardous; L5 = contra-indicated.


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

Stahl, 2008

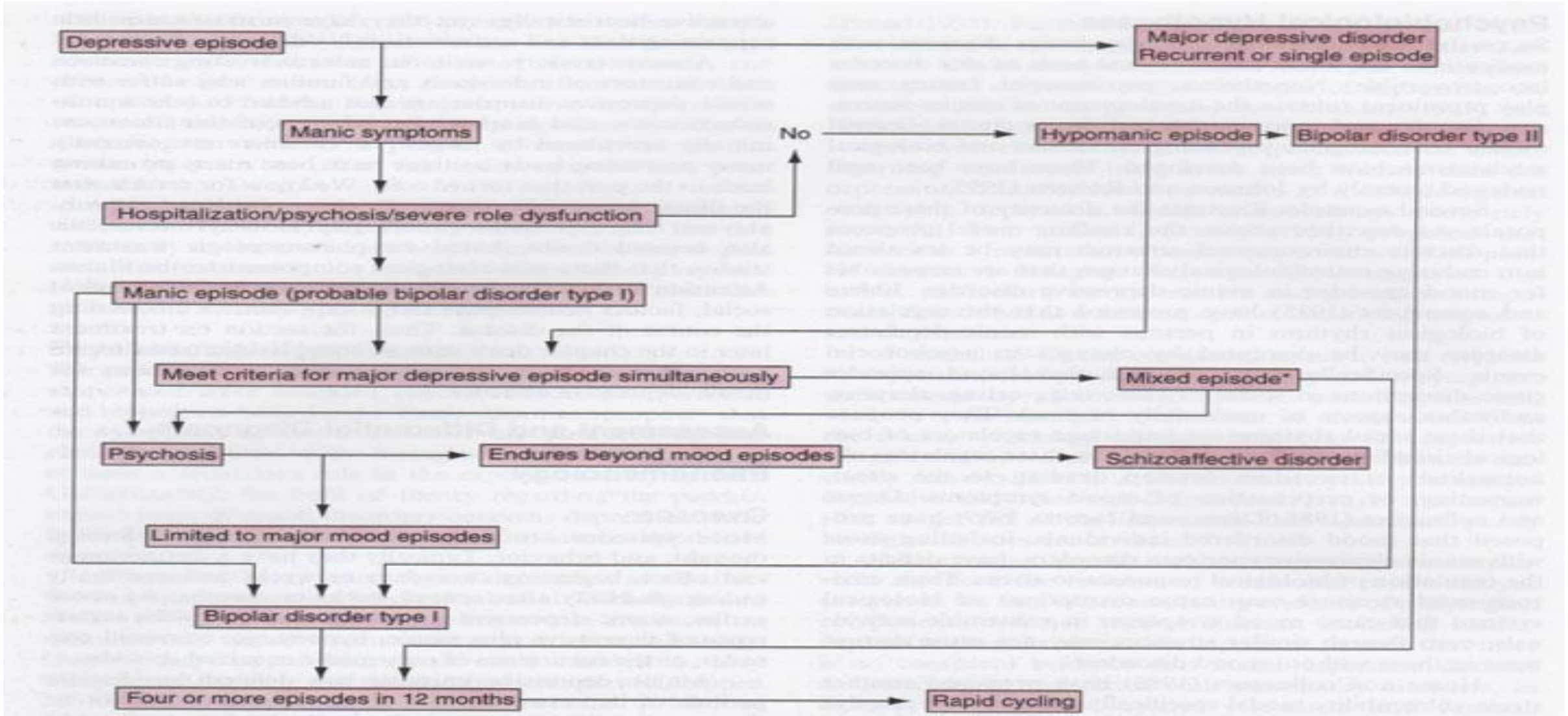


Figure 64–1 *Diagnostic decision tree for manic–depressive disorder. The building blocks for a diagnosis of manic–depressive disorder are individual episodes and their characteristics, as summarized in Table 64–1. This decision tree helps the psychiatrist through the steps that lead to diagnosis of manic–depressive 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.)*

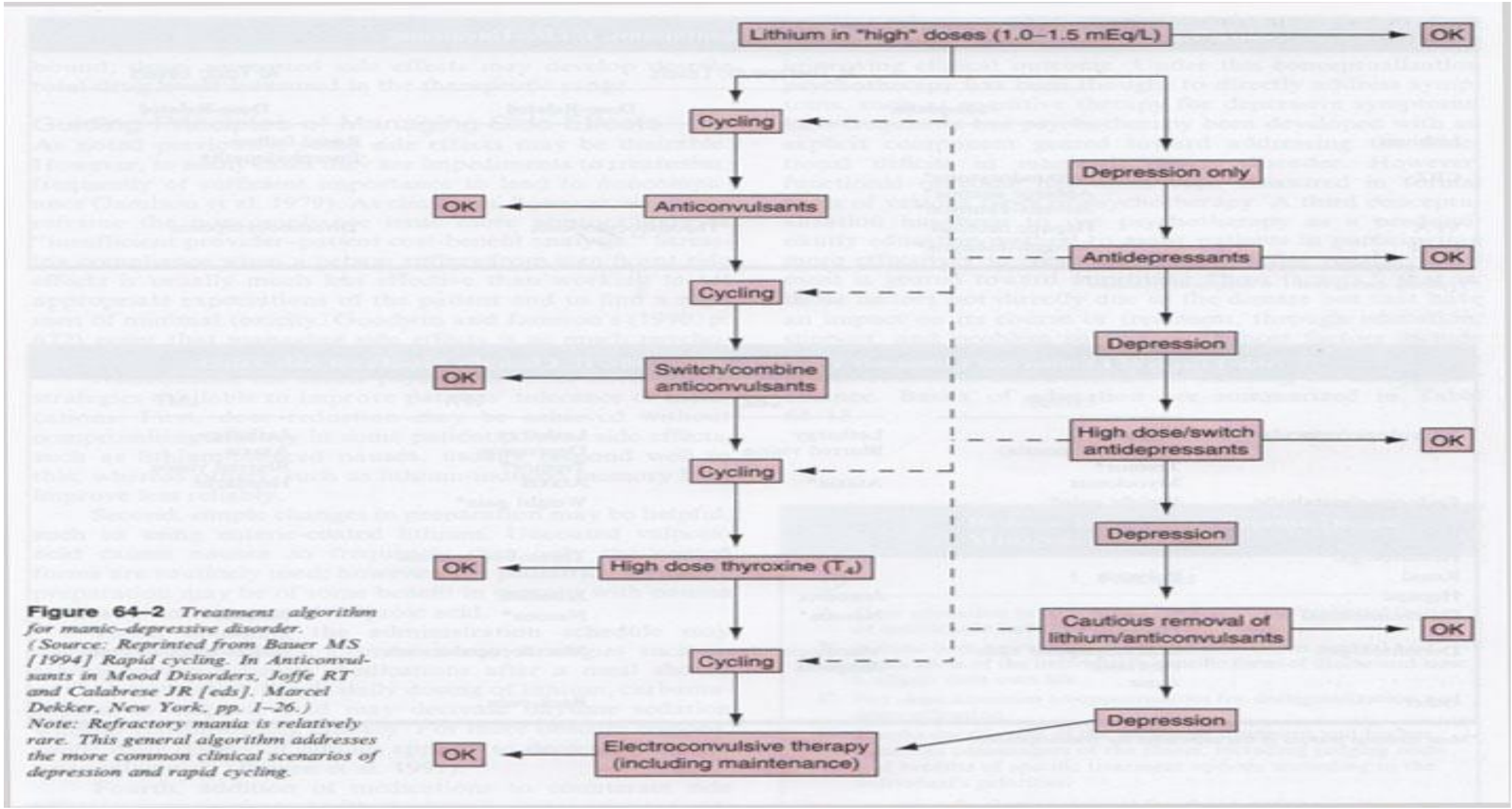


Figure 64–2 *Treatment algorithm for manic–depressive disorder. (Source: Reprinted from Bauer MS [1994] Rapid cycling. In Anticonvulsants in Mood Disorders, Joffe RT and Calabrese JR [eds]. Marcel Dekker, New York, pp. 1–26.) Note: Refractory mania is relatively rare. This general algorithm addresses the more common clinical scenarios of depression and rapid cycling.*

Table 2. Clinical benefits of formalized, long-term monitoring of patients with bipolar spectrum disorders

- Identify environmental and psychological triggers
- Track treatment response
- Identify early and respond to worsening symptomatology
- Establish a therapeutic alliance between patients and physician
- Promote patient insight into their disease
- Promote adherence to treatment

Baldassano CF.Assessment tools for screening and monitoring bipolar disorder, Bipolar Disorders 2005: 7(Suppl. 1): 8–15

Psykoedukaatio on tehokasta bipolaaritaudin psykososiaalista hoitoa.

Table 2
Efficacy of psychoeducation for bipolar disorders according to therapeutic targets

Therapeutic target	Efficacy of psychoeducation
Information and attitude towards bipolar illness and its treatments	++
Treatment compliance	++
Symptom reduction	++
Prevention of depressive relapse	++
Prevention of hypo(manic) relapse	++
Increased time interval before next episode	++
Diminished number of hospitalizations	++
Improved socio-professional functioning and quality of life	++
Bipolar disorder with comorbidity	+
Interventions for the family and caregivers	++
Suicide prevention	+

++=Strong evidence (at least 2 positive randomized controlled studies even if some controversial data have been reported in others studies).
+=Some evidence.

Béatrice Weber Rouget,et al, Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: A review of the literature, Journal of Affective Disorders 98 (2007) 11–27

Table 64–13 Basics of Education to Improve Disease Management Skills

1. Principles

A. Gear education to educational, cultural, motivational factors of individuals and their families.
B. Include both knowledge about the disorder in general and exploration of the individual's specific form of illness and how it affects their own life.
C. Pay close attention to opportunities for destigmatization and demystification.
D. Emphasize the role of the person in treatment and his/her family as comanagers of the illness, including judging costs and benefits of specific treatment options according to the individual's priorities.

2. Components of Psychoeducation

A. The disorder
   a. Biological basis
      i. Genetic factors (especially for persons of childbearing age)
      ii. Possible brain mechanisms
   b. Environmental components
      i. Psychosocial factors
      ii. Physical environmental factors
   c. Course and outcome
      i. Prevalence
      ii. Episode types and patterns
      iii. Potential triggers for episodes
      iv. Comorbidities and complications
B. Treatment
   a. Somatic therapies: somatic and psychosocial
      i. Goals
      ii. Side effect recognition and management
      iii. Costs and benefits of individual treatment options
   b. Coping skills
      i. Recognition of early warning signs of relapse
      ii. Avoidance/management of triggers for episodes
      iii. Activation of adaptive coping behaviors and avoidance of maladaptive responses

Psyko-edukaatio kaikille potilaille ja heidän omaisille

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

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)
	Kalsium (S-Ca)
Muut tutkimukset	Sydänsähkökäyrä (EKG)
	Paino

Pajunen P ym, Lääkärin käsikirja, 2017

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				
Hematologic			Thrombocytopenia	
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	

Taulukko 3. Litiumhoidon haittavaikutukset.

Ruuansulatusjärjestelmän haittaoireet	Vatsavaivat, pahoinvointi, ripuli
	Makuaistin häiriöt
	Jano
Motoriset ja neurologiset haittaoireet	Lihasheikkous
	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 T-aallon muutoksia, hypotensiota, rytmihäiriöitä, oliguriaa tai anuriaa.

Pajunen P ym, Lääkärin käsikirja, 2017

Yliannostus (jatkuu)

Litiummyrkytyksen kliininen kulku on vaihtelevaa ja potilailla voi esiintyä mitä tahansa edellä mainituista oireista.

Oireet voivat olla asymmetrisiä ja tilan voi tällöin sekoittaa aivohalvaukseen.

Litiummyrkytys voi aiheuttaa pysyviä keskushermosto- ja munuaisvaurioita.

Myös kohtalaisen vaikea litiummyrkytys on hoidettava sairaalassa. Koska litiumille ei ole spesifistä antidoottia, myrkytyksen hoito on lähinnä elintoimintoja tukevaa.

Yliannostuksen hoitona on mahdollisimman pikainen mahahuuhtelu ja lääkehiilen anto.

Yliannostus (jatkuu)

Lääkehiili sitoo litiumia suhteellisen huonosti, mutta natriumpolystyreenisulfonaatista (Resonium-A®) voi olla hyötyä litiumia sitovana aineena.

Hengityksen, verenkierron, diureesin sekä elektrolyytti- ja nestetasapainon seuranta ovat keskeisiä.
Hemodialyysin aloittaminen on tarpeen, jos potilaan seerumin litiumpitoisuus on yli 3,0 mmol/l, jos potilas on huonokuntoinen ja pitoisuus on yli 2,5 mmol/l tai jos potilaalla on munuaisten vajaatoiminta. On huomattava että seerumin litiumpitoisuudet voivat nousta uudelleen 5-8 tunnin kuluttua hemodialyysistä lääkkeen uudelleen jakaantumisen seurauksena.
Peritoneaalidialyysiä voidaan myös käyttää, jos hemodialyysi ei ole mahdollista.

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

Taulukko 5. Lamotrigiinin haittavaikutukset.

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

Pajunen P ym, Lääkärin käsikirja, 2017

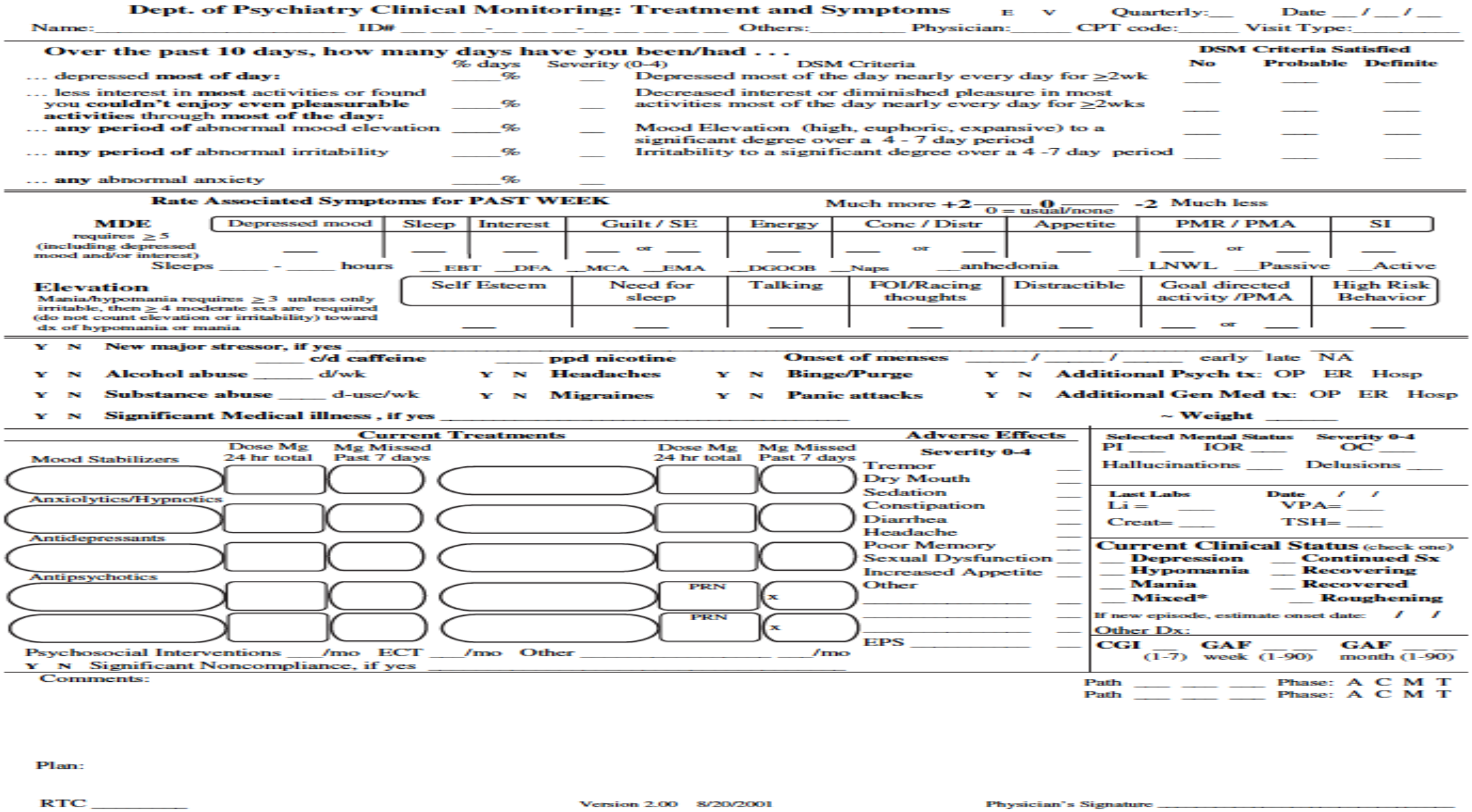
Seroquel, Ketinor, Zyprexa, (Leponex)

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 verenkuva (TVK)
Muut tutkimukset	Sydänsähkökäyrä (EKG)
	Pituus
	Paino
	Vyötärönympärys

Pajunen P ym, Lääkärin käsikirja, 2017

Rakenteinen kirjaaminen?



Dept. of Psychiatry Clinical Monitoring: Treatment and Symptoms E V Quarterly:___ Date ___ / ___ / ___

Name:_____ ID# ___ ___ ___-___ ___ ___-___ ___ ___ ___ ___ Others:_____ Physician:_____ CPT code:_____ Visit Type:_____

Over the past 10 days, how many days have you been/had . . .

	% days	Severity (0–4)	DSM Criteria	DSM Criteria Satisfied: No	Probable	Definite
. . . depressed **most of day:**	_____%	___	Depressed most of the day nearly every day for ≥2wk	___	___	___
. . . less interest in **most** activities or found you **couldn't enjoy even pleasurable activities** through **most of the day:**	_____%	___	Decreased interest or diminished pleasure in most activities most of the day nearly every day for ≥2wks	___	___	___
. . . **any period of** abnormal mood elevation	_____%	___	Mood Elevation (high, euphoric, expansive) to a significant degree over a 4 - 7 day period	___	___	___
. . . **any period of** abnormal irritability	_____%	___	Irritability to a significant degree over a 4 -7 day period	___	___	___
. . . **any** abnormal anxiety	_____%	___				

Rate Associated Symptoms for PAST WEEK Much more +2 ____ **0** ____ -2 Much less (0 = usual/none)

MDE (requires ≥ 5 (including depressed mood and/or interest))	Depressed mood	Sleep	Interest	Guilt / SE	Energy	Conc / Distr	Appetite	PMR / PMA	SI
	___	___	___	___ or ___	___	___ or ___	___	___ or ___	___

Sleeps _____ - _____ hours __EBT __DFA __MCA __EMA __DGOOB __Naps __anhedonia __LNWL __Passive __Active

Elevation Mania/hypomania requires ≥ 3 unless only irritable, then ≥ 4 moderate sxs are required (do not count elevation or irritability) toward dx of hypomania or mania	Self Esteem	Need for sleep	Talking	FOI/Racing thoughts	Distractible	Goal directed activity /PMA	High Risk Behavior
	___	___	___	___	___	___ or ___	___

Y N **New major stressor, if yes** _____ ___

_____ **c/d caffeine** _____ **ppd nicotine** **Onset of menses** _____ / _____ / _____ early late NA

Y N **Alcohol abuse** _____ d/wk Y N **Headaches** Y N **Binge/Purge** Y N **Additional Psych tx:** OP ER Hosp

Y N **Substance abuse** _____ d-use/wk Y N **Migraines** Y N **Panic attacks** Y N **Additional Gen Med tx:** OP ER Hosp

Y N **Significant Medical illness , if yes** _____ **~ Weight** _____

Current Treatments

	Dose Mg 24 hr total	Mg Missed Past 7 days		Dose Mg 24 hr total	Mg Missed Past 7 days
Mood Stabilizers					
Anxiolytics/Hypnotics					
Antidepressants					
Antipsychotics					
			PRN		x
			PRN		x

Psychosocial Interventions ___/mo ECT ___/mo Other _____ ___/mo

Y N Significant Noncompliance, if yes _____

Comments:

Adverse Effects Severity 0-4

Tremor ___ Dry Mouth ___ Sedation ___ Constipation ___ Diarrhea ___ Headache ___ Poor Memory ___ Sexual Dysfunction ___ Increased Appetite ___ Other

_____ ___ _____ ___ _____ ___

EPS _____ ___

Selected Mental Status Severity 0-4

PI ___ IOR ___ OC ___

Hallucinations ___ Delusions ___

Last Labs Date / /

Li = ___ VPA= ___

Creat= ___ TSH= ___

Current Clinical Status (check one)

___ **Depression** ___ **Continued Sx**

___ **Hypomania** ___ **Recovering**

___ **Mania** ___ **Recovered**

___ **Mixed*** ___ **Roughening**

If new episode, estimate onset date: / /

Other Dx:

CGI ___ (1-7) **GAF** ___ week (1-90) **GAF** ___ month (1-90)

Path ___ ___ ___ Phase: A C M T

Path ___ ___ ___ Phase: A C M T

Plan:

RTC _____ Version 2.00 8/20/2001 Physician's Signature _____

Fig. 2. The Clinical Monitoring Form for the longitudinal follow-up of patients with bipolar spectrum disorders.

Baldassano CF.Assessment tools for screening and monitoring bipolar disorder, Bipolar Disorders 2005: 7(Suppl. 1): 8–15

Rakenteinen kirjaaminen?

Dept. of Psychiatry Clinical Monitoring: Treatment and Symptoms

E V Quarterly:__ Date __ / __ / __

Name:_____ ID# __ __ __-__ __ __-__ __ __ __ __ Others:_____ Physician:_____ CPT code:_____ Visit Type:_____

Over the past 10 days, how many days have you been/had . . .

	% days	Severity (0–4)	DSM Criteria	DSM Criteria Satisfied: No	Probable	Definite
… depressed **most of day:**	____%	__	Depressed most of the day nearly every day for ≥2wk	___	___	___
… less interest in **most** activities or found you **couldn't enjoy even pleasurable activities** through **most of the day:**	____%	__	Decreased interest or diminished pleasure in most activities most of the day nearly every day for ≥2wks	___	___	___
… **any period of** abnormal mood elevation	____%	__	Mood Elevation (high, euphoric, expansive) to a significant degree over a 4 - 7 day period	___	___	___
… **any period of** abnormal irritability	____%	__	Irritability to a significant degree over a 4 -7 day period	___	___	___
… **any** abnormal anxiety	____%	__				

Rate Associated Symptoms for PAST WEEK

Much more +2 _____ **0** _____ -2 Much less
0 = usual/none

MDE
requires ≥ 5 (including depressed mood and/or interest)

Depressed mood	Sleep	Interest	Guilt / SE	Energy	Conc / Distr	Appetite	PMR / PMA	SI
___	___	___	___ or ___	___	___ or ___	___	___ or ___	___

Sleeps _____ - _____ hours __EBT __DFA __MCA __EMA __DGOOB __Naps __anhedonia __LNWL __Passive __Active

Elevation
Mania/hypomania requires ≥ 3 unless only irritable, then ≥ 4 moderate sxs are required (do not count elevation or irritability) toward dx of hypomania or mania

Self Esteem	Need for sleep	Talking	FOI/Racing thoughts	Distractible	Goal directed activity /PMA	High Risk Behavior
___	___	___	___	___	___ or ___	___

Y N **New major stressor, if yes** _____ ___

_____ **c/d caffeine** _____ **ppd nicotine** **Onset of menses** _____ / _____ / _____ early late NA

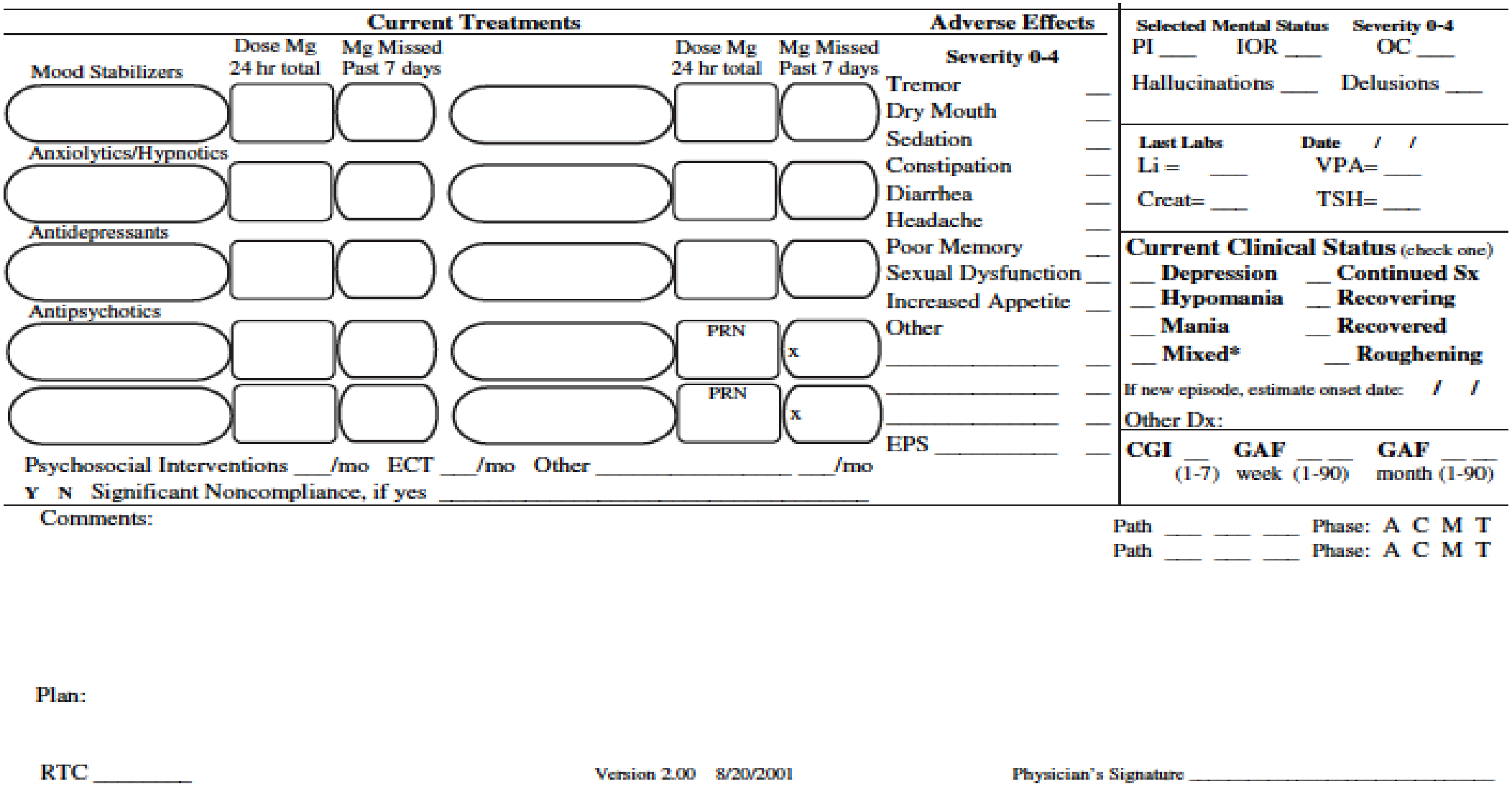
Y N **Alcohol abuse** _____ d/wk Y N **Headaches** Y N **Binge/Purge** Y N **Additional Psych tx:** OP ER Hosp

Y N **Substance abuse** _____ d-use/wk Y N **Migraines** Y N **Panic attacks** Y N **Additional Gen Med tx:** OP ER Hosp

Y N **Significant Medical illness , if yes** _____ **~ Weight** _____

Baldassano CF.Assessment tools for screening and monitoring bipolar disorder, Bipolar Disorders 2005: 7(Suppl. 1): 8–15

Rakenteinen kirjaaminen?



Current Treatments

	Dose Mg 24 hr total	Mg Missed Past 7 days		Dose Mg 24 hr total	Mg Missed Past 7 days
Mood Stabilizers					
Anxiolytics/Hypnotics					
Antidepressants					
Antipsychotics					
			PRN		x
			PRN		x

Psychosocial Interventions ___/mo ECT ___/mo Other _____ ___/mo

Y N Significant Noncompliance, if yes _____

Comments:

Adverse Effects

Severity 0-4

Tremor ___
Dry Mouth ___
Sedation ___
Constipation ___
Diarrhea ___
Headache ___
Poor Memory ___
Sexual Dysfunction ___
Increased Appetite ___
Other
_____ ___
_____ ___
_____ ___
EPS _____ ___

Selected Mental Status **Severity 0-4**

PI ___ IOR ___ OC ___

Hallucinations ___ Delusions ___

Last Labs **Date / /**

Li = ___ VPA= ___

Creat= ___ TSH= ___

Current Clinical Status (check one)

__ **Depression** __ **Continued Sx**
__ **Hypomania** __ **Recovering**
__ **Mania** __ **Recovered**
__ **Mixed*** __ **Roughening**

If new episode, estimate onset date: / /

Other Dx:

CGI __ (1-7) **GAF** __ __ week (1-90) **GAF** __ __ month (1-90)

Path ___ ___ ___ Phase: A C M T
Path ___ ___ ___ Phase: A C M T

Plan:

RTC _____ Version 2.00 8/20/2001 Physician's Signature _____

Fig. 2. The Clinical Monitoring Form for the longitudinal follow-up of patients with bipolar spectrum disorders.

Baldassano CF.Assessment tools for screening and monitoring bipolar disorder, Bipolar Disorders 2005: 7(Suppl. 1): 8–15

6) Muuta

Yl juha kemppinen

DSM-5 diagnoosit

Uusin luokittelu

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

Bipolaaritaudin erotusdiagnostiikka

Miten erotan bipolaaritaudin muista samanlaisista tautitiloista?

Challenges in the Clinical Diagnosis of Bipolar Disorders

- The average patient with bipolar disorder may endure as long as a decade of affective symptoms before appropriate diagnosis and treatment (Hirschfeld et al. 2003; Lish et al. 1994).
- The most common incorrect initial diagnosis is major depressive disorder (Ghaemi et al. 1999, 2000).

Ketter T (ed), Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders, 2010

Challenges in the Clinical Diagnosis of Bipolar Disorders

- This unfortunate situation is most likely related to multiple causes, including
- 1) **the complex, variable phenomenology of bipolar disorder**, including different subtypes, mood states, and illness courses, as well as age-dependent presentations (e.g., disruptive behavior disorders in youths);
- 2) **the pervasiveness of depressive symptoms**, which makes major depressive disorder crucial in the differential diagnosis; and
- 3) **the complex and confounding comorbidities** encountered, which include disruptive behavior disorders (attention-deficit/hyperactivity disorder [ADHD], oppositional defiant disorder, conduct disorder), substance use disorders, anxiety disorders, and Cluster B personality disorders

Ketter T (ed), Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders, 2010

Distinguishing Bipolar Disorders From Depressive Disorders

TABLE 2–11. Selected general medical conditions associated with secondary mood disorders

Endocrine—hypercortisolism (Cushing's disease/syndrome), hypocortisolism (Addison's disease), hyperthyroidism, hypothyroidism
Infectious—acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), human immunodeficiency virus (HIV) infection, infectious mononucleosis, influenza, tertiary syphilis (general paresis), toxoplasmosis, viral hepatitis
Neurological—cerebral trauma, cerebral tumor, cerebrovascular infarction, dementia, epilepsy, multiple sclerosis, Parkinson's disease

Ketter T (ed), Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders, 2010

Distinguishing Bipolar Disorders From Depressive Disorders

TABLE 2–12. Selected substances and treatments associated with secondary mood disorders

Substances

Alcohol

Illicit substances—amphetamines, cocaine, hallucinogens, inhalants, opioids, phencyclidine (PCP)

Psychiatric treatments

Anxiolytics, sedative-hypnotics—barbiturates, benzodiazepines

Antidepressants—SNRIs, SSRIs, MAOIs, tricyclics

Stimulants—methylphenidate

Typical antipsychotics—haloperidol

Other somatic therapies—electroconvulsive therapy, light therapy

Ketter T (ed), Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders, 2010

Distinguishing Bipolar Disorders From Depressive Disorders

General medications

Analgesics—indomethacin, opiates

Anti-infectives—interferon, isoniazid, zidovudine

Antineoplastics—vincristine, vinblastine

Cardiac—hydralazine, propranolol, reserpine

Endocrine—corticosteroids, hormonal contraceptives

Neurological—anticholinergics, baclofen, levodopa

Note. MAOI=monoamine oxidase inhibitor; SNRI=serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor; SSRI=selective serotonin reuptake inhibitor.

Ketter T (ed), Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders, 2010

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.

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.

S. Nassir Ghaemi et al, Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale, Journal of Affective Disorders 84 (2005) 273–277

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___.

S. Nassir Ghaemi et al, Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale, Journal of Affective Disorders 84 (2005) 273–277

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___.

S. Nassir Ghaemi et al, Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale, Journal of Affective Disorders 84 (2005) 273–277

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:

( ) This story fits me very well, or almost perfectly
( ) This story fits me fairly well
( ) This story fits me to some degree, but not in most respects
( ) 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.

S. Nassir Ghaemi et al, Sensitivity and specificity of a new bipolar spectrum diagnostic scale, Journal of Affective Disorders 84 (2005) 273–277