



Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Mitä uutta päivityksessä?

- Positiivinen MDQ-löydös merkitsee vasta kaksisuuntaisen mielialahäiriön epäilyä eikä vielä diagnoosia, ja huolellinen diagnostinen arvio on välttämätön.
- Hoidossa on tärkeä yhdistää lääkkeelliset ja lääkkeettömät hoidot yksilöllisten tarpeiden mukaan hoitoa tukevaksi kokonaisuudeksi.
- Lääkehoidosta on uutta tutkimusnäyttöä.
- Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy kognitiivisen toimintakyvyn puutoksia.
- Columbia-Suicide Severity Scale on uusi apuväline itsetuhoisuuden arviointiin.

Keskeinen sisältö

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen mielenterveyden häiriö, jossa esiintyy vaihtelevasti masennus-, hypomania-, maniat tai sekamuotoisia sairausjaksoja ja vähäoireisia tai oireettomia välivaiheita. Hoidossa keskeisintä on ehkäistä jaksosten uusiutumista. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon perusta ovat mielialaa tasaavat lääkkeet ja uudemmat psykoosilääkkeet sairauden ajankohtaisen vaiheen mukaan.

Kulku ja ennuste

Sairastuminen on yleisintä nuorilla aikuisilla, mutta sairastumisikä vaihtelee lapsuudesta vanhuuteen. Hypomanian ja erityisesti maniajaksojen aikana potilas voi aiheuttaa itselleen vakavia ongelmia hakeutumalla harkitsemattomiin ihmissuhteisiin, käyttäytymällä liikenteessä muista piittaamatta, käyttämällä päihkeitä holtittomasti tai olemalla harkitsematon talousasioissa. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyy huomattava itsetuhoikäyttäytymisen riski.

Harvat kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat hakeutuvat hoitoon sairauden al-

kuvaiheessa, hypomanian vuoksi ei juuri kuukaan. Omaehtoisesti hoitoa hakevat erityisesti vakavista ja pitkäkestoisista masennustiloista kärsivät. Manian aikana potilaat tulevat yleensä hoitoon toisten aloitteesta ja usein myös omasta tahdostaan riippumatta. Viive oireiden alkamisesta oikeaan diagnoosiin on keskimäärin 8 vuotta.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on krooninen sairaus, johon yleensä liittyy uusiutuvia sairausjaksoja. Jaksojen välinen oireilu on yleistä, ja potilailla esiintyy oireita noin puolet ajasta. Suurin osa oireista on masennusta.

Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön voi liittyä kognitiivisen toimintakyvyn puutoksia, erityisesti toiminnanohjauksen ja kielellisen muistin häiriöitä. Hoitoa hakevista enemmistö kärsii samanaikaisesti myös jostakin muusta psykiatrisesta oireyhtymästä.

Totaminen ja erotusdiagnostiikka

Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt ja tavalliset masennustilat tulee erottaa toisistaan. Erotusdiagnostiikka on vaikeaa silloin, kun kaksisuuntainen mielialahäiriö alkaa masennusjaksolla. Tieto kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintymisestä lähisukulaisella saattaa auttaa oikeaan päätelmään. Luotettava erotusdiagnostiikka masennuksen kliinisen kuvan perusteella ei sen sijaan ole mahdollista. Masennuspotilasta arvioitaessa on aina kysyttävä, onko hänellä aiemmin ollut lisääntyneen aktiivisuuden kausia. Tarkempaan seulontaan sopii Mood Disorder Questionnaire (MDQ). Positiivinen MDQ-löydös merkitsee vasta kaksisuuntaisen mielialahäiriön epäilyä eikä vielä diagnoosia. Diagnoosi edellyttää perusteellista diagnostista arviota.

Hoito ja kuntoutus

Hoidossa on tärkeä yhdistää lääkkeelliset ja lääkkeettömät hoidot yksilöllisten tarpeiden

mukaan hoitoa tukevaksi kokonaisuudeksi. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat diagnosoidaan ja akuuttivaiheet hoidetaan pääsääntöisesti psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Vakiintuneessa vaiheessa hoito toteutetaan yksilöllisen harkinnan perusteella erikoissairaanhoidossa, työterveyshuollossa tai perusterveydenhuollossa.

Mielialaa tasaava lääkitys (litium ja muut mielialaa tasaavat lääkkeet ja psykoosilääkkeet) on keskeisin hoitomuoto. Uutta tutkimusnäyttöä on muun muassa asenapiinin tehosta manian hoidossa^A, ketiapiinin tehosta ylläpito-hoidossa^A ja ketiapiinin ja litiumin tai valproaatin yhdistelmästä ylläpito-hoidossa^A.

Psykososiaalisen hoidon tavoitteena on tukea potilasta, parantaa lääkehoitoon sitoutumista, helpottaa mielialajaksojen varhaisoireiden tunnistamista ja lievittää potilaan ja hänen omaistensa vaikeuksia sopeutua sairauteen. Tiedon jakaminen sairaudesta ja sen hoidosta sekä varhaisoireiden tunnistamisen opetus potilaille ja perheenjäsenille lisäävät hoidon vaikuttavuutta^A. Kognitiivisten toimintojen tukeminen muun kuntoutuksen yhteydessä voi parantaa yleistä toimintakykyisyyttä.

On keskeistä selvittää, mikä sairauden vaihe ajankohtaisesti on kyseessä, ja huomioida taudin kulku. Hoidon koordinoimiseksi on myös suositeltavaa nimetä kaikille kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastaville vastuuhenkilö hoitavassa yksikössä. Vakava itsetuhoisuus, psykoottisuus, kyvyttömyys huolehtia itsestä ja toimintakyvyn merkittävä heikkeneminen ovat usein sairaalahoidon aiheita. Tarvittaessa sairaalahoito toteutetaan mielenterveyslain mukaisesti tahdosta riippumatta.

Jos avohoito arvioidaan akuuttivaiheessa riittäväksi, potilaan tilaa tulee seurata säännöllisin tapaamisin 1–2 viikon välein tai tiiviimmin, jos esimerkiksi itsemurhavaara arvioidaan suureksi. Akuuttihoidon tavoitteena on eutymia, jossa potilas on oireeton tai hänellä on vain hyvin lieviä ja ohimeneviä oireita. Oi-

reettomuuden saavuttamisen jälkeen aloitetaan ylläpitohoito.

Seurantatapaamisissa on suositeltavaa arvioida hoidon tehoa käyttämällä sekä määnsuoreita että maanisia oireita arvioivia mittareita ja mielialapäiväkirjaa. Hoitovasteen seurannassa käytetään apuna oirekorttia. Columbia-Suicide Severity Scale on uusi apuväline itsetuhoisuuden arviointiin, ja toimintakyvyn arviointiin suositellaan SOFAS-asteikkoa.

Hoidossa oleellista on hyvä yhteistyö ja tiedon siirtyminen hoitoon osallistuvien kesken. Yhteistyö päihdehuollon kanssa taas on hoidon onnistumisen kannalta keskeistä, jos potilaalla on päihdeongelma. Omaiset ja potilaan muu lähipiiri tulisi myös ottaa mukaan hoitoon. ■

KIRSI SUOMINEN (pj), SUSANNA LÄHTENMÄKI, JUKKA HIINTIKKA, ERKKI ISOMETSA, TANJA LAUKKALA, ESA LEINONEN, MAURI MARTTUNEN, JORMA OKSANEN, ELINA SALMINEN, ULLA SAXEN, MARKO SORVANIEMI, TIINA TUPALA, ANNAMARI TUULIO-HENRIKSSON, HANNA VALTONEN

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä

Summary

Update on Current Care Guideline: Bipolar affective disorder

Bipolar affective disorder (BD) is a long-term mental disorder presenting remittent depressive, hypomanic, manic or mixed episodes of illness and low symptomatic or asymptomatic intermediate periods. It is related to a serious risk of self-destructive behaviour. Patients are typically symptomatic approximately half of the time.

Treatment focuses on preventing the recurrence of episodes. The care is based on mood stabiliser and second generation antipsychotic medication in accordance with the patient's current symptoms. When added to pharmacotherapy, psychosocial interventions can improve the outcome. Patients with BD are usually treated in psychiatric outpatient clinics.