

# **GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR MANIA DENGAN PSIKOTIK: SEBUAH LAPORAN KASUS**

*Hendrikus Gede Surya Adhi Putra, S.*

Fakultas Kedokteran Universitas Udayana, Denpasar, Bali

## **ABSTRAK**

Gangguan bipolar merupakan gangguan yang terdiri dari afek yang meningkat, dan juga aktivitas yang berlebihan (mania atau hipomania), dan dalam jangka waktu yang berbeda terjadi penurunan afek yang disertai dengan penurunan aktivitas (depresi). Kejadian pada gangguan bipolar berkisar antara 0,3-1,5%. Prevalensi serupa pada pria dan wanita. Gejala gangguan bipolar episode manik meliputi perasaan sensitif, kurang istirahat, harga diri melonjak naik, dan pada episode depresi meliputi kehilangan minat, tidur lebih atau kurang dari normal, gelisah, merasa tidak berharga, dan kurang konsentrasi. Laporan ini membahas kasus gangguan bipolar episode kini manik yang terjadi pada seorang laki-laki berusia 45 tahun. Pasien ini mendapatkan psikoterapi, haloperidol 1 x 5 mg, dan trihexyphenidyl 1 x 2 mg per oral.

**Kata kunci:** *gangguan bipolar*

# **BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER MANIA WITH PSYCHOSIS: A CASE REPORT**

## **ABSTRACT**

Bipolar disorder is an affective disorder consisting of increased, and also excessive activity (mania or hypomania), and in different time periods affect the decline is accompanied by a decrease in activity (depression). Events in bipolar disorder ranged between 0,3-1,5%. The prevalence was similar in men and women. Symptoms of manic episodes of bipolar disorder include sensitive feelings, lack of rest, self-esteem shot up, and the episode of depression include loss of interest, sleep more or less than normal, anxiety, feeling of worthlessness, and lack of concentration. This report discusses the case now manic episodes of bipolar disorder that occurs in a man aged 45 years. These patients receive psychotherapy, 1 x 5 mg haloperidol and trihexyphenidyl 1 x 2 mg orally.

**Keywords:** bipolar disorder

## PENDAHULUAN

Gangguan bipolar terdiri dari afek yang meningkat, dan juga aktivitas yang berlebih (mania atau hipomania), dan dalam jangka waktu yang berbeda terjadi penurunan afek yang disertai dengan penurunan aktivitas (depresi). Gangguan bipolar terdiri dari afek yang meningkat, dan juga aktivitas yang berlebih (mania atau hipomania), dan dalam waktu yang berbeda terjadi penurunan mood yang diikuti dengan penurunan energi maupun penurunan aktivitas (depresi). (Rusdi M, 2003).

Sebagian besar orang yang mengalami manik, setidaknya sekali dalam hidup mereka di lain waktu akan memiliki gangguan depresi. Kombinasi dari dua episode, yang berada di kutub yang berlawanan dari suasana hati, disebut gangguan bipolar atau gangguan afektif bipolar. Jarang terjadi, beberapa orang menunjukkan fitur dari kedua manik dan depresi pada saat yang sama. Mereka hiperaktif sementara juga mengalami suasana hati yang depresi. Pasien tersebut dikatakan memiliki gangguan afektif campuran. (Dell'Osso L, dkk. 2006)

Jumlah kejadian setiap tahun dari gangguan bipolar dalam populasi diperkirakan antara 10-15 per 100000 di antara manusia. Angka ini lebih tinggi di kalangan wanita dan bahkan dapat mencapai 30 per 100000 . Kondisi ini dapat mempengaruhi orang dari hampir semua usia, dari anak-anak sampai usia lanjut. Prevalensi serupa terjadi pada pria maupun wanita. (Ketter, 2010)

## ILUSTRASI KASUS

Pasien laki-laki, 45 tahun datang ke Poliklinik Psikiatri RSUD Wangaya (29/07/2013) dengan keluhan tidak bisa tidur. Pasien diwawancara dalam posisi duduk, pasien menggunakan jaket berwarna biru dan memakai topi di

kepalanya. Roman muka tampak sesuai dengan umur dan rambut terpotong pendek dan tersisir rapi. Selama wawancara pasien tampak tenang, kontak verbal/visualnya cukup. Saat ditanya nama, alamat, umur dan saat ini berada dimana pasien dapat menyebutkannya dengan benar. Saat ditanya keluhan saat ini, pasien mengatakan dirinya sulit untuk tidur apabila mendengar suara-suara gamelan yang tidak didengar oleh orang lain. Pasien biasanya mampu tidur, dari jam 8 malam, kemudian pasien terbangun kira-kira jam 10 malam karena mendengar suara gamelan yang dikatakan mengganggu, dan pasien merasa ditarik untuk mondar-mandir di jalan raya selama kurang lebih dua jam. Setelah itu pasien tidak bisa tidur lagi. Pasien mengatakan dirinya sulit untuk tidur sejak enam bulan yang lalu. Parahnya dikatakan sejak satu bulan yang lalu. Bila pasien susah tidur dikatakan biasanya pasien memasak dan memakan sesuatu. Saat ditanya tentang bagaimana perasaannya saat ini, pasien mengatakan perasaannya "senang". Saat ditanya kenapa pasien merasa senang, pasien menjelaskan bahwa dia senang karena akan ada yang membantu dirinya melawan orang yang sengaja mengerjai dirinya. Pasien mengatakan bahwa ada orang yang sengaja mengerjai dan menyakiti dirinya. Orang itu mengerjai pasien dengan cara membuat pasien tidak bisa tidur. Sejak dua minggu terakhir, suara gamelan semakin sering didengarnya, dan semakin jelas, tidak samar-samar lagi, namun pasien tidak tahu jenis suara gamelan itu. Pasien juga tidak jelas tahu apakah itu suara gamelan kematian atau suara gamelan untuk jenis upacara lainnya. Suara gamelan ini kembali didengarnya di malam hari, setelah pasien tertidur beberapa jam. Suara gamelan itu terdengar sangat jelas dan keras, sehingga mengganggu pasien.

Pasien merasa yakin bahwa ada yang berusaha mengerjai dia dan ingin membuat pasien sakit. Pasien mencurigai salah seorang sepupunya. Dia merasa bahwa sepupunya adalah yang menggunakan kekuatan gaib untuk membuat pasien agar sakit. Pasien mengatakan merasa malu jika menikahi seorang wanita tapi tidak memiliki tanah atau rumah untuk ditempati. Pasien sebenarnya ingin untuk menikah, namun dikatakan bahwa dirinya berpacaran tidak lama. Hingga saat ini pasien belum memiliki pacar lagi.

Pasien mengatakan tidak pernah melihat adanya bayangan-bayangan yang tidak bisa dilihat oleh orang lain. Pasien juga mengatakan tidak mencium bau-bau busuk/bau-bau yang lain yang tidak bisa dicium oleh orang lain dan pasien juga mengatakan tidak pernah merasakan sentuhan-sentuhan yang tidak ada benda ataupun objek yang menyentuh pasien.

Pasien mengatakan pernah dirawat di RSUP Sanglah sekitar satu bulan yang lalu karena keluhan yang sama. Pasien mengatakan "ulian saudara mati, saudara pisah, tiang buduh kene". Pasien mengatakan saat dirawat di Sanglah karena pasien mengamuk dan merusak barang. Pasien mengamuk dan mencangkul tanah yang ada di halaman. Saat itu juga pasien susah tidur dan berbicara sendiri. Pasien merasakan kehilangan yang sungguh dalam ketika ditinggalkan oleh saudara dan ayahnya. Akibat dari kejadian tersebut pasien sering terbayang terutama ketika pasien diam atau saat melamun. Apabila pasien sedang kumat, dirinya merasa khawatir akan sesuatu hal yang buruk terjadi pada dirinya, pasien juga merasa berdebar dan keringat dingin, selain itu pasien juga susah memulai tidur dan jika bisa tidur pasien sangat mudah bangun karena mimpi buruk. Saat kambuh pasien juga merasa sedih, kehilangan minat untuk beraktivitas dan merasa dirinya tidak

berguna. Gejala-gejala tersebut akhir-akhir ini jarang timbul setelah pulang dari RSUP Sanglah dan juga dirasakan lebih ringan terutama setelah pasien mulai berobat ke dokter.

Pasien mengatakan saat ini dia sudah bisa bekerja baik seperti biasa. Pasien menceritakan dirinya adalah seorang yang percaya diri terutama sebelum ia ditinggal oleh saudara dan ayahnya. Tetapi setelah kejadian tersebut pasien merasa memiliki keluarga yang berantakan. Pasien juga merasa minder untuk bergaul dengan teman-temannya saat itu dan cenderung menjauhi mereka. Pasien sering merasa dirinya tidak memiliki masa depan dan ketakutan akan menjadi apa nantinya terutama ketika mengingat riwayat keluarganya.

Pasien mengatakan akhir-akhir ini tidurnya tidak baik dari biasanya. Pasien sangat susah memulai tidur, terkadang jam 2 pagi baru bisa tertidur dan segera setelahnya pasien terbangun. Salah satu penyebab pasien terbangun karena pasien sering bermimpi yang tidak menyenangkan, tetapi pasien tidak bisa mengingat isi mimpinya. Saat pasien bangun pasien merasa kelelahan serta tidak tidur walaupun pasien dapat tidur beberapa jam sebelumnya. Makan dikatakan saat ini lebih baik, tidak ada penurunan nafsu makan. Jika sedang kambuh pasien sangat tidak enak makan. Mandi dikatakan dua kali sehari. Pasien juga mengatakan aktivitasnya saat ini tidak terganggu, pasien masih dapat berkerja sebagai tukang sablon, namun konsentrasi saat bekerja dikatakan menurun. Tetapi saat pasien merasa cemas dan bingung semua kegiatan yang dapat ia lakukan sebelumnya jadi kacau dan tidak terselesaikan. Saat ditanya apakah pernah terlintas keinginan untuk mengakhiri hidup, pasien mengaku tidak pernah.

Pasien mengatakan sejak kecil tidak pernah memiliki riwayat penyakit serius.

Riwayat penyakit yang sama di keluarga disangkal. Riwayat penyakit fisik lain disangkal. Riwayat minum-minuman keras serta obat-obatan terlarang disangkal. Pasien pernah punya riwayat merokok dengan mengkonsumsi dua sampai tiga batang rokok perhari, namun sudah ditinggalkannya setelah mengetahui bahaya dari akibat merokok. Riwayat mengkonsumsi minuman beralkohol dan obat-obatan terlarang disangkal oleh pasien. Pasien juga mengatakan memiliki kebiasaan minum kopi.

Berdasarkan heteroanamnesis dari adik pasien dikatakan bahwa pasien tidak bisa tidur yang semakin memberat sejak 1 minggu yang lalu. Pasien seharusnya sudah tertidur pukul 20.00 WITA dan bangun pukul 06.00 WITA, namun sejak seminggu yang lalu pasien terbangun ditengah-tengah tidurnya, kemudian berjalan mondar mandir keliling halaman rumah. Pasien terbangun kira-kira pukul 22.00 WITA hingga pukul 00.00-02.00 WITA. Sebelum 1 minggu ini pasien sebenarnya pernah mengatakan sudah mendengar suara-suara seperti gong yang samar-samar, namun hanya sesekali saja, dan tidak sampai begitu mengganggu pasien. Walaupun tidak bisa tertidur pasien masih memiliki semangat kerja yang tinggi. Dikatakan bahwa pasien masih semangat untuk pergi bekerja. Pasien dikatakan mengalami kejadian seperti ini sejak akan masuk kelas 1 SMA. Saat itu umur pasien adalah 18 tahun. Pasien adalah orang yang berkepribadian sangat bersemangat. Selalu mengambil banyak pekerjaan dan seperti tidak lelah-lelah. Pasien juga dikatakan sangat ramah kepada sesamanya, namun pasien jika mengalami masalah jarang mau bercerita dan memilih sering memendam sendiri

Pada pemeriksaan fisik didapatkan status interna dan status neurologi dalam batas normal. Pada pemeriksaan psikiatri

didapatkan penampilan tidak wajar, kesadaran jernih, orientasi waktu, tempat, dan orang baik, kemampuan berpikir abstrak baik, tanpa gangguan daya ingat dan intelengensia sesuai tingkat pendidikan. Mood pasien hipomanik dan riwayat irritable afek inappropriate. Bentuk pikir logis non realis dengan arus pikir flight of idea dan logorea. Tidak terdapat halusinasi maupun ilusi. Terdapat kesulitan dalam memulai dan mempertahankan tidur. Psikomotor pasien meningkat saat pemeriksaan dan pemahaman pasien akan penyakitnya memiliki tilikan enam.

Diagnosis multiaksial pasien adalah aksis I: Gangguan Afektif Bipolar, Manik, Dengan Gejala Psikotik (F31.1), aksis II: ciri-ciri kepribadian dissosial, aksis III: tidak ada diagnosis, aksis IV: permasalahan dengan *primary support group*, aksis V: GAF 60-51. Pasien mendapatkan terapi yaitu psikoterapi, dan farmakoterapi berupa haloperidol 1 x 5 mg dan trihexyphenidyl 1 x 2 mg.

## DISKUSI

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 100000 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. (Chawla, 2006).

Gangguan bipolar yang berdasarkan pada Pedoman Penggolongan dan

Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III ini sifatnya berulang dimana pasien memperlihatkan bagaimana perasaannya, gangguan ini terjadi meningkatnya suasana pemikiran, 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 (Rusdi M, 2003).

Episode manik terdiri dari 3 tingkatan keparahannya, meliputi (1) hipomanik, (2) manik dengan gejala psikotik dan (3) manik tanpa gejala psikotik. Contoh gangguan hipomanik yaitu jika wanita 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. (Dell'Osso L, dkk. 2006). Contoh gangguan manik 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. Pengertian waham kebesaran yaitu perilaku yang sesuai dengan keinginan wahnanya, tidak sistematis, perilaku yang menyimpang dari norma-norma yang ada di masyarakat. Apabila gejala tersebut lalu berkembang selanjutnya menjadi waham untuk itu

diagnosis dengan gejala psikotik harus ditegakkan.

Etiologi gangguan bipolar, belum diketahui secara pasti. Bisa terjadi karena berbagai faktor seperti faktor genetika dan psikososial. Para peneliti juga berpendapat bahwa disregulasi heterogen terjadi dari neurotransmitter di otak. Gangguan jiwa bipolar adalah penyakit gangguan jiwa yang bukan disebabkan tekanan psikologis, melainkan karena terjadinya gangguan keseimbangan pada otak. (Barbara D.Ingersol, Ph.D dan Sam Goldstain,1993)

Bipolar terjadi secara biologis berupa gangguan di neurotransmitter otak yang berfungsi mengatur keseimbangan. (Barbara D.Ingersol, Ph.D dan Sam Goldstain,1993).

Faktor genetika dianggap sebagai mekanisme gen yang saling bergantung, sedangkan aktivitas dalam kehidupan sehari-hari di lingkungan sekitar merupakan faktor dari segi psikososial biasanya mendahului episode awal dari gangguan bipolar. Ada 10-12% kasus pada gangguan jiwa bipolar yang semakin memburuk setelah mengkonsumsi NAPZA. (Barbara D.Ingersol, Ph.D dan Sam Goldstain,1993)

Berdasarkan *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) IV, gangguan bipolar dibedakan menjadi dua bagian meliputi (1) gangguan bipolar I dan (2) bipolar II. Gangguan bipolar I ditandai adanya dua episode yang berbeda yaitu episode manik dan depresi, sedangkan gangguan bipolar II ditandai dengan hipomanik dan depresi. Pembagian PPDGJ III membagi dengan klasifikasi yang berbeda meliputi episode saat ini yang dialami penderita. (Kaplan, 2010)

Gangguan bipolar terbentuk oleh episode berulang (paling sedikit dua) yang tertuju pada suasana hati pasien (mood) dan aktivitas yang terganggu, pada

waktu tertentu gangguan ini terdiri dari suasana hati yang berubah-ubah (mood), pada waktu lainnya bisa terjadi penurunan suasana hati (mood) peningkatan aktivitas, energi dan perilaku (mania atau hipomania), energi dan pengurangan aktivitas (depresi). Terlihat lebih khas ketika adanya penyembuhan antar episode. Episode manik biasanya diawali secara tak terduga berlangsung sekitar dua minggu sampai dengan lima bulan. Episode ini sangat sering terjadi setelah kehidupan yang penuh beban pikiran (stres) atau trauma. Menurut PPDGJ III, pedoman diagnostik untuk gangguan afektif bipolar, episode manik dengan psikotik, episode saat ini harus memenuhi kriteria untuk manik dengan gejala psikotik dan harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif hipomanik, manik, atau campuran di masa lampau (Rusdi M, 2003). Keadaan tersebut disertai paling sedikit empat gejala berikut peningkatan aktivitas atau ketidakterangannya fisik, lebih banyak bicara dari biasanya atau adanya dorongan untuk bicara terus menerus, rasa harga diri yang melambung, berkurangnya kebutuhan tidur, mudah teralih perhatian, keterlibatan berlebih dalam aktivitas. Pada pasien ini terdapat gejala utama dan empat gejala lainnya yaitu keadaan afek yang meningkat, atau iritabel, peningkatan aktivitas, lebih banyak berbicara, lompat gagasan, berkurangnya kebutuhan tidur. Gejala-gejala tersebut sudah berlangsung selama satu bulan. Pasien yang memiliki gangguan bipolar sangat membutuhkan semangat serta dorongan untuk mempertahankan dan melanjutkan pengobatan dengan segala keterbatasannya lithium yang merupakan salah satu pengobatan yang telah lama digunakan pada penderita gangguan bipolar. Meskipun saat ini terdapat obat-obat terbaru yang sudah ditemukan, namun kasus bunuh diri masih sering

dilakukan. Pada masa anak-anak dan masa remaja gangguan bipolar dapat disembuhkan dengan lithium. Litium karbonat merupakan obat pilihan utama untuk meredakan sindrom mania akut atau profilaksis terhadap serangan sindrom mania yang kambuhan pada gangguan afektif bipolar. Efek anti mania dari lithium disebabkan kemampuan mengurangi "dopamine receptor supersensitivity", dengan meningkatkan "cholinergic muscarinic activity", dan menghambat "Cyclic AMP (adenosine monophosphate) & phosphoinositides." (Rusdi M, 2003). Tapi bukan berarti lithium tanpa cela. Indeks terapi sempit dan perlu pengawasan ketat kadar lithium saat berada dalam darah. Penggunaan lithium kontraindikasi pada gangguan ginjal karena akan menghambat proses ekskresi yang nantinya dapat menghasilkan toksik. Dilaporkan juga lithium dapat merusak ginjal bila digunakan dalam jangka waktu yang lama. Karena kontraindikasi itulah, penggunaan lithium mulai ditinggalkan pemakaiannya. (Soreff S, 2008). Pengobatan antipsikotik lebih baik pada penderita bipolar dengan agitasi psikomotor. Pada pasien ini diberikan antipsikotik tipikal haloperidol untuk mengatasi hiperaktivitas, impulsivitas, iritabilitas dengan onset yang cepat. Ketelitian harus dilakukan jika ingin memberi antipsikotik jangka panjang khususnya pada generasi pertama (golongan tipikal) karena dapat menimbulkan adanya efek samping. Trihexyphenidyl diberikan untuk mencegah gangguan ekstrapiramidal, sindrom neuroleptic maligna, dan tardive dyskinesia (Rusdi M, 2003). Pasien pada gangguan bipolar episode manik mendapatkan hasil yang lebih buruk. Dua tahun pertama setelah peristiwa pertama, hampir 50%, pasien mengalami gangguan manik lain. (Soreff

S, 2008). Sekitar 60% pasien dengan serangan bipolar episode manik bisa disembuhkan gejalanya dengan menggunakan lithium. 7% pasien tidak lagi mengalami serangan bipolar. 45% pasien mengalami kekambuhan lebih dari sekali dan lebih dari 40% gejalanya menetap. (Soreff S, 2008). Faktor-faktor yang semakin memperburuk prognosis yaitu kemiskinan, pekerjaan yang buruk, jenis kelamin laki-laki, menyalahgunakan konsumsi minuman keras dan alkohol, gejala psikotik, dan pada keadaan depresi yang lama. Prognosis akan menjadi lebih baik pada pasien bila gejala masih berada dalam episode manik, tidak ada keinginan untuk mengakhiri hidup, tanpa atau minimal adanya gejala psikotik, usia lanjut, dan jika tidak ada masalah yang serius dengan kesehatan medis.

## RINGKASAN

Pada penderita gangguan bipolar, 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, seperti adanya gejala psikotik, agresi, agitasi maupun adanya gangguan tidur. Pemilihan obat antipsikosis tipikal semakin sering digunakan untuk episode manik akut dan sebagai mood stabilizer. Prognosis pada penderita dengan gangguan bipolar episode manik dan depresi lebih buruk daripada penderita dengan depresi berat.

## DAFTAR PUSTAKA

Barbara D.Ingersol, Ph.D dan Sam Goldstain. 1993. *Attention Deficit Disorder*. Main street books.

Chawla, J.M., Singh-Balhara, Y.P., Mohan, I. and Sagar, R. 2006. Chronic mania: an unexpectedly long episode. *Indian Journal of Medical Science*, 60(5).

Dell'Osso, L., Pini, S., Cassano, G.B., Mastrocinque, C., Seckinger, R.A., Saettoni, M. et al. 2002. Insight into illness in patients with mania, mixed mania, bipolar depression and major depression with psychotic features. *Bipolar Disorders*, 4, 315-322.

Dell'Osso, L., Pith, S., Tundo, A., Samo, N., Musetti, L. and Cassano, G.B. 2000. Clinical characteristics of mania, mixed mania and bipolar depression with psychotic features. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 242-247.

Drever, J. and Wallerstein, H. 1981. *The Penguin Dictionary of Psychology* (Rev. ed.). Harmondsworth, England: Penguin.

Harold I Kaplan, Benjamin J Sadock, Jack A Grebb. 2010. *Sinopsis Psikiatri*. Jakarta: Binarupa Aksara.

Jamison, K.R. 1993. *Touched with Fire: Manic-depressive illness and the artistic temperament*. New York: The Free Press. Sadock, B.J. and Sadock, V.A. 1998.

Katzung, Betram G. 2001. *Farmakologi Dasar dan Klinik Buku 2 Edisi 8*. Jakarta: Salemba Medika

Ketter TA. Diagnostic features, prevalence, and impact of bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. Jun 2010;71(6):e14

Mood Disorders. Dalam: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR 4th Ed*. Arlington, Va.:

American Psychiatric Association,  
Washington DC, 2005

NIMH. Bipolar disorder. 2010. Diunduh  
dari:

<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolardisorder/complete-index.shtml>.

Price AL, Marzani-Nissen GR. Bipolar disorders: a review. *Am Fam Physician*. Mar 1 2012;85(5):483-93

Rusdi Maslim. 2003. Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ III. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya.

Rusdi Maslim. 2007. Penggunaan Klinis Obat Psikotropik. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya.

Soreff S. Bipolar affective disorder treatment & management. 2011. Diunduh dari:  
<http://emedicine.medscape.com/article/286342-Treatment>.

Stenberg, R.J. and O'Hara, L.A. 1999. Creativity and intelligence. In R.J. Sternberg (Ed.). New York: Cambridge: University Press. .

Watson, D.L. and Thaw, R.G. 2002. Self-directed Behavior: self-modification for personal adjustment (8th ed.). Belmont, CA: Thomson/Wadsworth.

Weiten, W. and Halpem, D.F. 2004. Psychology: themes and variations (6th ed.). Belmont, CA: Thomson/Wadsworth.