

BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER AND MANIC EPISODE WITH PSYCHOTIC SYMPTOMS IN A 39 YEARS OLD MAN

Lewi Martha Furi

Faculty of Medicine, Universitas Lampung

Abstract

Bipolar is a mood disorder that consists at least one manic episode, hypomania, or mixed which is usually accompanied by a history of major depressive episodes. An extreme shift of mood, motivation, and energy suffered by patients with bipolar can lead to disability and even suicide. Therefore, it is important to know the symptoms, how to diagnose, and the treatment. A man, 39 years old, came with his family with the complaint of rampage and beating people for no reason. Over the past month, the family admitted patients cannot sleep. On physical examination found cuts on the right cheek. General status, neurological, and laboratory tests are in normal range, from psychiatric examination obtained clear consciousness, elevation of mood occasionally disforic, blunted affect, Inappropriate, with auditory, tactile, and visual hallucinations accompanied with delusions of greatness and erotomaniac. Patients diagnosed with axis I: F31.2 bipolar affective disorder, manic episode with psychotic symptoms; axis II: not found yet; axis III: vulnus laceratum in the right maxillary region; axis IV: primary support group problems; axis V: GAF20-11. Pharmacotherapy with haloperidol 3x2 mg tab, clozapine 2x25 mg tab, and supportive psychotherapy. Bipolar disorder in these patients was initiated after his wife passed. [J Agromed Unila 2014; 1(3):211-215]

Keywords: bipolar, hallucination, man ,manic, phsycotic

Abstrak

Bipolar ialah gangguan *mood* yang terdiri dari paling sedikit satu episode manik, hipomanik, atau campuran yang biasanya disertai dengan adanya riwayat episode depresi mayor. Pergeseran yang ekstrim dari *mood*, motivasi, dan energi yang diderita oleh pasien dengan bipolar dapat menimbulkan disabilitas bahkan bunuh diri. Oleh karena itu, penting untuk mengetahui gejala, diagnosis, serta penatalaksanaannya. Seorang laki-laki, 39 tahun, datang bersama keluarganya dengan keluhan mengamuk dan memukul orang tanpa sebab yang jelas. Selama sebulan terakhir, keluarga mengaku pasien tidak dapat tidur. Pada pemeriksaan fisik didapatkan luka sayat pada pipi sebelah kanan. Status generalis, neurologis maupun pemeriksaan laboratorium dalam batas normal. Status psikiatrik didapatkan kesadaran jernih, mood elevasi sesekali disforik, afek tumpul, keserasian *inappropriate*, halusinasi auditorik, taktil, dan visual disertai waham kebesaran dan erotomania, *insight* derajat 2. Pasien didiagnosis aksis I: F31.2 gangguan afektif bipolar, episode kini manik dengan gejala psikotik; aksis II: saat ini tidak ditemukan; aksis III: vulnus laseratum regio maksila dekstra; aksis IV: masalah *primary support group*; aksis V: GAF20-11. Terapi psikofarmaka yaitu *haloperidol* 3x2 mg tab, *clozapine* 2x25 mg tab, serta psikoterapi suportif. Gangguan bipolar pada pasien ini dicetuskan setelah istrinya meninggal. [J Agromed Unila 2014; 1(3):211-215]

Kata kunci: bipolar, halusinasi, laki-laki, manik, psikotik

Korespondensi: Lewi Martha Furi | lewiartha@yahoo.com

Pendahuluan

Gangguan bipolar, yang sering disebut dengan gangguan manik depresi, adalah suatu gangguan *mood* yang dikarakterisasikan oleh adanya fluktuasi *mood* yang ekstrim dari euforia menjadi depresi berat, dan diperantarai oleh periode *mood* yang normal (eutimik).¹ Gangguan bipolar merupakan salah satu masalah kesehatan mental yang penting, yang terjadi hampir 2%-4% dari populasi. Hal ini mungkin disebabkan oleh karena seringnya terjadi kekambuhan dan banyaknya dampak yang merugikan yang dapat disebabkan olehnya, di mana gangguan bipolar mengakibatkan dampak yang berat untuk pasien, keluarga, dan masyarakat.²

Setiap orang pada umumnya pernah mengalami suasana hati yang baik (*mood high*) dan suasana hati yang buruk (*mood low*). Akan tetapi, seseorang yang menderita *bipolar disorder* memiliki *mood swings* yang ekstrim yaitu pola perasaan yang mudah berubah secara drastis. Suatu ketika, seorang pengidap *bipolar disorder* bisa merasa sangat antusias dan bersemangat (mania). Namun, ketika *mood*-nya berubah buruk, ia bisa sangat depresi, pesimis, putus asa, bahkan sampai mempunyai keinginan untuk bunuh diri.^{3,4}

Stresor psikososial diketahui dengan baik memainkan peranan penting dalam hal etiologi, pemeliharaan, dan penatalaksanaan

sejumlah gangguan jiwa.^{4,5} Berdasarkan Institut Nasional Kesehatan Mental Amerika Serikat (*USA Government's National Institute of Mental Health*) atau NIMH, *bipolar disorder* tidak hanya disebabkan oleh faktor tunggal saja, melainkan dari banyak faktor yang secara bersama-sama memicu terbentuknya penyakit ini.⁶ *Bipolar disorder* dapat mempengaruhi kehidupan seseorang, seperti kemampuan di berbagai bidang, gangguan besar bagi kesehatan, hubungan sosial, dan gaya hidup seseorang. Oleh sebab itu, penyakit ini memerlukan penanganan secara serius agar penderitanya dapat menjalani hidup dengan normal.^{3,4,7}

Kasus

Laki-laki, usia 39 tahun, diantar oleh adik kandung, adik ipar, serta beberapa warga sekitar rumah adik kandungnya dari Kalirejo datang dengan keluhan mengamuk dan memukul orang-orang disekitarnya. Menurut pengakuan keluarga sudah sekitar sebulan yang lalu keluarga merasa ada perubahan perilaku pada pasien. Satu bulan yang lalu pasien tidak dapat tidur dalam beberapa hari dan mulai berbicara ngelantur, mudah marah bila keinginan tidak dituruti, mudah marah bila perkataannya disela, mulai kehilangan inisiatif untuk makan serta minum. Karena tidak dapat tidur beberapa hari, keluarga memanggil seorang mantri yang bekerja di puskesmas Kalirejo. Pasien disuntik, setelah itu pasien dapat tidur, keluhan berbicara ngelantur dan marah jika perkataannya disela orang lain masih dikeluhkan.

Setengah bulan kemudian keluhan dirasa semakin parah, pasien menjadi sering berbicara sendiri, mandi di tengah malam hari di mana dalam sehari dapat mandi 3-4 kali, namun tidak bersih hanya mengguyur dengan air saja tanpa menggunakan sabun, jika dilarang marah. Jika diajak bicara awal pembicaraan biasanya masih nyambung namun lama kelamaan menjadi ngelantur, mengatakan hal-hal yang aneh bahwa anaknya besok akan menjadi seorang suster padahal anaknya baru kelas 1 SD, mengatakan dia memiliki motor dan mobil padahal dia tidak memilikinya. Pasien mengatakan siang sebagai malam sehingga akan marah bila siang hari jendela dibuka, dan mengatakan malam sebagai siang, sehingga pasien marah bila anggota keluarga lain tidur dan menyuruh keluarganya untuk bekerja.

Seminggu sebelum masuk rumah sakit, keluarga mengakui pasien sering berkata ada

yang membisikinya dan ada yang menyentuh dirinya, keluarga juga mengakui bahwa pasien sering berkata melihat binatang-binatang seperti ular dan gajah padahal hal tersebut tidak ada. Pasien pernah berkata pada adik iparnya bahwa ia melihat dirinya sendiri pada saat melihat adik iparnya. Keluarga berkata bahwa terkadang pasien berperilaku seperti anak kecil, selalu meminta jajanan dan cemilan, jika tidak ada atau tidak dipenuhi pasien menjadi marah.

Pasien dibawa berobat karena sempat sangat gelisah dan ingin memukul anaknya karena anaknya mengatakan bahwa ayahnya terlalu banyak makan. Pasien menjadi marah dan mengejar anaknya untuk dipukul, adik iparnya mencoba menghentikan tetapi malah adik iparnya yang terkena pukulan. Tidak dapat ditenangkan sehingga akhirnya diikat dan dibawa ke RSJ.

Keluhan seperti ini baru pertama kali dirasakan pasien. Sekitar 6 bulan yang lalu pasien lebih sering terlihat murung, menutup diri, berdiam diri di rumah. Hal itu terjadi selama satu bulan, setelah itu pasien dapat beraktivitas seperti orang biasa pada umumnya. Dan selama beberapa bulan tidak ada keluhan apapun.

Riwayat keluarga yang pernah mengalami gangguan jiwa disangkal. Riwayat minum-minuman beralkohol diakui, riwayat penggunaan obat-obatan terlarang disangkal, riwayat tidak sadarkan diri diakui, riwayat demam tinggi diakui, riwayat kejang diakui, riwayat trauma kepala diakui, riwayat pemeriksaan *CT-Scan* kepala namun tidak ada kelainan, riwayat sakit kepala hebat/terus-menerus disangkal.

Pada pemeriksaan fisik didapatkan keadaan umum baik, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 76 x/m, laju napas 18 x/m, suhu 37,1°C, status generalis, neurologis maupun pemeriksaan laboratorium dalam batas normal. Status psikiatrik didapatkan kesadaran jernih, *mood* senang sesekali disforik, afek tumpul, keserasian *inappropriate*, halusinasi auditorik, taktil, dan visual disertai waham kebesaran dan erotomania, *insight* derajat 2.

Diagnosis berupa diagnosis multiaksial yaitu aksis I: F31.2 gangguan afektif bipolar, episode kini manik dengan gejala psikotik; aksis II: saat ini tidak ditemukan; aksis III: vulnus laseratum regio maksila dekstra; aksis IV: masalah *primary support group*; aksis V: GAF20-11. Terapi psikofarmaka yaitu *haloperidol* 3x2 mg tab, *clozapine* 2x25 mg tab, serta psikoterapi suportif.

Pembahasan

Konsep gangguan jiwa dari PPDGJ III yang merujuk ke DSM-IV adalah sindrom atau pola perilaku, atau psikologi seseorang, yang secara klinik cukup bermakna, dan yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment/disability*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia.^{8,9}

Pada pasien ini ditemukan adanya gangguan persepsi dan isi pikir yang bermakna serta menimbulkan suatu *distress* (penderitaan) dan *disability* (hendaya) dalam pekerjaan dan kehidupan sosial pasien sehingga dapat disimpulkan bahwa pasien mengidap gangguan jiwa.^{8,9}

Berdasarkan data-data yang didapat melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik ditemukan riwayat trauma kepala, demam tinggi, dan kejang sebelumnya. Gangguan mental organik adalah gangguan jiwa yang psikotik atau non-psikotik yang disebabkan oleh gangguan fungsi jaringan otak.⁸⁻¹⁰ Gangguan fungsi jaringan otak ini dapat disebabkan oleh penyakit badaniah yang terutama mengenai otak atau yang terutama diluar otak. Bila bagian otak yang terganggu itu luas, maka gangguan dasar mengenai fungsi mental sama saja, tidak tergantung pada penyakit yang menyebabkannya. Bila hanya bagian otak dengan fungsi tertentu saja yang terganggu, maka lokasi inilah yang menentukan gejala dan sindroma, bukan penyakit yang menyebabkannya. Pembagian menjadi psikotik dan tidak psikotik lebih menunjukkan kepada berat gangguan otak pada suatu penyakit tertentu daripada pembagian akut dan menahun.⁸⁻¹⁰ Meskipun pasien memiliki riwayat trauma kepala, demam tinggi, dan kejang sebelumnya, namun tidak diketahui secara pasti apakah terdapat kerusakan otak pada pasien. Pasien sempat dilakukan *CT-scan* kepala namun hasilnya tidak diketahui oleh pemeriksa. Hal ini dapat menjadi dasar untuk menyingkirkan diagnosis gangguan mental organik (F0).

Gangguan penggunaan zat adalah suatu gangguan jiwa berupa penyimpangan perilaku yang berhubungan dengan pemakaian zat yang dapat mempengaruhi susunan saraf pusat secara kurang lebih teratur sehingga menimbulkan gangguan fungsi sosial.⁹⁻¹¹ Pada pasien ini terdapat riwayat penggunaan zat psikoaktif, namun gejala terus berlangsung bahkan seminggu lebih setelah mengkonsumsi tuak. Hal

ini menyingkirkan diagnosis penggunaan zat psikoaktif (F1).

Pada pemeriksaan status mental, didapatkan adanya halusinasi auditorik taktil dan visual yang menetap namun belum terjadi lebih dari satu bulan dan tidak khas memenuhi kriteria skizofrenia. Waham yang ditemukan adalah waham kebesaran dan waham cinta (erotomania). Tidak ditemukan adanya gejala utama dan gejala tambahan skizofrenia yang khas baik waham yang mengambang, ataupun ide-ide berlebihan (*over-valued ideas*) yang menetap, ataupun gejala-gejala "*negative*" seperti sikap sangat apatis, dan respons emosional yang menumpul atau tidak wajar yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial. Hal ini dapat menjadi dasar untuk menyingkirkan diagnosis penderita sebagai skizofrenia (F2).

Penulis mendiagnosa banding penyakit pasien ini mania dengan gejala psikotik, namun mengingat bahwa sebelumnya pasien pernah mengalami episode depresi dan mengalami penyembuhan sempurna maka penulis mendiagnosis pasien dengan gangguan afektif bipolar episode kini manik dengan gejala psikotik.¹²

Pada pasien ini lebih tepat didiagnosa gangguan afek bipolar episode kini manik dengan gejala psikotik dibanding skizoafektif adalah karena selain gejala psikotik yang kurang kuat mengarah ke skizofrenia, dan juga mengingat bahwa perbedaan mendasar pada kedua diagnosa tersebut adalah *mood-congruent* atau *mood-incongruent*. Di mana pada gangguan afek bipolar episode kini manik dengan gejala psikotik maka yang terlihat adalah gangguan afek dan waham atau halusinasi sesuai yaitu afeknya yang mengalami elasi disertai waham kebesaran. Hal ini ditemukan pada pasien.¹²

Gangguan afektif bipolar merupakan peringkat kedua terbanyak sebagai penyebab disabilitas. Sebanyak 4% dari populasi menderita gangguan bipolar. Bahaya kematian bisa terjadi pada penderita bipolar. Salah satu penyebab kematian pada penderita bipolar mengakhiri hidupnya dengan bunuh diri. Populasi diperkirakan antara 10-15 per 100.000 di antara manusia. Prevalensi serupa pada pria dan wanita pada semua kelompok budaya dan etnis. Gangguan ini dimulai sejak awal masa dewasa, tetapi pada kasus gangguan bipolar lainnya

sudah terjadi pada masa remaja maupun pada masa kanak-kanak.¹³⁻¹⁶

Gangguan jiwa ini sifatnya berulang di mana pasien memperlihatkan bagaimana perasaannya, gangguan ini terjadi meningkatnya suasana pemikiran (manik), aktivitas, perilaku, dan pada saat yang berbeda berupa afek menurun juga rendahnya perilaku, energi dan kegiatan (depresi). Pada gangguan ini spesialnya adalah ada penyembuhan total yang sempurna di setiap episode.

Episode manik biasanya terjadi tak terduga dan berlangsung paling cepat dua minggu sampai dengan lima bulan, lain halnya jika depresi yang cenderung lebih lama.¹² Episode manik terdiri dari 3 tingkatan keparahannya meliputi (1) hipomanik; (2) manik dengan gejala psikotik; dan (3) manik tanpa gejala psikotik.^{15,16}

Gangguan hipomanik dapat berupa perasaan sangat bahagia pada wanita ketika sedang jatuh cinta terhadap pria. Perasaan sangat gembira, bersemangat dalam melakukan segala aktivitas, dan gairah seksual yang meningkat. Gangguan hipomanik lebih bisa dikontrol daripada manik karena gejala yang dialami tidak menyimpang dari masyarakat.^{15,16}

Gangguan manik dapat seperti sangat optimis dalam suatu pekerjaan. Selain itu perasaan mudah tersinggung saat berdiskusi dan curiga bila ada pasangan selingkuh. Gejala tersebut sangat berat karena aktivitas sosialnya menjadi sangat kacau. Selain itu manik merupakan hiperaktifitas motorik seperti bekerja melebihi kemampuan/kewajaran yang terkadang tidak produktif, kegembiraan yang berlebihan, banyak bicara, dan disertai dengan waham kebesaran.^{15,16} Pengertian waham kebesaran yaitu perilaku yang sesuai dengan keinginan wahamnya, tidak sistematis, perilaku yang menyimpang dari norma-norma yang ada di masyarakat.^{15,16}

Aksis II tidak ada diagnosis dikarenakan pada pasien didapatkan tumbuh kembang saat masa kanak-kanak baik, pasien mampu menyelesaikan pendidikan sampai tamat SMP, berhenti sekolah karena masalah ekonomi. Menurut pengakuan keluarga, pasien termasuk anak yang pintar di atas rata-rata temannya. Hal ini menyingkirkan diagnosis retardasi mental (F.70).

Pada pasien ini ditemukan adanya vulnus laseratum pada regio maksila dextra, sehingga diagnosis vulnus laseratum untuk aksis III.

Keluarga pasien merupakan keluarga dengan keadaan ekonomi cukup. Pasien tinggal di daerah Lampung Tengah. Pasien tinggal di rumah dengan kedua anaknya. Dalam kesehariannya, pasien hidup mencari nafkah sebagai seorang tani dan buruh masak. Gejala muncul diawali 20 tahun yang lalu di mana pasien menjadi pendiam, pemurung, berdiam diri, hilang inisiatif sama sekali selama 1 minggu yang disebabkan berselisih paham dengan kakak kandungnya sendiri, serta merasa terbebani mengetahui adik kandungnya hamil dan tidak diakui oleh calon suaminya. Gejala semakin bertambah berat ketika 5 tahun yang lalu pasien ditinggal instrinya yang meninggal. Sehingga dapat disimpulkan diagnosis aksis IV adalah masalah dengan *primary support group*.

Stresor psikososial diketahui dengan baik memainkan peranan penting dalam hal etiologi, pemeliharaan, dan penatalaksanaan sejumlah gangguan jiwa.^{5,16,17} Berdasarkan NIMH, *bipolar disorder* tidak hanya disebabkan oleh faktor tunggal saja, melainkan dari banyak faktor yang secara bersama-sama memicu terbentuknya penyakit ini.^{6,18,19}

Penilaian terhadap kemampuan pasien untuk berfungsi dalam kehidupannya menggunakan skala GAF (*Global Assessment of Function*). Pada saat masuk RSJ, skor GAF 20-11 yakni pasien sudah dinilai dapat membahayakan diri sendiri maupun orang lain, disabilitas sangat berat dalam komunikasi dan mengurus diri sendiri.^{20,21,22}

Dalam penanganan gangguan afektif bipolar indikasi rawat inap di RSJ dilakukan ketika pasien sudah dapat membahayakan orang lain disekitarnya atau pun dirinya sendiri. Pada pasien ini diakui oleh keluarga pasien dan petugas medis bahwa dia membahayakan keluarga seperti memukuli dan mengancam orang-orang.²³

Obat-obatan yang digunakan pasien dapat berupa antipsikotik. Terdapat 3 kategori obat antipsikotik yang dikenal saat ini, yaitu antipsikotik konvensional, *newer atypical antipsychotics*, dan Clozaril (Clozapine).²⁰⁻²¹

Obat anti-psikosis disebut juga *neuroleptic*, dahulu dinamakan *major tranquilizer*. Salah satunya adalah *chlorpromazine* (CPZ), yang diperkenalkan pertama kali tahun 1951 sebagai premedikasi dalam anestesi akibat efeknya yang membuat relaksasi tingkat kewaspadaan seseorang. CPZ segera dicobakan pada penderita skizofrenia dan ternyata berefek mengurangi delusi dan

halusinasi tanpa efek sedatif yang berlebihan.^{20,21}

Mekanisme kerja obat anti-psikosis tipikal adalah memblokir *dopamine* pada reseptor pasca-sinaptik neuron di otak, khususnya di sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal (*dopamine D2 receptor antagonist*). Sedangkan obat anti-psikosis yang baru (atipikal) disamping berafinitas terhadap "*Dopamine D2 Receptors*", juga terhadap "*Serotonine 5 HT Receptors*" (*Serotoninedopamine antagonist*).^{20,21}

Pada pasien gangguan afek bipolar maka terapi pilihannya adalah obat antipsikotik atipikal disertai *mood stabilizer*.^{20,21} Obat antipsikotik atipikal yang dipilih adalah Clozapine di mana efek sedatif lebih besar dan tidak memiliki efek samping ekstrapiramidal sindrom. Pilihan utama penggunaan *mood stabilizer* adalah *Lithium* namun mengingat *lethal dose* yang sempit, efek samping toksik serta perlunya pengawasan kadar obat dalam darah maka obat yang diberikan kepada pasien yaitu *haloperidol* merupakan pilihan yang sudah tepat.^{23,24}

Pada prinsipnya pengobatan selalu dimulai dari dosis rendah ditingkatkan bertahap sampai mencapai dosis terapeutik. Setelah efek terapi tercapai maka dilanjutkan dengan terapi pemeliharaan untuk mencapai remisi dan mencegah kekambuhan selama minimal 6 bulan dan bahkan berlangsung 3-5 tahun. Terapi psikososial juga diperlukan dalam menangani penyakit bipolar.^{21,25}

Simpulan

Pada penderita gangguan bipolar terjadi suasana perasaan yang labil, mudah berubah, kadang sedih berlebihan dan di saat lain gembira luar biasa. Jenis-jenis pengobatan yang diberikan tergantung dari gejala yang dialami. Penderita bipolar selain membutuhkan obat seumur hidupnya, mereka pun membutuhkan psikoterapi suportif dari keluarga yang dapat membantu penderita untuk dapat hidup di dalam lingkungan masyarakat.

Daftar Pustaka

- Sonne SC, Pharmd, Brady KT. Bipolar disorder and alcoholism. *Alcohol Research & Health*. 2002; 26(2): 103-8.
- Miller IW, Keitner GI, Ryan CE, Uebelacker, Jhonson SL, Solomon DA. Family treatment for bipolar disorder: family impairment by treatment interactions. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69(5):732-40.
- National Institute of Mental Health. Buku petunjuk bipolar disorder institut nasional kesehatan mental Amerika Serikat. New York: NIMH; 2012.
- World Health Organization. Mental health atlas. Washington DC: WHO Publications; 2011.
- First MB. Psychiatric classification. In: Tasman A, Kay J, Lieberman JA, First MB, Maj M. editor. *Psychiatry volume 1*. Edisi ke-3. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd; 2008. hlm. 666-78
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Edisi ke-4. Arlington: American Psychiatric Association; 2000.
- Herditya FY, Satiningsih. Studi kualitatif cognitive behaviour therapy pada bipolar disorder. *Character: Jurnal Penelitian Psikologi*. 2013; 1(2):1-14.
- Maslim, Rusdi. Panduan praktis penggunaan obat psikotropik. Edisi ke-3. Jakarta: FK UNIKA Atma Jaya; 2007.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Edisi ke-4. Washington DC: Penerbit; 2005. hlm. 345-429.
- Maramis WF. Catatan ilmu kedokteran jiwa. Edisi Ke-7. Surabaya: Airlangga Universitas Press; 2004.
- Kaplan IH. Sinopsis psikiatri: ilmu pengetahuan perilaku psikiatri klinis. Edisi Ke-7. Jakarta: Binarupa Aksara; 1997. hlm. 799-806.
- Maslim, Rusdi. Buku saku diagnosis gangguan jiwa (PPDGJ III). Jakarta: FK Jiwa Unika Atmajaya; 2004.
- Manley MR. Pschyatry clerckship guide. Edisi ke-2. Philadelphia: Elsevier. 2007. hlm. 180.
- Chawla JM, Singh-Balhara YP, Mohan I, Sagar R. Chronic mania: an unexpectedly long episode. *Indian J Med Sci*. 2006; 60(5):199-201.
- Dell'Osso L, Pini S, Cassano GB, Mastrocinque C, Seckinger RA, Saettoni M, et al. Insight into illness in patients with mania, mixed mania, bipolar depression and major depression with psychotic features. *Bipolar Disorders*. 2002; 4:315-22.
- Dell'Osso L, Pith S, Tundo A, Samo N, Musetti L, Cassano GB. Clinical characteristics of mania, mixed mania and bipolar depression with psychotic features. *Comprehensive Psychiatry*. 2000; 41:242-7.
- Ketter TA. Diagnostic features, prevalence, and impact of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71(6):e14.
- Price AL, Marzani-Nissen GR. Bipolar disorders: a review. *Am Fam Physician*. 2012; 85(5):483-93.
- Watson DL, Thaw RG. Self-directed behavior: self-modification for personal adjustment. Edisi ke-10. Cengage Learning; Massachusetts; 2013.
- Ganiswarna S. Farmakologi dan terapi. Edisi ke-4. Jakarta: FKUI Press; 1995.
- Katzung BG. Farmakologi dasar dan klinik. Edisi ke-8. Jakarta: Salemba Medika; 2002.
- Sinaga RB. Skizofrenia dan diagnosis banding. Jakarta: Balai Penerbit FKUI; 2007.
- Goodwin G. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition—recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*. 2009; 23(4):346-88.
- Berk M, Malhi SG, Henry L, Hasti M, Macneil C, Yucel M. Evidence and implication for early intervention in bipolar disorder. *Journal of Mental Health*. 2010; 19(2):113-26.
- Duffy A, Crawford L, Milin R, Grof P. The early manifestations of bipolar disorder: a longitudinal prospective study of the offspring of bipolar parents. *Bipolar Disorder*. 2007; 9:828-38.