

کارگاه تشخیص اختلالات طیف دوقطبی

[برای روانشناسان و پزشکان عمومی]

دکتر امیر شعبانی

گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

گروه پژوهشی اختلالات دوقطبی

سی‌ام بهمن نود و سه

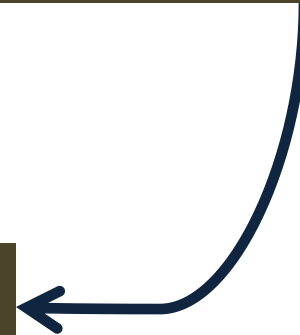
Symptoms

Mood	Anxious	Psychotic	Non-specific
Depressed mood	Anxiety/Worry	Delusion	Aggression
Loss of interest	Phobia	Hallucination	Agitation/Restlessness
Elevated mood	Rumination	Disorganized speech	Irritability
Hopelessness	Avoidance	Disorganized behavior	Impulsivity
Worthlessness	Safety behaviors		Mood swing
Helplessness	Hypervigilance		Talkativeness
Guilt feeling	Panic attack		Grandiosity
Attempted suicide	Safety behaviors		Difficulty concentrating
Overactivity	Restlessness		Self-injury
Overfamiliarity	Exaggerated startle response		Insomnia
			Being easily fatigued

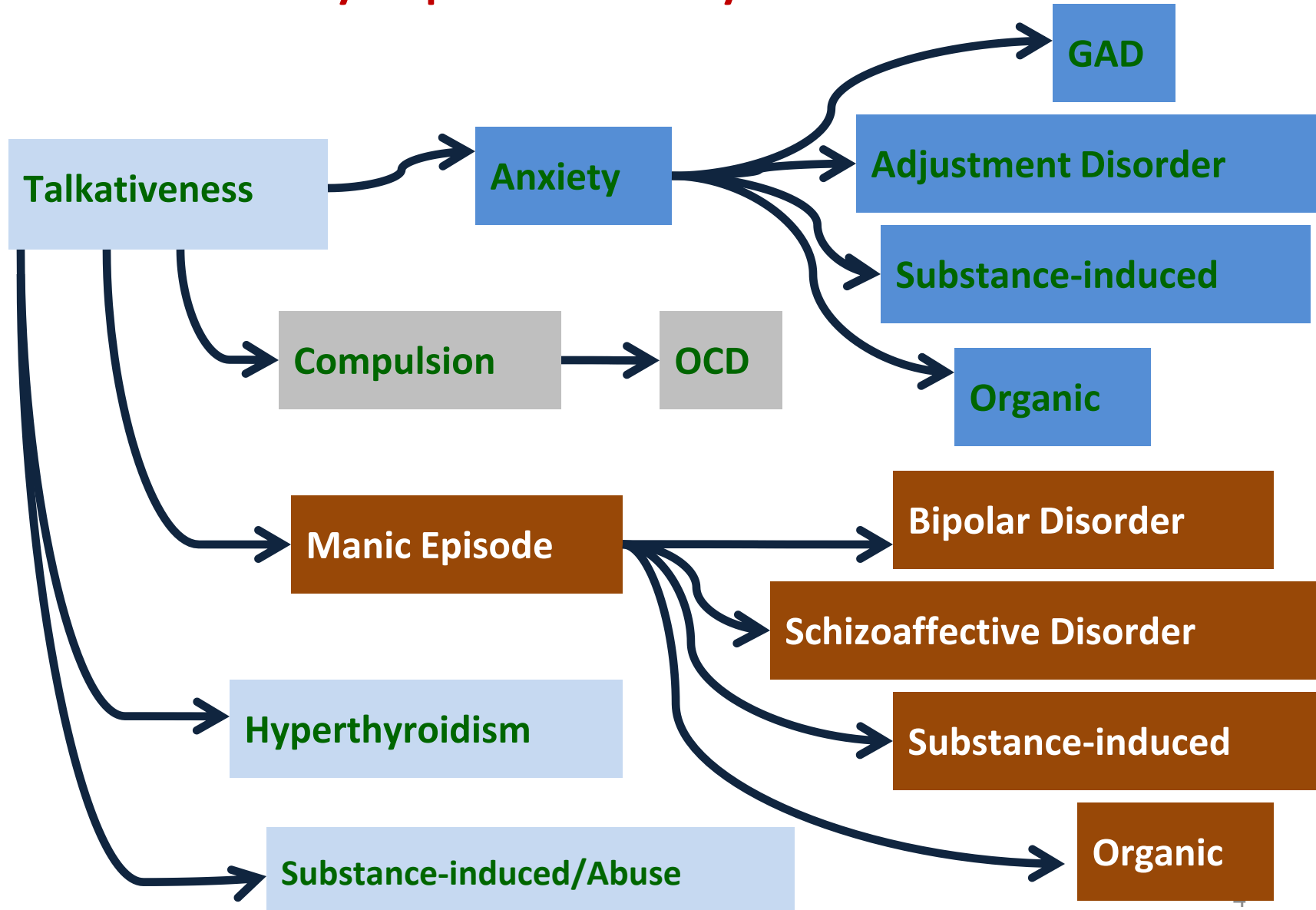
Symptom → Syndrome

- Depressed mood + Loss of interest + Insomnia + Low self-esteem + Hopelessness

- Major Depressive Episode



Symptom → Syndrome



Mood

- Depressed mood/ Loss of interest
- Elevated/ Expansive mood
 - » Irritable mood (Less specificity)
 - » Affective instability (Less specificity)

Terminology

- **Feeling**
- **Emotion**
- **Mood**
- **Affect**
- **Affective instability**
- **Irritability**
- **Impulsivity**
- **Affective temperaments**
- **Euthymia**
- **Euphoria**
- **Mood swings**
- **Labile mood**
- **Labile affect**
- **Mood swings**
- **Labile mood**
- **Alexithymia**

Feeling

- A positive or negative **reaction** to some experience
- The **subjective** experience of emotion
- Our feelings are observable and understand-able to other people. They are actually signaled as a **non-verbal** message.

Emotion

- A stirred-up state due to **physiological** changes which occurs as a response to some events.
(Fish, 1974)
- Complex feeling state with psychic, **somatic**, and behavioral components
- Emotion is a short-lived **response**.

Emotion

- **Seven** main groups of **emotion** as being discriminated by the **observer** (Argyle, 1975)
 1. **Happiness**
 2. **Surprise**
 3. **Fear**
 4. **Sadness**
 5. **Anger**
 6. **Disgust/contempt**
 7. **Interest**

Mood

- A **pervasive** and **sustained feeling** that **colors** the person's behavior and perception of the world.
- Distinguished from **affect**, the external expression of the internal feeling tone.

Mood

- **Euthymia:** normal range of mood, implying absence of depressed or elevated mood
- **Irritability:** Abnormal or excessive excitability, with easily triggered anger, annoyance, or impatience.
- **Elevated mood:** Air of confidence and enjoyment; a mood more cheerful than normal but **not necessarily pathological**
- **Expansive mood:**
 - Expression of feelings **without restraint**, frequently with an overestimation of significance
 - is a condition with the patient expressing their feelings without restraint and control and behavior is **usually colored by grandiose** thoughts.

Mood

- **Euphoria:** exaggerated feeling of well-being that is inappropriate to real events; can occur with drugs
- **Elation:** Mood consisting of feelings of joy, euphoria, triumph, and intense self-satisfaction or optimism
- **Exaltation:** Feeling of intense elation and grandeur

Mood

- **Mood swings:**
 - Oscillation of a person's emotional feeling tone between periods of **elation** and periods of **depression** (APA)
 - an oscillation between feelings of **well being** and those of **depression** and **blueness** (Mosbys Medical Dictionary and Campbells Psychiatric Dictionary)
- **Labile mood:** Oscillations in mood between euphoria and depression or anxiety
- **Labile affect:** Affective expression characterized by rapid and abrupt changes, unrelated to external stimuli
- **Affective Instability**

Mood swings

- Campbell likewise points out that **“all people have mood swings.”**

[Campbell RJ. Campbells Psychiatric Dictionary, 9th edn. New York: Oxford University Press, 2009.]

- Baldessarini writes that **mood fluctuations can be found in many if not most psychiatric disorders.**

[Baldessarini RJ. A plea for integrity of the bipolar disorder concept. Bipolar Disord 2001; 2: 3–7.]

Affect

- Affects are waves of emotion in which there is a sudden exacerbation of emotion usually as a response to some event.
- Affect is the patient's present emotional responsiveness, inferred from the patient's:
 1. facial expression
 2. use of hands
 3. tone of voice
 4. body movements

FUTB

Affect

- **Affect** has outward manifestations:
 1. Restricted (constricted)
 2. Blunted
 3. Flattened
 4. Broad
 5. Labile
 6. Appropriate
 7. Inappropriate
 8. Pathological laughing/crying
- **Affectivity** has been used to designate the **total emotional life** of the individual.

Alexithymia (Sifneos, 1972)

- Inability or difficulty in describing or being aware of one's emotions or moods. (Sadock and Sadock, 2007)
- Difficulties in the capacity to verbalize affect and elaborate fantasies
- Markedly reduced or absent **symbolic thinking**
- Inner attitudes, feelings, wishes and drives are not revealed.
- Especially amongst patients with **psychosomatic** disorders, **somatoform** disorders, **substance** use disorders, **PTSD**, **masked depression**, character neuroses, and **sexual** perversions.

(Sims, 1995)

Affective Instability

- BOD in DSM5:

Affective instability due to a marked **reactivity** of mood (e.g., **intense episodic** dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting **a few hours** and only rarely more than a few days).

- The instability should be **reactive** to:

1. Rejection
2. Criticism
3. Separation
4. Frustration

Affective Instability

The DSM5 criteria for **Histrionic PD** includes two criteria related to affective instability:

- “**rapidly** shifting and **shallow** expressions of emotions”
- “... **exaggerated** expression of emotion”

Affective Instability

1. **Frequent** categorical shifts
2. High affect **intensity**
3. **Rapid** emotion rise
4. **Slow** rates of **return** to emotional baseline
5. Excessive **reactivity** to psychosocial cues: BPD
6. **Random**, chaotic, or rapidly-cycling fluctuation in affect: Emotionally Unstable Character Disorder
(Klein et al., 1970s) **AND BD**
7. High affect **expression**: Histrionic PD

(Koenigsberg, 2010)

Affective Instability

- **Borderline Personality Disorder**
- **Histrionic Personality Disorder**
- **Bipolar Spectrum Conditions**
- **Depressive Spectrum Conditions**
- **Posttraumatic Stress Disorder**
- **Attention Deficit Hyperactivity Disorder**
- **Premenstrual Dysphoric Disorder**
- **Seizure disorders**
- **Focal CNS Lesions**

Impulsivity

- A predisposition toward **rapid, unplanned reactions** to internal or external stimuli, without regard to the negative consequences of these reactions to the impulsive individual or to others.

(Moeller, et al., 2001)

- *Diff's:*
 1. Premeditated aggression
 2. Impaired judgment
 3. Compulsive behaviors
 4. Sensation seeking

Impulsivity

- Patton et al. (1995) separated impulsivity into three components:
 1. Acting on the spur of the moment (**motor activation**)
 2. Not focusing on the task at hand (**attention**)
 3. Not planning and thinking carefully (**lack of planning**)

(Stein DJ, et al., 1994, 1996)

Impulsivity

- **Severity** *[BPD>BD]*

(Brown, et al., 2002)

- **Sate / Trait dependent**

(swann, et al., 2003; Brown, et al., 2002)

- **Biological indicators: *serotonergic/noradrenergic***

Hallmark: (Hypo)Mania

- **Trichotillomania**
- **Kleptomania**
- **Oniomania**
- **Drapetomania**

1- General Picture

- Bipolar disorder is the **sixth**-highest cause of disability worldwide.

(Murray and Lopez, 1990)

- Around **20%** of patients with BD have **permanent disability**.

(Rosa, A.R., et al., 2008. Functional impairment in patients with remitted bipolar disorder. Psychother. Psychosom. 77 (6), 390–392)

- Increased risk of criminal **arrest**.

(Quanbeck et al., 2005)

- The total lifetime cost for people who have **BD** with illness onset in 1998 was estimated at **\$24 billion** (USA).

(Begley CE, Annegers JF, Swann AC, et al., 2001)

Age at onset

- Age of onset: **late teens to early 20s** in more recent reports.

(Perugi et al., 2000)

- Around **70%** of clients with BD present with first symptoms **before the age of 25.**

(Lish et al., 1994)

- **Manic-depressive**
- **جنون ادواری**
- **BID, BIID, BMD, BAD [ICD-10]**
- **BP-I, BP-II, BPD**



Emil Kraepelin



Jules Angst

- **Unitary** concept
- Unipolar-bipolar **dichotomy**
(Leonhard, 1957)
- Unipolar depression
- Unipolar mania

- **Bipolar spectrum**
- **Soft bipolarity**
- **Pseudounipolar**
- **Bipolar-like**
- **Hyperthymic**



Hagop Akiskal

Diagnostic Hierarchy

Cognitive

**Delirium/
Dementia**

Affective

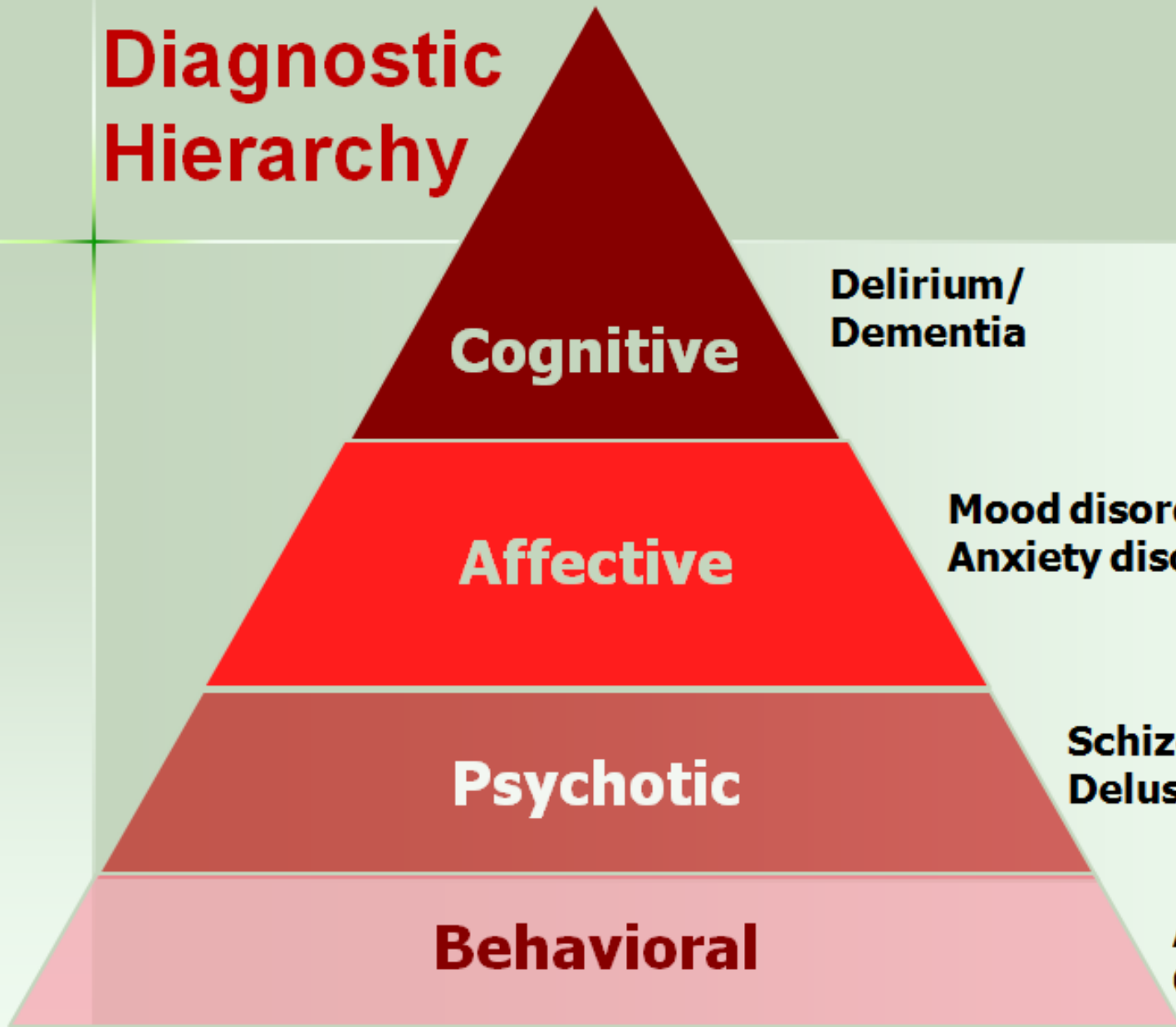
**Mood disorders/
Anxiety disorders**

Psychotic

**Schizophrenia/
Delusional disorder**

Behavioral

**ADHD/
Conduct disorder**



بیماری طبی



سوء مصرف مواد



استرسور



افتراق از سایر سندرم‌های روانپزشکی: اختلال شخصیت مرزی/ADHD/PTSD



تشخیص سندرم افسردگی: MDD، minor DD، RBDD، BD، SCH-Aff، SCH (علائم منفی)، ...

General Medical Condition



Substance abuse



Adjustment Disorder



Non-affective differential diagnoses



Diagnosing the depressive syndrome

2- Clinical Picture

ویژگی‌های اختلال دوقطبی

- Highly recurrent
- Familial [etiology]
- Hypo/mania: Hallmark
- Depression: **Predominant** affect; Profound disability
- Suicide: a major outcome
- Subsyndromal symptoms: Predominant features
- Comorbidity is the **rule** rather than exception.

نشانه‌های کلیدی اختلال دوقطبی

- Depressed mood
- Loss of interest
- Euphoria
- Irritability
- Overactivity

In the clinic:

Depression/Anxiety symptoms >

Mania/Hypomania symptoms

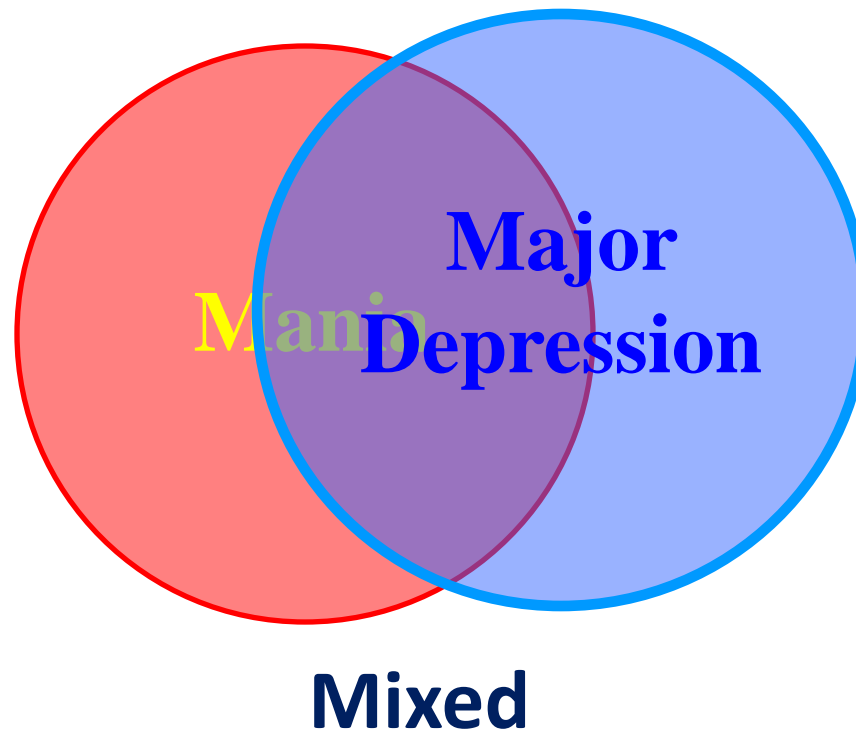
Bipolar I Disorder



Mania

**Major
Depression**

Bipolar I Disorder



Bipolar course

- **Shortening of cycle** length with each subsequent affective episode
- The tendency for shorter cycles stabilizes after **four to six** episodes.
- The shortening of bipolar cycle length in patients treated with tricyclic antidepressants.

(Mackin P, Young AH, 2004)

Bipolar I Disorder

Major depression	Mania	Mixed
Minor depression	Hypomania	
Subsyndromal depression	Hypomanic symptoms	

معیارهای تشخیصی مانیا DSM5

- **A.** A **distinct** period of abnormally and persistently **elevated**, expansive, **or irritable** mood **and** abnormally and persistently increased **goal-directed activity or energy**, lasting at least **1 week** and present most of the day, nearly every day (**or any duration** if hospitalization is necessary).

گرفتن شرح حال در مورد Overactivity

در آن دوره که رفتار شما با رفتار همیشگی تان تفاوت داشت:

معاشرتی تر شده بودید؟

در کارها خستگی ناپذیر شده بودید؟

بیشتر از معمول آرایش می کردید؟

احساس می کردید مثل شیر یا سوپرمن شده اید؟

بیشتر از معمول عبادت می کردید؟

معیارهای تشخیصی مانیا DSM5

- **B.** During the period of mood disturbance and increased energy or activity, **three** (or more) of the following symptoms (**four** if the mood is only irritable) are present to a significant degree and represent a **noticeable change** from usual behavior:

معیارهای تشخیصی مانیا DSM5

1. Inflated self-esteem or grandiosity.

معیارهای تشخیصی مانیا DSM5

2. Decreased need for sleep (e.g., feels rested after only 3 hours of sleep).

معیارهای تشخیصی مانیا DSM5

3. More talkative than usual or pressure to keep talking.

معیارهای تشخیصی مانیا DSM5

4. Flight of ideas or subjective experience that thoughts are racing.

• مردی ۲۴ ساله، مجرد، دیپلمه و راننده تاکسی، بدون سابقه روان‌پزشکی، به دلیل رفتار پرخاشگرانه که از چند روز قبل به شکل **ناگهانی** شروع شده و همراه با **بی‌قراری** و **بی‌خوابی شدید** است به اورژانس بیمارستان آورده شده است. در مصاحبه، منتظر پرسش نمی‌شود و در مورد توانایی‌های بی‌حساب خود، قدرت هدایت دیگران به راه راست و موضوعات متعدد دیگر بی‌وقفه صحبت می‌کند. می‌گوید: «... می‌توانم خورشید را با دست بگیرم و کوچک کنم. باور کنید. می‌توانم همه را در یک لحظه نابود کنم. من از یک دانشگاه اروپایی دکترای گرفتم و اروپا را در کنترل دارم. ولی خانواده‌ام دائماً من را کنترل می‌کنند. نمی‌گذارند **هدایت** شان کنم. راستی شما صادق **هدایت** را می‌شناسید؟...».

• او سابقه‌ای از اختلالات طبی یا مصرف مواد نداشت. در بررسی ویژگی‌های شخصیتی اختلالی وجود نداشت و در معاینه فیزیکی یافته‌ای غیرعادی به دست نیامد.

Racing Thoughts

- **Racing thoughts** in hypomania are classically opposed to **thought inhibition** in depression.
- **Racing thoughts** may be associated to depression.
- In depression, patients with racing thoughts describe that their head is full of thoughts that they cannot stop (**crowded thoughts**).

(Koukopoulos, 1999)

Racing thoughts

افكار سريع غير قابل توقف

Crowded thoughts

افكار غير سريع غير قابل توقف

Racing Thoughts

- In contrast to **depressive ruminations**, where thoughts and ideas tend to be circumscribed to a few morbid items, **crowded thoughts** could be characterized by an elevated number of thoughts.

(Koukopoulos, 1999)

معیارهای تشخیصی مانیا DSM5

5. Distractibility (i.e., attention too easily drawn to unimportant or irrelevant external stimuli), as reported or observed.

معیارهای تشخیصی مانیا DSM5

6. Increase in goal-directed activity (either socially, at work or school, or sexually) or psychomotor agitation (i.e., purposeless non-goal-directed activity).

معیارهای تشخیصی مانیا DSM5

7. Excessive involvement in activities that have a high potential for painful consequences (e.g., engaging in unrestrained buying sprees, sexual indiscretions, or foolish business investments).

معیارهای تشخیصی مانیا DSM5

- **C.** The mood disturbance is sufficiently severe to cause marked impairment in social or occupational **functioning**
Or to necessitate **hospitalization** to prevent harm to self or others, **Or** there are **psychotic** features.

معیارهای تشخیصی مانیا DSM5

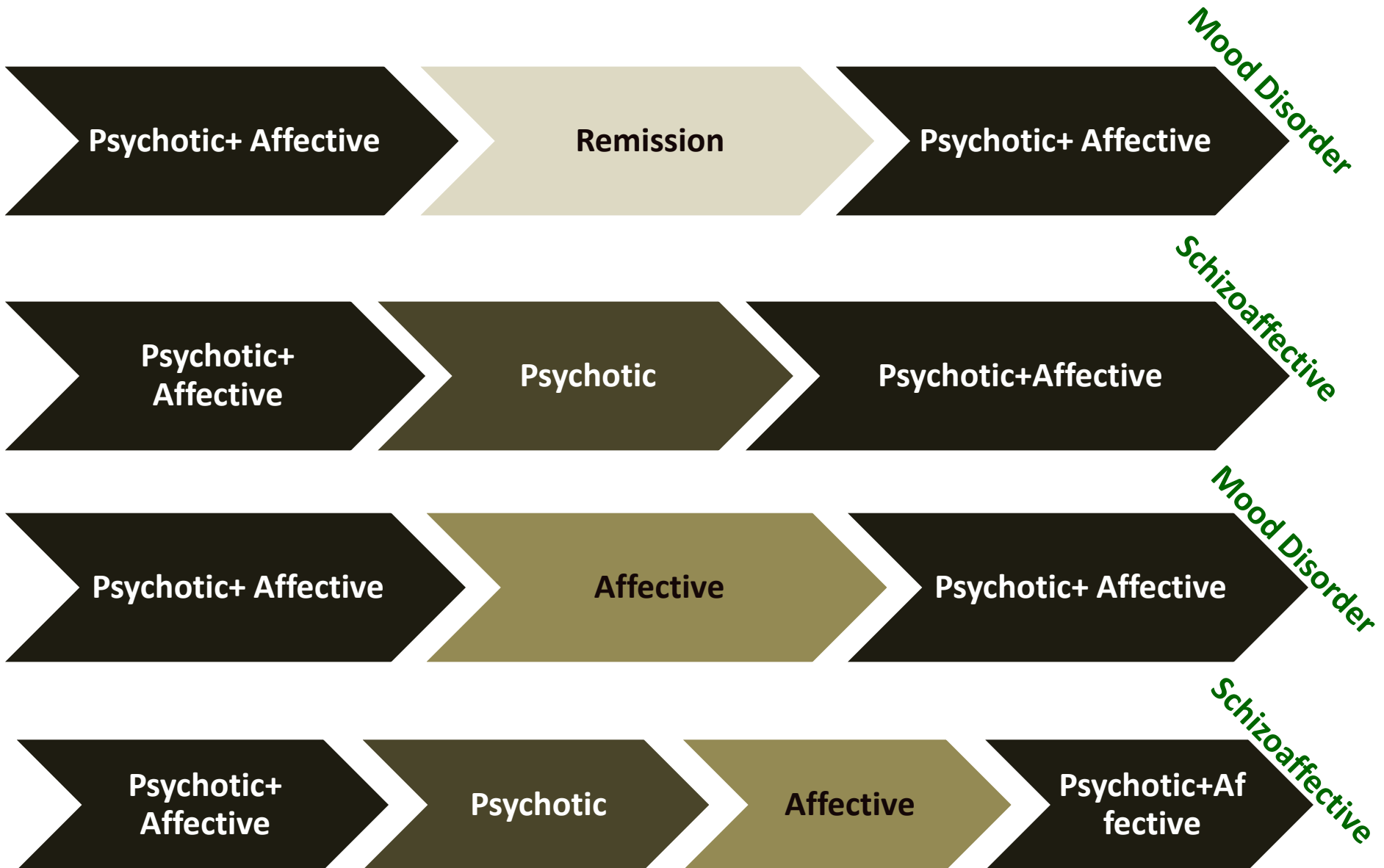
- **D.** The episode is not attributable to the physiological effects of a substance or to another medical condition.
- **Note:** A full manic episode that emerges **during** antidepressant treatment (e.g., medication, ECT) but **persists** at a fully syndromal level beyond the physiological effect of that treatment is sufficient evidence for a manic episode and, therefore, a bipolar I diagnosis.
- **Note:** Criteria A-D constitute a manic episode. At least one lifetime manic episode is required for the diagnosis of bipolar I disorder.

	Mania	Hypomania
Psychosis	+	—
Dysfunction	+	—
Significant aggression	+	—
Duration	≥ 7 days or any if aggression	≥ 4 days

Psychotic Disorders

- Schizophrenia
- Schizoaffective Disorder
- Delusional Disorder
- Brief Psychotic Disorder
 - » Another Medical Condition
 - » Substance-induced

Psychotic+Affective



Bipolar II Disorder

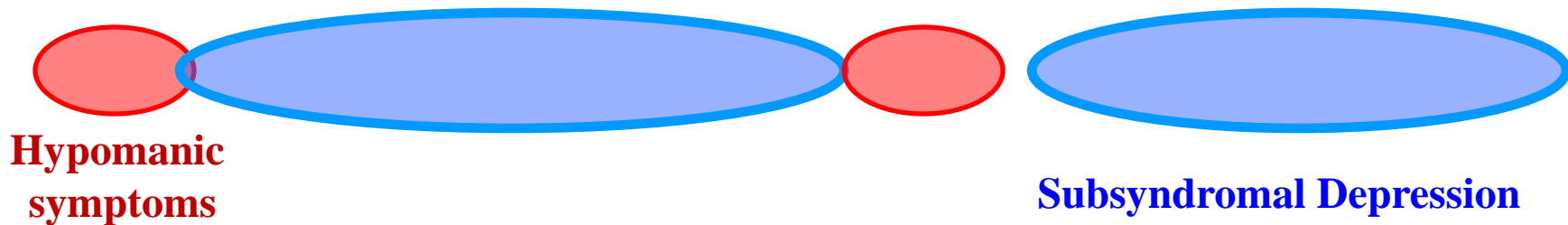


**Hypo-
mania**

**Major
Depression**

Cyclothymic Disorder

≥ 2 years



No mania

No major depression

برخی از خطاهای رایج تشخیصی

(از کتاب آموزش روانپزشکی با نمونه‌های بالینی)

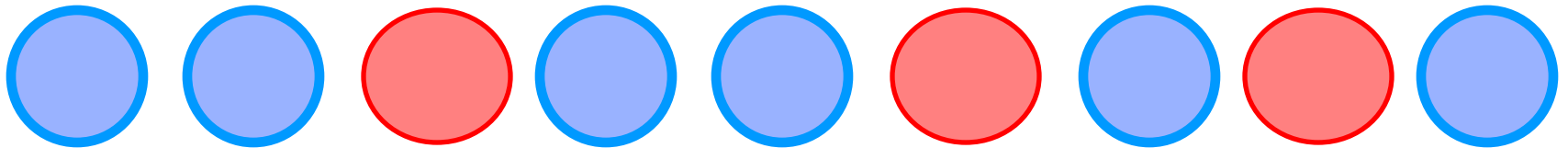
۱	برای کنار گذاشتن تشخیص اختلال دوقطبی، تنها سراغ پرسش از خلق بالا برویم و دو نشانه کلیدی دیگر، یعنی تحریک پذیری و فعالیت مفرط را فراموش کنیم!
۲	فردی که روحیه متغیری دارد و می‌گوید اغلب یا خیلی شاد است یا خیلی غمگین را مبتلا به اختلال دوقطبی بدانیم!
۳	فردی که به دلیل اضطراب شدید یا وسواس، به‌طور مرتب از نگرانی‌هایش صحبت می‌کند و اطمینان بخشی می‌خواهد و از طرفی بسیار بی‌قرار است و اغلب راه می‌رود را دچار نشانه‌های مانیا (پرحرفی و فعالیت مفرط) بدانیم!
۴	فردی که همواره روحیه‌ای شاد داشته و پرحرف و ولخرج و بسیار دست و دل‌باز بوده را دچار اختلال دوقطبی بدانیم!
۵	فردی که تجربه مکرر علائم هایپومانیا را ذکر می‌کند دچار اختلال دوقطبی بدانیم، در حالی که این علائم همواره تنها در زمان سوء مصرف مواد یا دارو بروز کرده است!
۶	فردی که با مصرف داروی ضد افسردگی دچار تشدید علائم بالینی می‌شود را دچار اختلال دوقطبی بدانیم!
۷	فرد افسرده‌ای که با مصرف لیتیم بهبودی یافته را مبتلا به اختلال دوقطبی بدانیم!

3- Longitudinal Picture

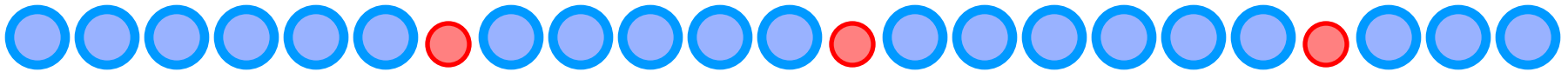
Recovery

- **Syndromal recovery**
- **Functional recovery**
- **Symptomatic recovery**
- **Unremitting or treatment-refractory course**

Bipolar I Disorder



Bipolar II Disorder



Bipolar course

- People suffering from BD are **euthymic** less than half of their lives.

(Judd, et al., 2002, 2003)

- The ratio of depressive to manic features in **BID** is **3:1** and as much as **47:1** for depression to hypomania in **BIID**.

(Berk, Malhi, et al., 2009)

Follow-up of 146 BID patients (12.8 yrs):

- **Depressive symptoms: 32% of weeks**
 - Minor depression or dysthymia: 14%
 - Subsyndromal depression: 9%
 - Major depression: 9%
- **Hypomanic or manic symptoms: 9%**
- **Cycling or mixed presentations: 6%**

Follow-up of 86 BIIID patients (13.4 yrs):

- **Depressive symptoms: 50% of weeks**
 - Minor depression or dysthymia: 24%
 - Subsyndromal depression: 14%
 - Major depression: 13%
- **Hypomanic symptoms: 1%**
- **Cycling or mixed presentations: 12%**

- Individuals in the **inter-episode** period spend roughly **50%** of their time **unwell** (*Joffe et al., 2004; Judd et al., 2002*), and these symptoms predict **relapse** into mania or depression (*MacQueen et al., 2003*)•

Mood cycle

- **A pronounced shift in mood and energy from 1 extreme to another**

4- Differential Picture

Inter-episode symptoms: Diff.

- 1 **Prodromal** signs of next episode
- 2 Comorbidity with **axis I** disorder
- 3 Comorbidity with **axis II** disorder
- 4 Inter-episode **cyclothymia** / minor mood cycling
- 5 Residual symptoms from previous episode: “**scarring**” effect
- 6 **Stress** - life event/expressed emotion
- 7 **Side effects** of medication
- 8 **Cognitive** symptoms

(Morris R., 2002)

Mania/Hypomania

Organic mania

1

Substance-induced

2

Substance intoxication/withdrawal

3

Hyperthymic Temperament

4

Borderline personality

5

Histrionic/Narcissistic personality

6

ADHD

7

PTSD

8

Premenstrual dysphoric disorder

9

Pathological laughing

10

Hypomania

Normal Happiness

Hyperthymic Temperament

Histrionic Traits

Pathological Affect

- خانم ر ۲۴ ساله، مجرد و دانشجو است. بیشتر دوستانش او را فردی **پرانرژی** و سرزنده می دانند و از هم صحبتی با او لذت می برند. بعضی از دوستانش هم از **شوخ طبعی** خانم ر ناخرسندند و او را «الکی خوش» و «فضول» خطاب می کنند. با همه این انتقادات، خانم ر بسیار **فصیح** صحبت می کند و اغلب بسیار (یا حتی **زیادی**) **با اعتماد به نفس** به نظر می رسد. او اغلب **برنامه های مفصلی** برای اجرا دارد و وقتی را خالی نمی گذارد؛ با این حال، اجرای این برنامه ها گاهی بی خطر و بدون عواقب به نظر نمی رسد و انگار زیاد با تفکر و دقت همراه نبوده است.

Hyperthymic Temperament

- سر حال و سرزنده (Upbeat and exuberant)
- فصیح و شوخ (Articulate and jocular)
- بیش خوش بین و بی غم (بی خیال) (Overoptimistic and carefree)
- بیش از حد مطمئن و چاخان (Overconfident and boastful)
- پرانرژی، پربرنامه و با فعالیتهای بدون آینده نگری (High energy level, full of plans and improvident activities)
- همه فن حریف با علائق گسترده (Versatile with broad interests)
- بیش مداخله گر و فضول (Overinvolved and meddlesome)
- بدون مهار و مخاطره آمیز (Uninhibited and risk-taking)
- عادتاً دارای خواب کوتاه (> ۶ ساعت در شب) (Habitual short sleeper)

Hyperthymic Temperament Criteria

At least **four** out of the following six habitual traits:

1. Cheerful, over-optimistic or exuberant (شنگول، بیش از حد خوش بین، سرزنده)
2. Extroverted and people-seeking (برون گرا و مردم گرا)
3. Over-talkative, eloquent and jocular (پر حرف، خوش بیان و شوخ)
4. Uninhibited, stimulus-seeking and sexually driven
(بدون خویشتنداری، در پی محرکها و به دنبال مسایل جنسی)
5. Vigorous, full of plans, improvident (پرتوان، پر برنامه و بی فکر (ناآینده نگر))
6. Overconfident, self-assured and boastful (بیش از حد به خود مطمئن و لاف زن)

(Akiskal, H.S., Placidi, G.F., Signoretta, S., Liguori, A., Gervasi, R., Maremmanni, I., Mallya, G., Puzantian, V.R., 1998. TEMPS-I: Delineating the most discriminant traits of cyclothymic, depressive, irritable and hyperthymic temperaments in a nonpatient population. J. Affect. Disord. 51, 7– 19.)

(Koenigsberg, 2010; Swann et al., 1987; Swann et al., 2001; Manuck et al., 1998; Paris, 2007; Parker G., 2011)	Bipolar	Borderline Personality
Personality	No distinctive style	Ongoing emotional dysregulation
Course	Unstable instability	Stable instability
Onset	Usually distinctive	No clear
Age at onset	Early or late	Early
	Mood swings	Emotional dysregulation
Mood lability	Autonomous/More sustained	Triggered/Less sustained
Severity of impulsivity	Lower	Higher
Impulsiveness	Attentional	Non-planning
Impulsivity features	State/Noradrenergic	Trait/Serotonergic
Depression	More melancholic	More non-melancholic
Mood dis. in Family	Higher rate	Lower rate
Attribution style	View episodes as 'their' problem (BIID)	Usually blame another person as the cause
Treatment outcome	Remission	No remission

- کیم یک زن ۲۸ ساله با چندین علامت است. او از عصبی بودن، اضطراب، بی‌خوابی و سردرد شکایت دارد. او هم‌چنین دوره‌هایی از غمگینی و رخوت (لتارژی) که حدود یک هفته طول می‌کشد را گزارش می‌کند؛ ولی اظهار می‌دارد که قادر است ناگهان به وضعیت عادی بازگردد. او توضیح می‌دهد که در **کنترل خشم** مشکل دارد و در مواجهه با موقعیت‌های پرتنش کنترلش را از دست می‌دهد.
- کیم باردار شد و یک سال پیش فرزند سالمی به دنیا آورد و پس از آن سردردها و علایم دیگر فرکانس، مدت و شدت بیشتری یافتند. او یادآوری می‌کند که **از زمان تولد فرزندش** دوران بسیار پرتنشی داشته است. کیم تا پیش از زایمان در جستجوی درمان مشکلات خلقی و اضطرابی نبوده است. سابقه مصرف مواد در بستگان درجه یک او وجود دارد.
- طی مصاحبه، کیم گریه می‌کند و نشانه‌های کندی پسیکوموتور را نشان می‌دهد. گرچه اکنون به نظر نمی‌رسد که قضاوت او آسیبی جدی دیده باشد، پرسش‌های بیشتر دوره‌های پیشین مصرف سنگین **الکل** و رفتارهای **تکانشی و خطرناک** همراه با اپیزودهای **انرژی بالا** در سال‌های تحصیل در دانشگاه آشکار می‌شود.

	Bipolar	ADHD
Elevated mood/Grandiosity	+	
Decreased need for sleep	+	
Verbal learning and memory deficit	+	
Fast speech/Overactivity/High energy	+	+
Inattentiveness/Learning problems	+	+
Conduct/ODD comorbidity	+	+
Response to stimulants	--	+
More episodic	+	
Severe irritability	+	

- آقای مالف ۲۰ ساله و دانشجو است. نمراتش پایین است و اغلب برنامه‌ای برای درس خواندن ندارد. دوستی‌های کوتاه مدت و متنوعش خود او را هم کلافه و ناراضی کرده. می‌گوید وقتی دوستان زیادی دارد و مورد توجه است اعتماد به نفس مطلوب خود را به دست می‌آورد.
- گاه و بی‌گاه حشیش می‌کشد و آثار اجتماعی مصرف آن اثرات بدی بر وجهه او در میان اعضای خانواده و آشنایان گذاشته است. روحیه‌اش دستخوش نوسان است؛ روزهای افسرده‌تر و روزهای بهتر را گزارش می‌کند و در روزهای مصرف حشیش خنده‌های مکرر، انرژی فوق‌العاده، پرگویی و سخنان نیش‌دار و مسخره کردن دیگران بروز می‌کند.
- از نداشتن تمرکز به هنگام مطالعه شکایت دارد و شروع این مشکل را مربوط به سال‌ها پیش می‌داند.
- وضعیت اتاقش اغلب به هم ریخته است، شیوه لباس پوشیدنش را خانواده در شأن خود نمی‌دانند، هیچ برنامه‌ای برای طول هفته خود ندارد و هیچ اصولی را برای تداوم کاری که شروع می‌کند پی نمی‌گیرد.

- آقای مالف اکنون (۱۳۹۳) ۲۳ ساله است و در حال پایان دوره تحصیل در دانشگاه. از سه سال قبل با تشخیص ADHD تحت درمان با ریتالین قرار گرفت و پس از چند ماه تغییرات چشمگیری دیده شد:

❖ افزایش نمرات

❖ برنامه ریزی مناسب تحصیلی

❖ کنترل دوست یابی ها و رفتار اجتماعی متناسب

❖ پرهیز کامل از مصرف حشیش و نبودن ولع مصرف آن

Depression

Organic depression 1

Substance abuse 2

Drug-induced parkinsonism 3

Adjustment disorder 4

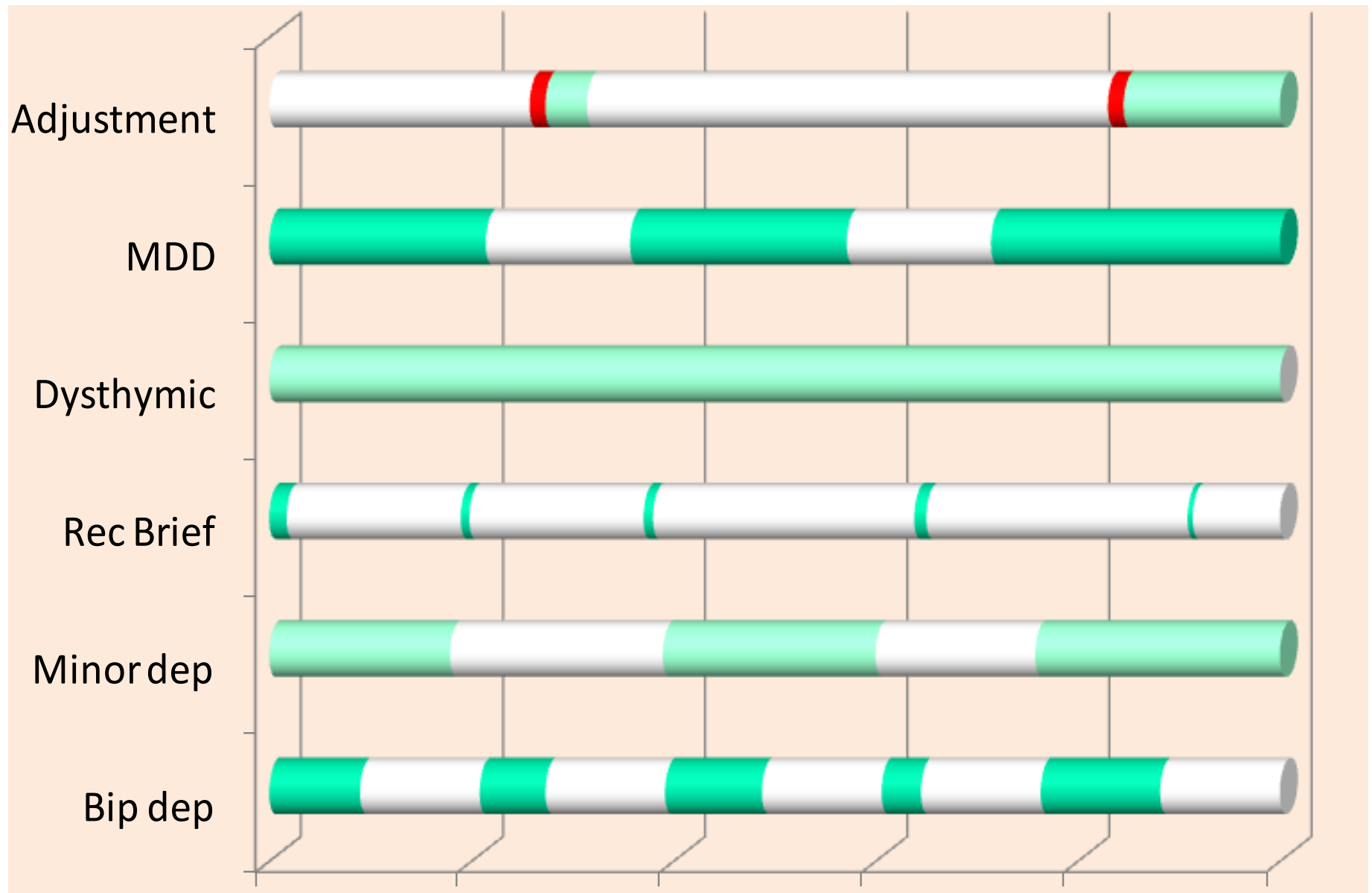
Demoralization 5

Borderline/Depressive personality 6

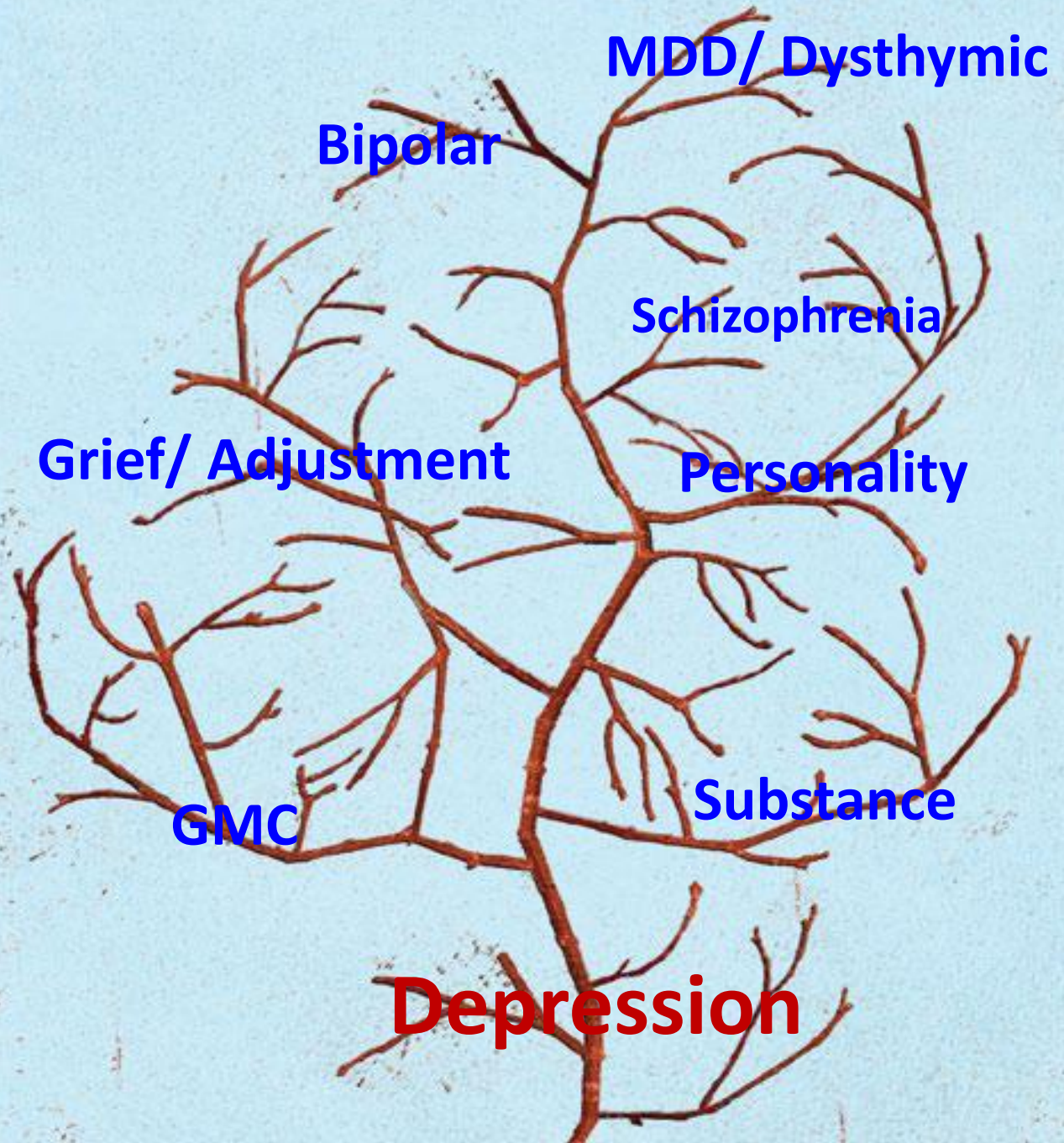
Emotional numbness (PTSD) 7

Negative symptoms (Schizophrenia) 8

Pathological crying 9



Differential Diagnoses



گرفتن شرح حال از بیماران افسرده

- جستجوی علائم هایپومانیا/مانیا در طول عمر
- پرسش در مورد وجود علائم هایپومانیا بلافاصله پیش و پس از اپیزود افسردگی
- پرسش در مورد مشاهدات دوستان یا خانواده بیمار در دوره بروز نشانه‌ها
- ارزیابی بیمار به‌طور مکرر و در زمان‌های مختلف

- خانم 34 ساله‌ای با شکایت از افسردگی مراجعه کرده است.
- این چهارمین دوره‌ای است که در سه سال اخیر بدون استرسور خاصی دچار بی‌حوصلگی شدید، کاهش شدید فعالیت‌های روزمره، کاهش خواب و اشتها، فقدان برنامه و امید برای آینده و فشار این فکر که سربار خانواده است و به درد خانواده و اجتماع نمی‌خورد.
- طی دوره فعلی افسردگی، اغلب زود عصبانی می‌شود و گاه پرخاش می‌کند. بارها بی‌هدف از منزل خارج شده است. برخلاف معمول خیلی صحبت می‌کند و می‌گوید این کار به او آرامش می‌دهد. محبت زیادی به دیگران پیدا کرده و حتی با غریبه‌ها احساس دوستی می‌کند.
- در 17 سالگی نیز دچار یک دوره افسردگی شدید با افکار خودکشی بوده است.
- مواد مصرف نکرده. مبتلا به کم‌کاری تیروئید است.
- دو خواهر و دو برادر افسرده دارد که تحت درمان هستند.

- یک دانشجوی 19 ساله در 1/5 سال گذشته اغلب دچار **تغییرات خلقی** می شود.
- در این مدت اغلب بیش از حد کافین یا نوشیدنی های پرکالری می نوشد و شروع به مصرف **الکل** کرده و گاه در آن افراط می کند.
- نمراتش در دوترم گذشته بی ثبات بوده و در **روابط** با دیگران اغلب رفتارهای تکانشی به شکل خشم یا زودرنجی یا قهر نشان داده است.
- **خواب و انرژی** بسیار نامنظمی پیدا کرده: در دوره هایی تنها 3 تا 4 ساعت می خوابد و در آنها راحت به کارهایش می رسد و در دوره هایی تا 14 ساعت می خوابد و گاه سیکل خواب و بیداریش معکوس می شود.
- او **سابقه مانیا یا افسردگی نداشته** ولی در خانواده اش افسردگی ، سوء مصرف الکل و یک مورد احتمالی خودکشی وجود داشته است.

Delirious Mania

- **Bond's criteria:**

- ☐ (i) acute onset of symptoms
- ☐ (ii) presence of mania
- ☐ (iii) features of delirium
- ☐ (iv) history of mania
- ☐ (v) family history of bipolar disorder
- ☐ (vi) responsivity to treatment for mania

(Bond, 1980)

OSCE

(سناریوی ایستگاه اختلال خلقی)

عنوان: تشخیص نوع اختلال خلقی و انتخاب دارو برای شروع درمان

- راهنمای دستیار

- **موقعیت:** مرد ۳۰ ساله‌ای با شکایت از افسردگی به شما در یک درمانگاه روانپزشکی مراجعه کرده است. او دچار یک اختلال خلقی است.

- **هدف:** شما ۱۰ دقیقه فرصت دارید تا ضمن انجام مصاحبه بالینی، تشخیص اختلال خلقی را بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR تعیین کنید و سپس داروی انتخابی خود را برای شروع درمان نام ببرید.

- **نحوه ارزشیابی:** مشاهده ارزیاب و تکمیل چک‌لیست

- **زمان:** ده دقیقه

عنوان: تشخیص نوع اختلال خلقی و انتخاب دارو برای شروع درمان

اهداف:

- ایجاد راپورت با بیمار در جهت ارزیابی تشخیصی
- چک کردن کلیه ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی ماژور
- چک کردن کلیه ملاک‌های تشخیصی اختلال دوقطبی
- چک کردن اختلالات خلقی subthreshold (دیس تایمیک، ...)
- جستجوی پاسخ درمانی قبلی بیمار (نوع دارو و میزان پاسخ به درمان)
- ذکر تشخیص صحیح
- انتخاب داروی مناسب برای شروع درمان

عنوان: تشخیص نوع اختلال خلقی و انتخاب دارو برای شروع درمان

- **سناریوی کلی:** مرد ۳۰ ساله‌ای با شکایت از **افسردگی** به یک درمانگاه روانپزشکی مراجعه کرده است. او قبلاً دو دوره افسردگی مازور را تجربه کرده و تنها علائم متفاوت او در دوره کنونی افسردگی مازور، **دلشوره زیاد و پر حرفی** می‌باشد. او در دوره‌های افسردگی دچار خلق افسرده، بی‌انگیزگی، تحریک‌پذیری، ناامیدی، افکار کم‌ارزش بودن، افکار مرگ (بدون افکار خودکشی)، و نیز کم‌خوابی و کم‌اشتهایی می‌گردد.
- مدت افسردگی در دوره‌های قبلی حدود ۴ ماه بوده است. هر بار پس از حدود ۳ ماه از شروع افسردگی به روانپزشک مراجعه کرده و با مصرف **سرتالین** بهبودی کاملی پیدا کرده است. مصرف این دارو عارضه خاصی نداشته است. دوز دارو را به‌خاطر ندارد و هر بار به مدت حدود سه ماه آن را مصرف کرده است.
- سابقه روانی دیگر، مصرف مواد یا بیماری طبی خاصی را گزارش نمی‌کند. تنها سابقه اختلال روانی در بستگان او مربوط به بیماری نامعلوم دو دختر خواهرش می‌باشد.

۳	۲	۱	۰	راپورت برقرار کرد.
۶	۴	۲	۰	علائم خلقی برای تشخیص اپیزود افسردگی مآژور را بررسی کرد.
۶	۴	۲	۰	علائم خلقی برای تشخیص اپیزود مانیا (هیپومانیا) را بررسی کرد.
---	۲ (کامل)	۱ (ناقص)	۰	وجود علل طبی برای اختلال خلقی را بررسی کرد.
---	۲ (کامل)	۱ (ناقص)	۰	وجود مصرف مواد را به عنوان علت اختلال خلقی بررسی کرد.
---	۲ (کامل)	۱ (ناقص)	۰	ملاک مدت علائم را برای تشخیص اپیزود افسردگی مآژور بررسی کرد.
---	۲ (مدت و شدت)	۱ (مدت یا شدت)	۰	وجود اختلال دیس تایمیک را بررسی کرد.
۳ (هر سه مورد قبل)	۲ (دو مورد از سه مورد قبل)	۱ (نوع دارو یا میزان پاسخ یا مدت مصرف)	۰	سابقه پاسخ درمانی بیمار را بررسی کرد.
---	۲ (مؤثر)	۱ (ناکافی)	۰	عوارض داروی مصرفی قبلی بیمار را بررسی کرد.
---	---	۶	۰	اختلال افسردگی مآژور را به عنوان تشخیص اصلی مطرح کرد.
---	۶ (سرتالین)	۴ (یک داروی ضدافسردگی)	۰	سرتالین (ترجیحاً) یا یکی از داروهای ضدافسردگی را برای شروع درمان انتخاب کرد.

نمره کل (۴۰-۰) =

False Positive Diagnosis of Mood Disorders in an Objective Structured Clinical Examination Setting

Amir Shabani, MD^{**} , Mehdi Hassanzadeh, MD^{**} , Badri Daneshamouz, MD^{**}
Mehdi Akbari, MSc^{**} , Mojgan Taban, BSc^{***}

(Received: 25 September 2008 ; Accepted: 5 March 2009)

Objective: Given that the topic of bipolar disorder overdiagnosis has been relatively neglected in the literature and considering its significance in psychiatric training. The present study was conducted through an Objective Structured Clinical Examination (OSCE) on psychiatric residents to assess the validity of their clinical diagnosis.

Methods: Twenty forth residents participated in the examination. The first station (the mood disorder station) was designed to explore clinical skill of psychiatric residents in diagnosing major depressive disorder through a clinical interview with a simulated patient. The rating checklist to evaluate the residents included 11 items. Each item was scored on a Likert scale. Two raters completed the checklists independently.

Results: Out of 24 residents, 15 individuals (62.5%) diagnosed major depressive disorder accurately and 9 individuals (37.5%) diagnosed bipolar disorder instead of major depressive disorder. The score of the last psychiatric written exam ($p<0.05$), the mean score of OSCE on the mood disorder station ($p<0.001$), and the total score of the OSCE (six stations) ($p=0.09$) were significantly higher in the group who correctly diagnosed major depressive disorder than the group who did not.

Conclusion: Current study provides evidence for bipolar disorder overdiagnosis and opens up new scopes for improvement in psychiatric training.

Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences (IJPBS), Volume 3, Number 1, Spring and Summer 2009: 15-18 .

Keywords: Bipolar disorder • Bipolar Spectrum • Overdiagnosis • Psychiatric Residents • Psychiatric Education • Objective Structured Clinical Examination (OSCE)

Introduction

In the past few years, there has been a trend in over-diagnosing bipolar disorders (BD) in University hospitals of Tehran.

(CIDI) (4). This study was carried out in five psychiatric centers; including four University hospitals with a sample size of 307 patients (both inpatients and outpatients).

Comorbidity (Singh and Zarate, 2006)

- Any axis I disorder.....65%
- Substance use disorders.....56%
- Anxiety disorders.....55%
- Personality disorders.....36%
- Impulse control disorders.....16%
- Eating disorders.....10%
- ADHD.....10%

Comorbidity *(Singh and Zarate, 2006)*

- **Substance use disorders.....56%**

Alcohol abuse.....49%

Other drug abuse.....44%

Comorbidity (Singh and Zarate, 2006)

- **Anxiety disorders.....55%**

Social phobia.....47%

PTSD.....16%

Panic disorder.....11%

OCD.....10%

BD + OC Symptoms

OCD

Non-OCD

Mood dependent

Mood independent

↑ in mania

↑ in depression

(Shabani, et al., 2007)

Assessment & Diagnosis

Diagnostic criteria:

- DSM-IV-TR
- ICD-10

Diagnostic instruments:

- SCID-I
- CIDI
- SADS

Screening tests:

- MDQ
- HCL-32
- BSDS
- HPS

self-report rating scales:

- BDI
- Zung Rating Scale
- Internal State Scale
(Glick et al., 1961; Beck et al., 1961; Zung, 1965)

Observer-rated rating scales:

- HDRS
- BDRS
- MADRS
- YMRS
- SAPS

Screening Tools

Screening instruments



Robert M.A. Hirschfeld

Mood **D**isorders **Q**uestionnaire

Bipolar **S**pectrum **D**iagnostic **S**cale



S. Nassir Ghaemi

Hypomanic symptoms checklist

(A) Signs and symptoms

1. Less sleep
2. More drive and energy
3. More self-confidence
4. Increased social activity and work motivation
5. Increased physical activity
6. More plans and ideas
7. Less shy, less inhibited
8. More talkative than usual
9. More puns and jokes, faster thinking, laughing more
10. More irritable, impatient
11. Increased consumption of coffee, cigarettes
12. Increased consumption of alcohol
13. Extremely happy mood, over-euphoric
14. Increased sex drive, interest in sex
15. Overactivity (e.g., shopping, business, telephone calls, traveling, driving, visiting people)

(B) Threshold for bipolar spectrum disorder = eight or more of the above symptoms needed, irrespective of duration.

(1- Hantouche, E.G., Angst, J., Akiskal, H.S., 2003. Factor Structure of Hypomania: Interrelationships with Cyclothymia and the Soft Bipolar Spectrum. J. Affect. Disord. 73, 39– 47. 2- Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Ajdacic, V., Eich, D., Rossler, W., 2003. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. J. Affect. Disord. 73, 133– 146.)

پرسشنامه اختلال خلقی (MDQ)

۱ - هیچ وقت شده که برای مدتی شما آن فرد همیشگی نباشید و		بله	نه
... احساس کنید بسیار خوب یا سرخوش هستید که دیگران فکر کنند شما آن فرد عادی و همیشگی نیستید یا به قدری سرخوش باشید که به دردسر بیفتید؟			
... به قدری عصبانی یا تحریک پذیر باشید که بر سر دیگران داد بکشید یا شروع به دعوا یا مشاجره نمایید؟			
... احساس کنید بسیار بیشتر از معمول، به خود مطمئن هستید و اتکا به نفس دارید؟			
... بسیار کمتر از معمول بخوابید و واقعاً کمبود خواب خود را احساس نکنید؟			
... بسیار بیشتر یا سریع تر از معمول صحبت کنید یا پر حرف تر شوید؟			
... افکار زیادی به سرعت از ذهنتان بگذرند یا نتوانید جلوی سرعت کار ذهنتان را بگیرید؟			
... چیزهای اطراف، به راحتی حواستان را پرت کنند، به طوری که تمرکز کردن یا دنبال کردن مسائل برایتان سخت باشد؟			
... بسیار بیشتر از معمول، انرژی داشته باشید؟			
... بسیار بیشتر از معمول، فعال باشید یا کارهای خیلی بیشتری از معمول انجام دهید؟			
... بسیار بیشتر از معمول، اجتماعی یا معاشرتی باشید، مثلاً نیمه شب به دوستان تلفن بزنید؟			
... بسیار بیشتر از معمول، به روابط و مسائل جنسی علاقمند باشید؟			
... کارهایی انجام دهید که برای شما غیر معمول باشد یا دیگران فکر کنند که این کارها بیش از حد احمقانه یا خطرناک است.			
... خرج کردن پول باعث دردسر شما یا خانواده تان شود.			
۲- در صورتی که به بیش از یکی از موارد فوق، پاسخ « بلی » دادید، آیا تا کنون اتفاق افتاده است که چند تا از این موارد با هم در یک دوره وجود داشته باشد؟			
۳- موارد فوق، چه مقدار برایتان مشکل زا بودند (مثل ناتوانی در کار کردن؛ مشکل خانوایی، پولی یا قانونی؛ وارد شدن به مشاجره یا دعوا)؟ لطفاً فقط دور یک پاسخ خط بکشید.			
بدون مشکل		مشکل اندک	مشکل متوسط
			مشکل جدی

Hirschfeld, R. M., et al. (2000). Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. American Journal of Psychiatry. 157(11), 1873-1875.

Shabani, A., et al. (2009). The Persian Bipolar Spectrum Diagnostic Scale and Mood Disorder Questionnaire in screening the patients with bipolar disorder. Archives of Iranian Medicine. 12 (1), 41-47.

راهنمایی: لطفاً کل عبارات زیر را قبل از پر کردن جاهای خالی، به طور کامل تا انتها بخوانید.

بعضی افراد متوجه می شوند که گاه به گاه روحیه و یا میزان انرژی شان به شدت تغییر می کند. ____ این افراد متوجه می شوند که بعضی اوقات روحیه شان غمگین و یا انرژی شان کم است و در اوقات دیگر روحیه شان شاد و یا انرژی شان زیاد است. ____ این افراد در دوره های به اصطلاح "کسل"، اغلب احساس می کنند انرژی ندارند؛ نیاز دارند در رختخواب بمانند یا بیشتر بخوابند؛ و برای انجام کارهایی که لازم است انجام دهند انگیزه ای ندارند و یا انگیزه شان کم است. ____ طی این دوره ها اغلب وزن آنها زیاد می شود. ____ این افراد طی دوره های "کسل"، اغلب احساس غم و اندوه دارند، تمام اوقات غصه دار هستند، یا احساس افسردگی می کنند. ____ گاهی طی دوره های "کسل"، احساس ناامیدی یا حتی تمایل به خودکشی دارند. ____ توان کار کردن یا روابط اجتماعی شان مختل است. ____ این دوره های "کسل" نوعاً چند هفته طول می کشد ولی گاهی تنها چند روز طول می کشد. ____ این گونه افراد ممکن است پس از دوره "کسل"، مدتی روحیه طبیعی داشته باشند، به طوری که احساس کنند روحیه و انرژی شان عادی است و توان کار کردن و روابط اجتماعی شان، مختل نیست. ____ سپس ممکن است متوجه شوند که وارونگی و چرخش قابل ملاحظه ای در احساس و هیجان شان اتفاق افتاده است. ____ انرژی شان از آنچه برای آنها طبیعی محسوب می شود بیشتر می گردد و اغلب کارهایی انجام می دهند که در حالت عادی قادر به انجام آن نیستند. ____ گاهی اوقات در حین این

دوره های به اصطلاح "سرخوشی"، این افراد احساس می کنند که انرژی بسیار زیادی دارند یا احساس "شنگولی و توانمندی" می کنند. ____ بعضی افراد طی این دوره های "سرخوشی" ممکن است احساس زود از کوره در رفتن، عصبی بودن یا پرخاشگر بودن داشته باشند. ____ بعضی افراد طی این دوره های "سرخوشی" به طور هم زمان به فعالیتهای بسیار زیادی مشغول می شوند. ____ طی این دوره های "سرخوشی"، بعضی افراد ممکن است پولهایشان را در راههایی خرج کنند که باعث شود به دردمر بیفتند. ____ آنها ممکن است طی این دوره ها پرحرفتر، معاشرتی تر یا دارای تمایل بیشتری به مسائل جنسی شوند. ____ گاهی اوقات طی این دوره های "سرخوشی"، رفتارشان به نظر دیگران عجیب یا ناراحت کننده می رسد. ____ گاهی اوقات طی این دوره های "سرخوشی"، مشکلاتی با همکاران خود پیدا می کنند یا کارشان به پلیس کشیده می شود. ____ گاهی اوقات طی این دوره های "سرخوشی"، مصرف الکل یا مصرف خودسرانه داروها در این افراد افزایش می یابد. ____

حال که عبارات فوق را خوانده اید، لطفاً یکی از چهار گزینه زیر را انتخاب کنید و داخل پُرانتز علامت بزنید.

() کل مطالب بالا انطباق خیلی خوب یا تقریباً کاملی با وضعیت من دارد.

() مطالب بالا انطباق نسبتاً خوبی با وضعیت من دارد.

() مطالب بالا تا اندازه ای با وضعیت من منطبق است، ولی نه در اکثر جنبه ها.

() مطالب بالا اصلاً با وضعیت من مطابقت ندارد.

حالا لطفاً به مطالب بالا برگردید و بعد از هر جمله ای که قطعاً شما را توصیف می کند در جای خالی ضربدر بزنید.

5- Bipolar Spectrum

Schizophrenia



Schizoaffective



Bipolar

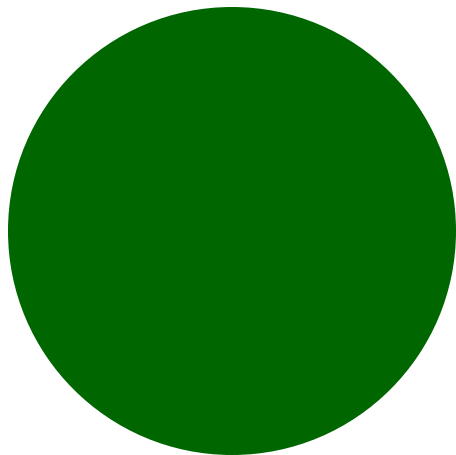


Bipolar Spectrum

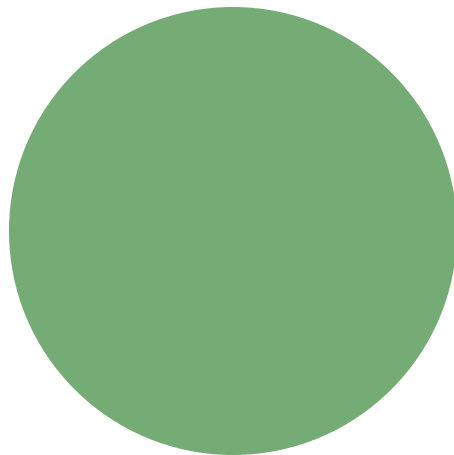


Unipolar

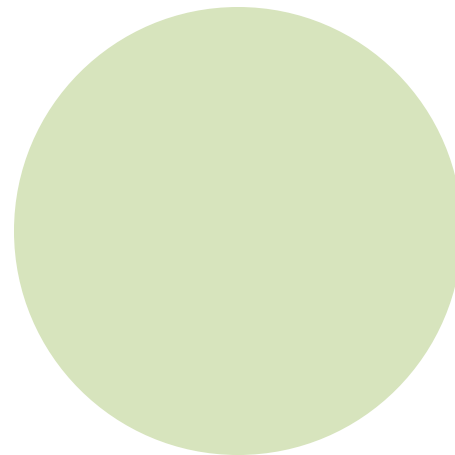
Bipolar



Spectrum



Unipolar



مانیای مختلط

- آقای م ۳۸ ساله، متأهل و فروشنده است. سه دوره افسردگی مازور را در شش سال گذشته پشت سر گذاشته و اکنون دوباره افسرده شده است.
- او بسیار بی حوصله، بسیار کم خواب، پر خاشگر و ناامید از ادامه زندگی شده است.
- در عین این که می گوید اعتماد به نفسش را از دست داده، اغلب در حال نصیحت دیگران است و همه می گویند جدیداً از حرف زدن خسته نمی شود.

افسردگی مختلط

- آقای ر ۳۲ ساله، مجرد و بی کار است. دو دوره افسردگی مازور را در دو سال گذشته پشت سر گذاشته و اکنون دوباره افسرده شده است.
- در روزهای اخیر بدون عامل تنش زای مشخصی اغلب گریه می کند یا بی قرار و در حال راه رفتن است. در عین حال، کم حرف شده و از جمع دیگران دوری می کند.
- در سه هفته اخیر، شبها اغلب بیش از دو ساعت نخوابیده و طی روز نیز با وجود تحرک زیاد، احساس خستگی ندارد. اغلب در اندیشه خود کشی است ولی به چگونگی آن فکر نکرده است.

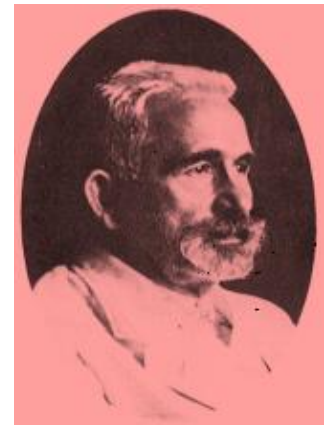
Bipolar & Bipolar Spectrums

Klerman	Recurrent unipolar mania; Depression + family history of BD
Kraepelin	Recurrent depression on the spectrum of manic depressive illness
Leonhard, 1950s	Bipolar and unipolar recurrent psychoses
American researchers (headed at the Washington University of St. Louis) (1960s-70s)	Bipolar illness and unipolar depressive illness
Research Diagnostic Criteria (RDC), 1970s	Bipolar with mania/Bipolar with hypomania/MDD
DSM-III, 1980	Bipolar/Cyclothymic/Major depression/Dysthymic
Goodwin and Jamison, 1990	Recurrent or treatment-refractory depression on the bipolar spectrum
Akiskal	Subtyping and temperaments
Ghaemi, Goodwin, Ko, 2002	Categorical bipolar spectrum illness
Angst, 2003	Minor bipolar disorder
Angst, Gamma, et al., 2003	Softest bipolarity (between BD and normality, 13%)
Sachs, 2004	Bipolarity Index
Koukopoulos	Mixed states

Mixed States:

Six different subtypes *(Kraepelin)*

1. Manic stupor
2. Mania with poverty of thoughts/ unproductive mania
3. Inhibited mania/manic arrest
4. Furious/depressive/anxious mania
5. Excited/agitated depression
6. Depression with flight of ideas





A diagram showing a red circle with the word "Mania" inside, followed by a plus sign, a blue circle with the word "DEPRESSION" inside, followed by an equals sign, and the text "Mixed Episode (Mania)".

Mania + **DEPRESSION** = **Mixed Episode (Mania)**



A diagram showing a red circle with the word "Mania" inside, followed by a plus sign, a cyan circle with the word "depression" inside, followed by an equals sign, and the text "Mixed Mania".

Mania + **depression** = **Mixed Mania**



A diagram showing a red circle with the word "hypomania" inside, followed by a plus sign, a blue circle with the word "DEPRESSION" inside, followed by an equals sign, and the text "Mixed Hypomania".

hypomania + **DEPRESSION** = **Mixed Hypomania**



A diagram showing a red circle with the words "Manic Symptoms" inside, followed by a plus sign, a blue circle with the word "DEPRESSION" inside, followed by an equals sign, and the text "Depressive Mixed State".

Manic Symptoms + **DEPRESSION** = **Depressive Mixed State**

ICD-10: Bipolar affective disorder, current episode mixed

- A. The current episode is characterized by a **mixture or a rapid alternation** (i.e., within a few hours) of hypomanic, manic, and depressive symptoms.
- B. Both manic and depressive symptoms must be prominent most of the time during a period of at least **2 weeks**.
- C. There has been at least one well-authenticated hypomanic or manic episode, depressive episode, or mixed affective episode in the past.

Mixed State= Depression+ a Specific Symptom

- **Agitated depression**
- **Irritable depression**
- **Depression with racing thoughts**

Mixed State=

Depression+ Manic Symptoms

- **Depressive mixed state (DMX) is defined as an MDE with 3 or more concurrent non-euphoric hypomanic symptoms, appearing during the MDE, lasting at least 7 days.**

(Akiskal et al., 2005)

- **Mixed manic state is defined as a mania with 2 or more concurrent depressive symptoms).**

(Akiskal et al., 1998)

- **Dysphoric mania**

(Mc Elroy et al., 1992)

Mixed State= Depression + High Hypomanic Score

- **Hypomania score
> 8 (HIG) or > 11 (MRS)
in an MDE**

[HIG: Hypomania Interview Guide]

[MRS: Mania Rating Scale]

(Benazzi, 2008)

Mixed States: Characteristics

- Longer illness duration
- Higher rates of **relapse**
- More **suicidality**
- **Poorer response** to both acute and prophylactic treatment
- Increased lifetime risk for **comorbid** psychiatric disorders
- Higher rates of treatment contacts
- Lower rates of full-time employment compared to pure states.

(Cruz M, Pincus HA, et. al., 2010; Agosti, Stewart, et al., 2008)

Psychotic
mania

Mania

Mixed
mania

Bipolar

Hypomania

Mixed
hypomania

Short
hypomania

Hypomanic
symptoms

Depressive
mixed state

Induced
(hypo)mania

Familial
bipolar

Bipolar

Spectrum

Recurrent
depression

Psychotic
depression

Early onset
depression

Agitated
depression

Irritable
depression

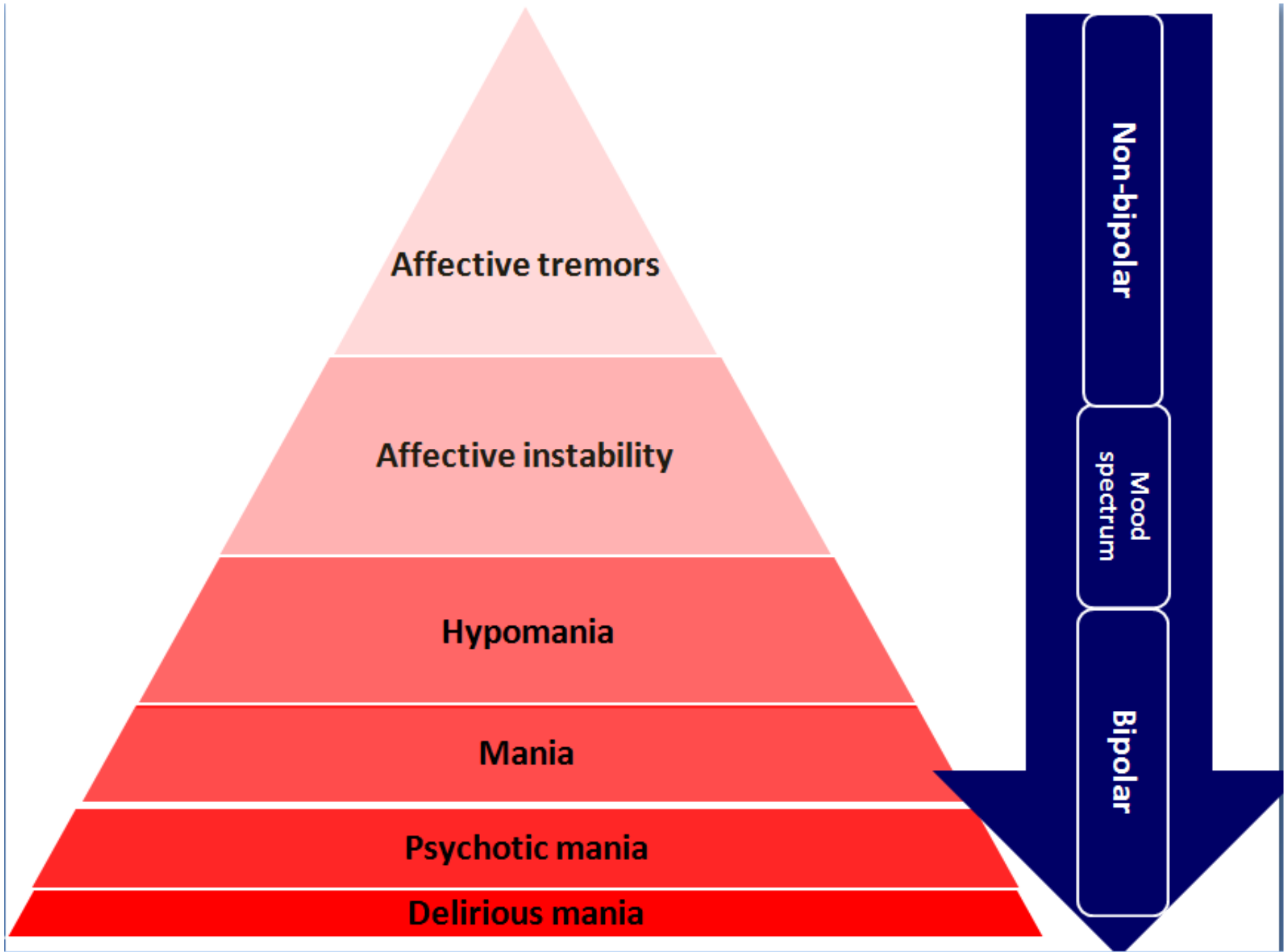
Cyclothymic
depression

Hyperthymic
depression

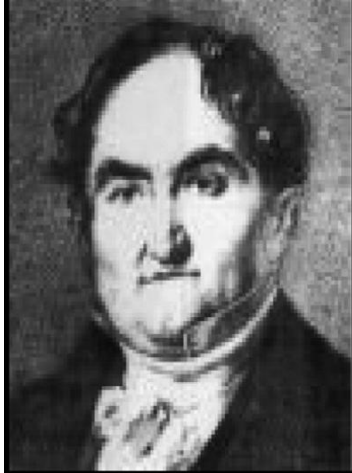
Depression with
racing thoughts

Unipolar

True
unipolar

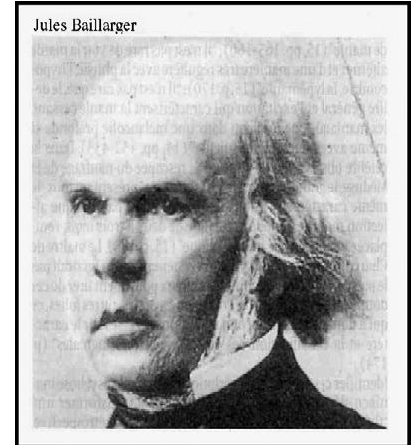


Bipolar in France



Jean-Pierre Falret

**Circular Insanity
Folie Circulaire**



Jules Baillarger

**Insanity of Double-form
Folie à Double Forme**

Mixed states



Kraepelin



Weygandt

Mixed states:

Excited depression

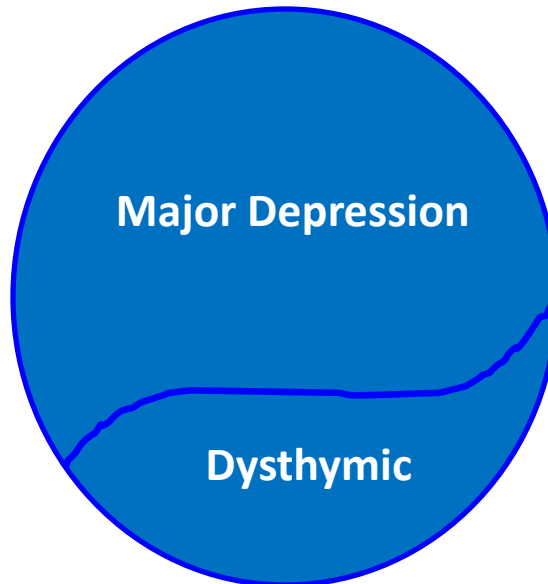
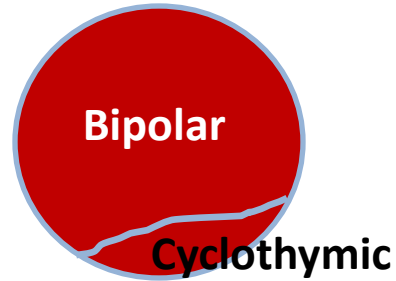
Depression with flight of ideas

Manic stupor

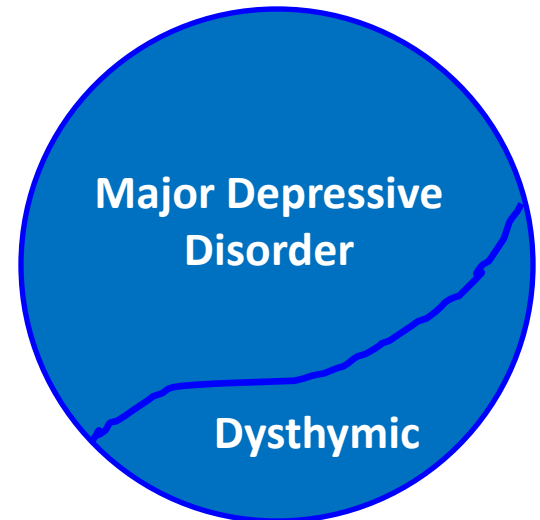
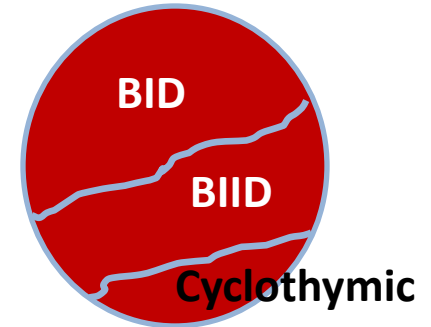
DSM-II



DSM-III



DSM-IV



Bipolar Type II



David L. Dunner

**Major depression + Hypomania =
Bipolar disorder (type II)**

Bipolar Prototypes



Hagop Akiskal

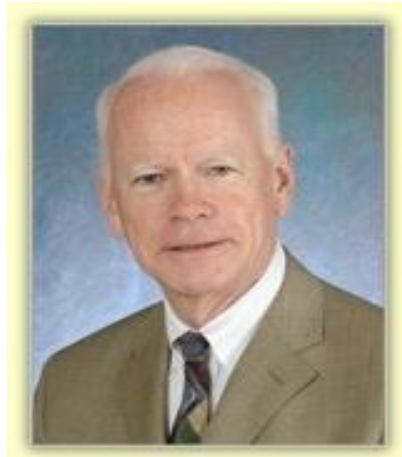
- Bipolar **I**: Full-blown mania
- Bipolar **I1/2**: Depression with protracted hypomania
- Bipolar **II**: Depression with hypomania
- Bipolar **II1/2**: Cyclothymic depression
- Bipolar **III**: Antidepressant-associated hypomania
- Bipolar **III1/2**: Mood swings occurring in the context of substance use
- Bipolar **IV**: Hyperthymic depression
- Bipolar **V**: Cyclic mixed depression
- Bipolar **VI**: Dementia-like bipolar disorder

Bipolar Spectrum Disorder (2002)

[Bipolar Disorder without (hypo)mania]



S. Nassir Ghaemi



Frederick K. Goodwin

- » *First degree relative with bipolar disorder*
- » *Antidepressant-induced mania or hypomania*
 - » *Recurrent* MDEs
 - » *Early-onset* MDEs
 - » *Hyperthymic* personality
 - » *Brief* MDEs
- » *Atypical* depressive symptoms
 - » *Psychotic* MDEs
- » *Treatment resistant* depression
 - » *Postpartum* depression
- » Acute but not prophylactic response to Antidep.

Subthreshold Bipolar Disorders



Jules Angst, 2003

1- BD-I

2- BD-II

3- **Minor BD** [dysthymia, minor depression or recurrent brief depression associated with: (i) the hypomanic syndrome or (ii) hypomanic symptoms only]

4- **Pure hypomania** [either (i) the hypomanic syndrome or (ii) hypomanic symptoms only]

Bipolar disorder without mood change



Jules Angst, 2003

Mixed hypomania



Trisha Suppes

Agitated depression



Athanasios Koukopoulos

Agitated depression = Bipolar disorder

Bipolar depression:

Agitated depression

Mixed depression

Bipolarity Index



Gary S. Sachs

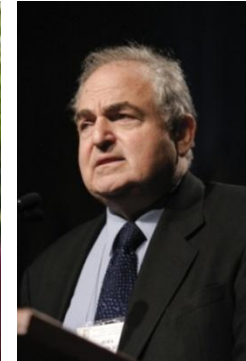
Borderline = Bipolar??



Hagop Akiskal



S. Nassir Ghaemi



Jole Paris



John Gunderson

Borderline 1 = Bipolar

Borderline 2 = Nonspecific personality

Agitated depression = Bipolar

Drug-associated mania = Bipolar

Cyclothymic temp. = Bipolar

Hyperthymic temp. = Bipolar

Borderline ≠ Bipolar

اختلال شخصیت مرزی نوعی از اختلال دوقطبی نیست

دکتر مهرداد افتخار^۱، دکتر امیر شعبانی^۲

Borderline Personality Disorder Is Not a Subtype of Bipolar Disorder

Mehrdad Eftekhari¹, Amir Shabani²

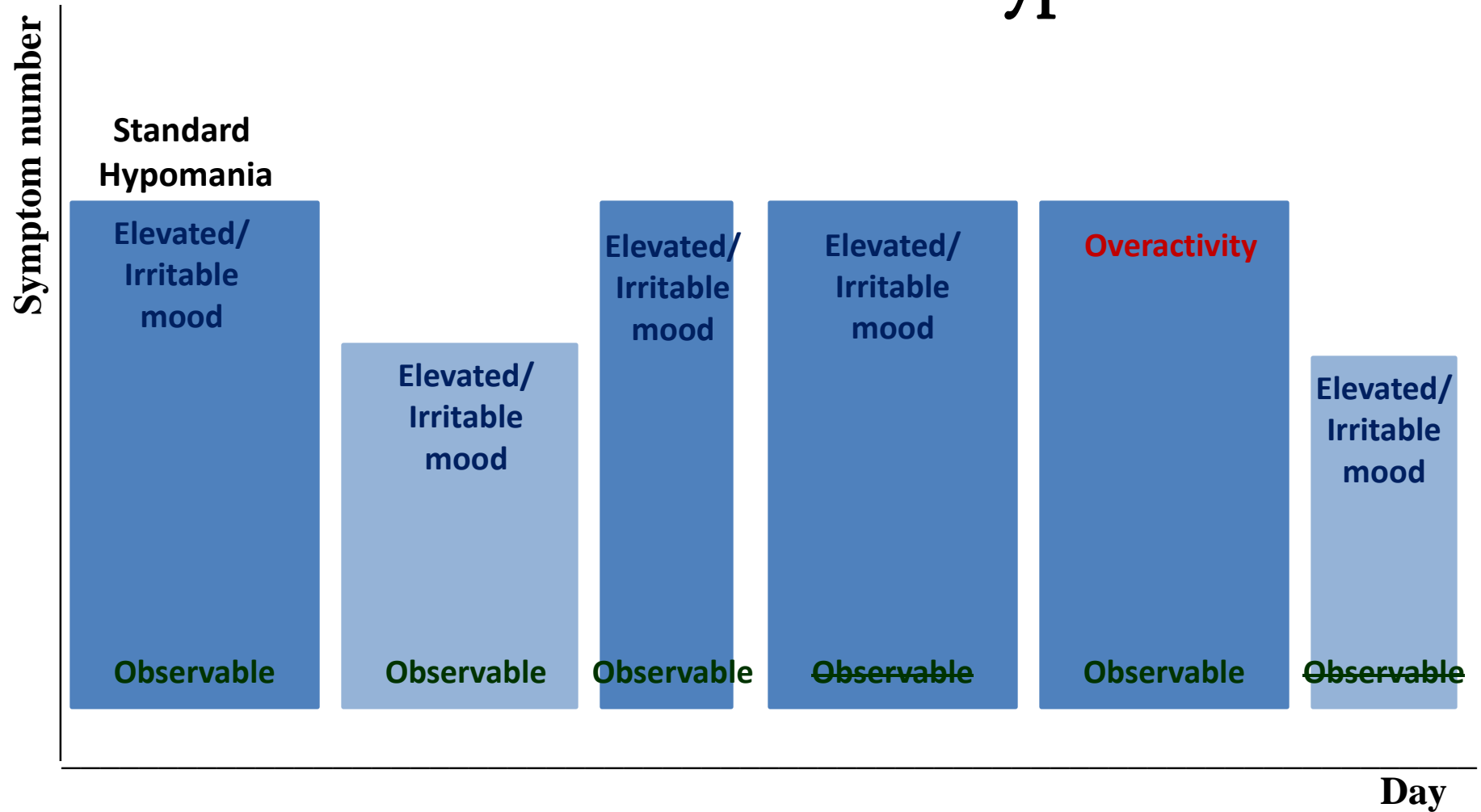
Abstract

Broadening the concept of bipolar spectrum, selective attention to similarities between the spectrum and other disorders and ignoring the differences, abandonment of skillful clinical judgment and permissiveness in diagnosing this spectrum have led to the inclusion of several disorders such as borderline personality disorder in this spectrum. Grouping together borderline personality disorder and bipolar disorder might have therapeutic consequences for patients and, may even deprive them from appropriate treatment; therefore, clarifying the differences between the two is of significant importance. Biological aspects such as neurotransmitter abnormalities, serum cortisol level, dexamethasone suppression test and sleep abnormalities of

چکیده

گسترش دامنه تشخیص اختلال‌های طیف دوقطبی، تکیه بر شباهت‌های این طیف با دیگر اختلال‌ها و نادیده گرفتن تفاوت‌های آنها، به کار نبردن قضاوت بالینی ماهرانه و هم‌چنین آسان‌گیری در تشخیص این گروه از اختلال‌ها موجب شده تا بسیاری از بیمارانی که از دیگر اختلال‌های روانپزشکی مانند اختلال شخصیت مرزی رنج می‌برند، در این طیف طبقه‌بندی شوند. از آن‌جا که در یک گروه جای دادن اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت مرزی می‌تواند پیامدهای درمانی برای بیماران داشته باشد و حتی سبب محروم شدن آنان از درمان‌های مورد نیاز گردد، روشن کردن تفاوت‌های این دو اختلال از اهمیت زیادی برخوردار است. جنبه‌های زیست‌شناختی شامل تغییر در پیام‌رسان‌های عصبی، کورتیزول خون و آزمون سد که با اختلال‌های رنج اب در بیماران

Hypomanias



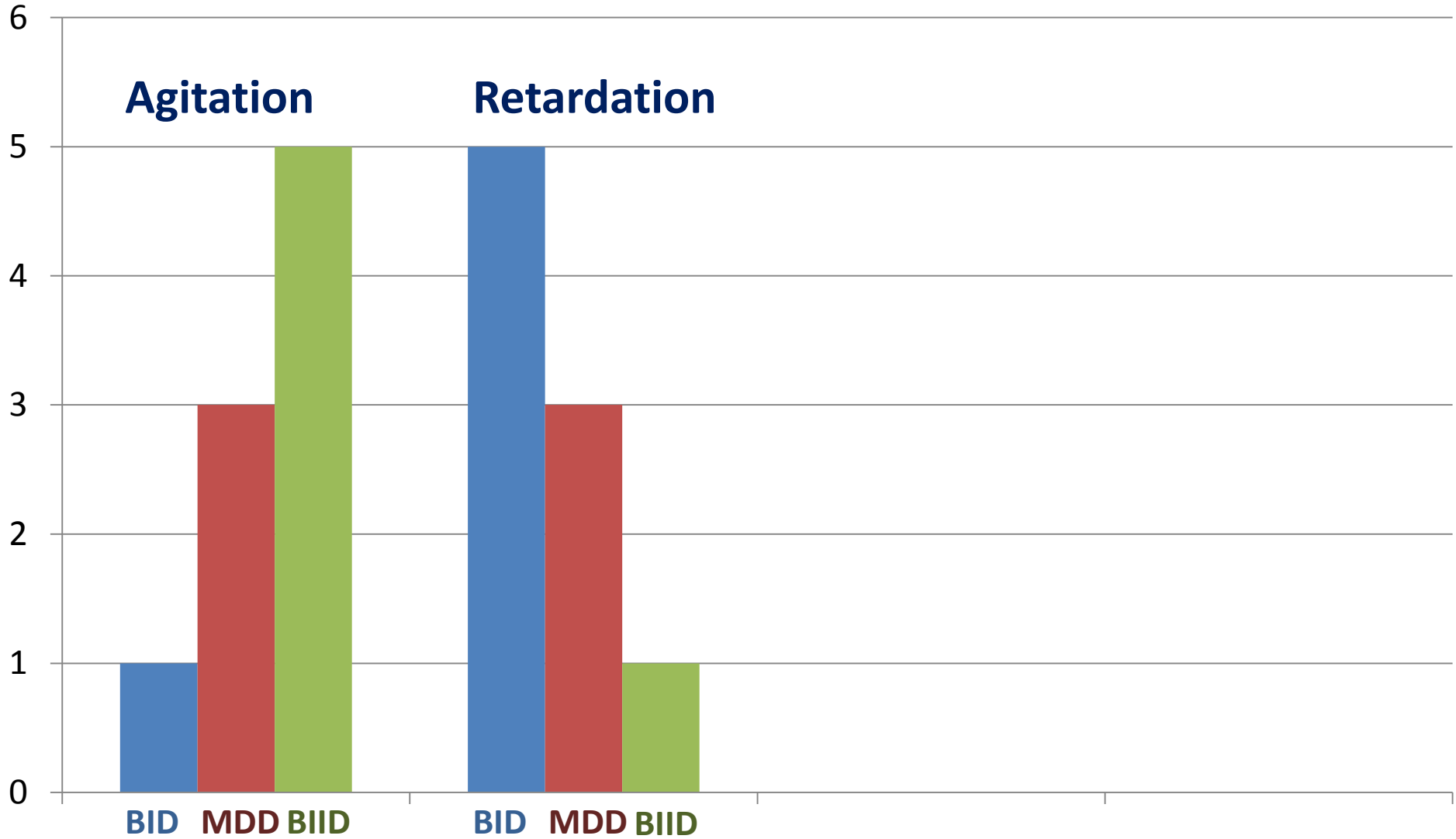
Psychomotor in Depressive Episodes

Agitation

Retardation

BID MDD BIID

BID MDD BIID

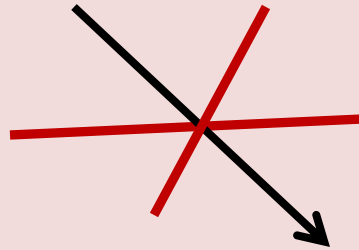


Challenges for DSM-5

- **Mixed states**
- **Subthreshold hypomania**
- **Overactivity**
- **Antidepressant-Induced (hypo)mania**
- **Bipolar without (hypo)mania**
- **Borderline personality**

No Class, but confusing effect!

- **Bipolar spectrum**



Standard treatment of bipolar disorder

Diagnosing Bipolar

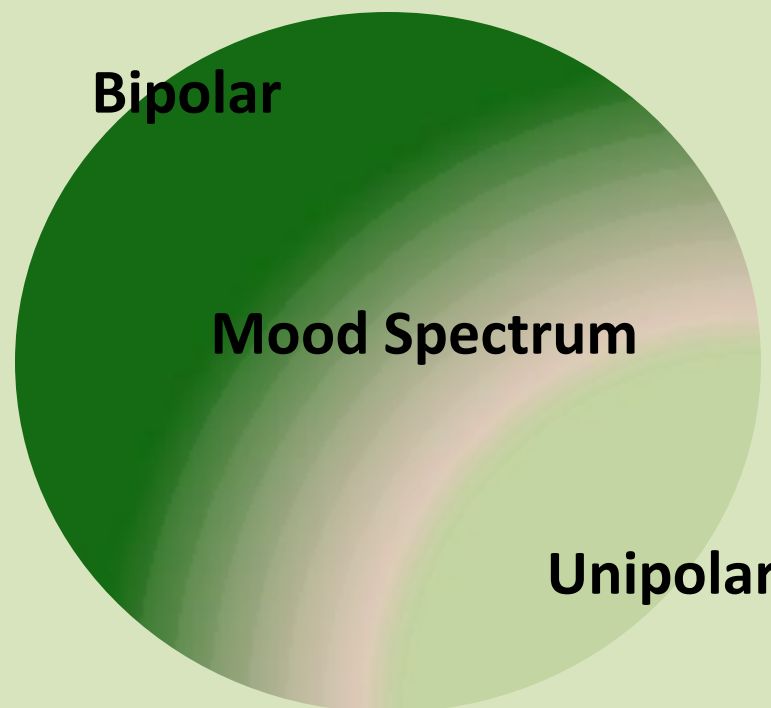
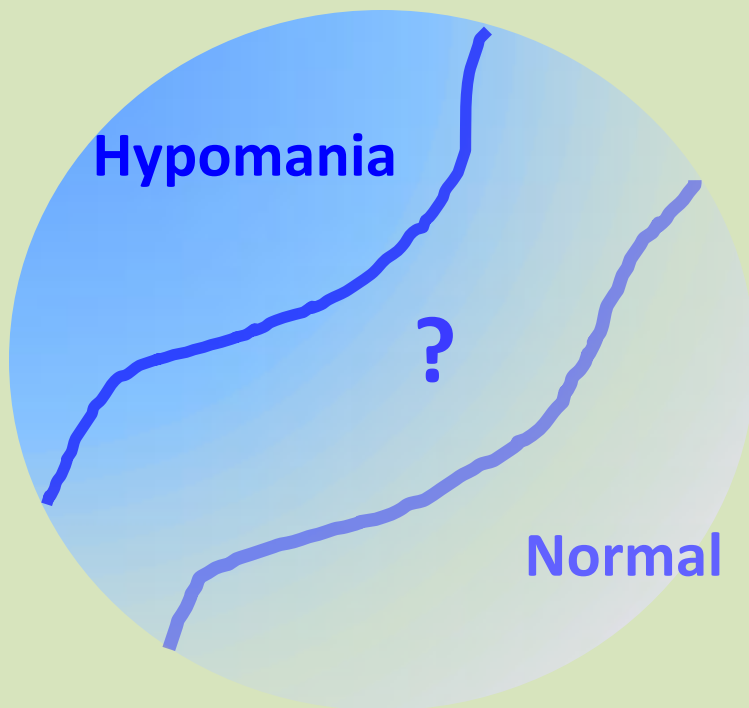
- 1) **Criteria:** systematically assessing
- 2) **Multiple** associated features/screening tools
- 3) **Differential** diagnoses of affective instability
- 4) **Multiple contacts** with the patient
- 5) **Patience** and follow

Why narrow bipolar?

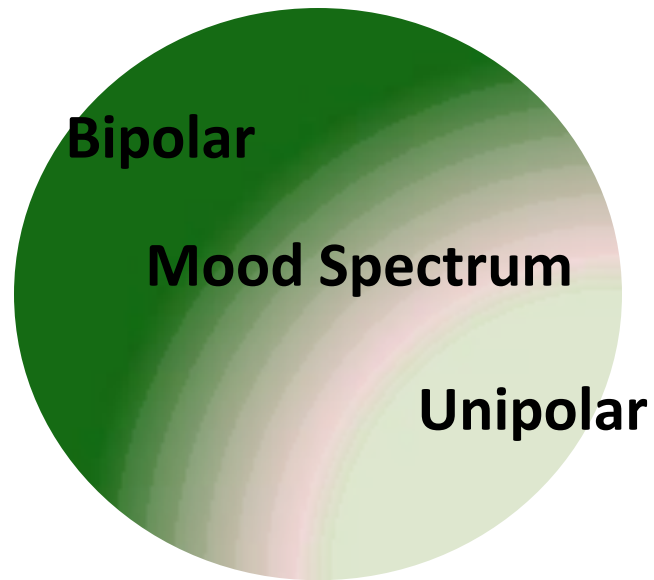
- ↓ **overdiagnosis**
- ↑ reliability
- ↓ stigma
- ↓ risk of drugs side effects
- ↓ insurance premium rates
- ↓ misdiagnosing relatives as having BD
- **Antidepressant**-induced switch is under question
- No evidence-based data for efficacy of **mood stabilizers** on subthreshold disorders

Why broad bipolar?

- ↓ **underdiagnosis**
- Mood **destabilizing** effects of **antidepressants**
- Prevention-oriented treatment model
- ↓ impairment
- Implications for research



Theory

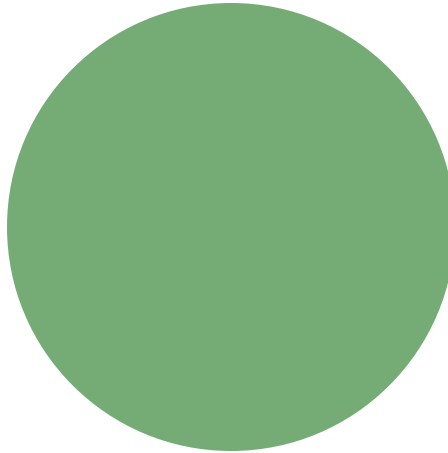


Practice

Bipolar



Mood Spectrum



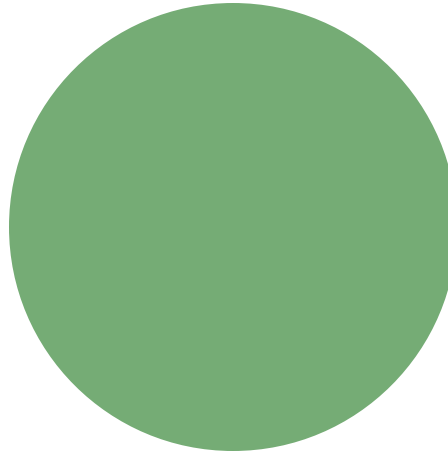
Unipolar



Bipolar



Mood Spectrum



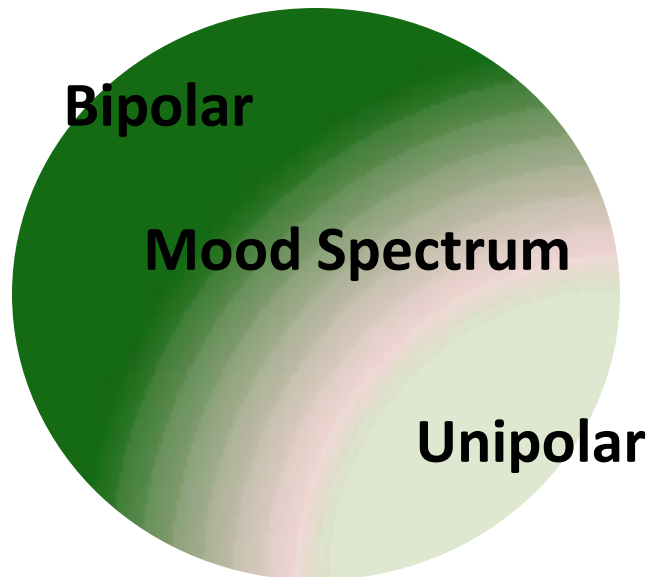
Unipolar



Practice

Categorical-Dimensional Model

Theory



Recommendations

Diagnosis:

- **Screening** BD risk factors and indices
- **Syndromic** approach to decrease overdiagnosis
- **Wait and see** approach to decrease underdiagnosis

Treatment:

- **Symptom-based** approach at start:
catatonia, agitation, irritability, suicidality, insomnia
- **Diagnosis-based** approach in progress
- **Psychotherapy**