

บทที่ 8

ความผิดปกติของอารมณ์ และการฆ่าตัวตาย (Mood Disorders and Suicide)

เนื้อหา

- ประเภทของความผิดปกติทางอารมณ์
- สาเหตุของความผิดปกติทางอารมณ์
- การฆ่าตัวตาย

ความผิดปกติทางอารมณ์ ประกอบด้วยลักษณะสำคัญ คือ มีความผิดปกติของอารมณ์เป็นอย่างมาก ได้แก่ ซึมเศร้ามาก เป็นสุข สนุกสนาน และตื่นเต้นมาก หรือหงุดหงิดมาก

อารมณ์เศร้าจะร่วมกับอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร มีความรู้สึกที่ตัวเองไร้ค่า ขาดที่พึ่ง สิ้นหวัง และเป็นภาระของคนอื่น รวมทั้งอาจมีความคิดฆ่าตัวตายอีกด้วย

ความรู้สึกเป็นสุขมาก จะร่วมกับอาการขยันขันแข็งมากเกินไป ความคิดเปลี่ยนแปลงเร็ว ตามสิ่งเร้า และหลงผิดว่าตนมีความสำคัญหรือความสามารถเหนือคนอื่น ๆ

ปริมาณของความรู้สึกเป็นสุขและความเศร้า จะไม่ได้สัดส่วนหรือเหมาะสมกับสถานการณ์ในชีวิตของผู้ป่วย และอาการของโรคที่หายไปแล้วอาจเป็นขึ้นมาใหม่อีก

การจำแนกความผิดปกติทางอารมณ์

การจำแนกความผิดปกติทางอารมณ์ก่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน เพราะผู้จำแนกอาศัยหลักเกณฑ์ต่างกัน เช่น

1. การจำแนกตามแบบของ Winakur, Clayton และ Reich (ค.ศ. 1969) แบ่งเป็น

1.1 Primary Affective Disorder เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดปฐมภูมิ เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งเกิดโดยไม่เคยมีความผิดปกติทางจิตใจอย่างอื่นเกิดขึ้นมาก่อนอาการซึมเศร้า หรืออาการคลั่ง หรือมีอาการทางจิตแบบซึมเศร้าหรือคลั่งเท่านั้น

1.2 Secondary Affective Disorder หรือความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดทุติยภูมิ เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ซึ่งเกิดในคนที่เคยเจ็บป่วยทางจิตใจอย่างอื่นที่ไม่ใช่อาการเศร้าหรือคลั่งมาก่อน เช่น เคยป่วยเป็นโรคจิตเภท ดิสสุรา ย้ำคิดย้ำทำ เป็นต้น หรือความผิดปกติทางอารมณ์

แบบฝึกหัด

1. ความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorders) มีกี่ชนิดอย่างไรบ้าง
2. จงกล่าวถึงลักษณะอาการของครวมผิดปกติต่อไปนี้
 - 2.1 Dysthynia
 - 2.2 Adjustment Disorders
 - 2.3 Bipolar Disorder
 - 2.4 Schizoaffective Disorder
3. จงกล่าวถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตาย และท่านจะป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างไรบ้าง อธิบายพร้อมยกตัวอย่างมาให้เห็นจริง

เกิดจากโรคของสมองและโรคทางกาย การใช้ยาอย่างผิด ๆ หรือเกิดในขณะที่เจ็บป่วยด้วยโรค ร้ายแรงทางร่างกาย (Klermen ค.ศ. 1975 , Snyder ค.ศ. 1980)

Primary Affective Disorder ยังแบ่งออกเป็น

ก. Unipolar affective disorder (Depressive disorder) หมายถึง ความผิดปกติทาง อารมณ์ที่มีเฉพาะอารมณ์เศร้าอย่างเดียว ไม่เคยมีอาการคลั่ง

ข. Bipolar affective disorder (Manic – depressive disorder) หมายถึง ความผิดปกติ ทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการคลั่ง และเศร้าเกิดขึ้นสลับกันในการป่วยครั้งต่าง ๆ หรือมีอาการสอง อย่างในการป่วยครั้งเดียวกัน

2. การจำแนกตามวิธีขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 1978 หรือ ICD – 9

2.1 Manic – depressive , manic type คือ ความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีเฉพาะอาการ คลั่งเกิดขึ้นอย่างเดียว ไม่เคยมีอาการเศร้าเกิดขึ้นเลย

2.2 Manic – depressive , depressive type คือ ความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีเฉพาะ อาการเศร้าเกิดขึ้นอย่างเดียว ไม่เคยมีอาการคลั่งเกิดขึ้นเลย

2.3 Manic – depressive psychosis, circular type but currently manic หมายถึง ความ ผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทั้งแบบคลั่งและแบบเศร้า แต่ขณะที่เป็นนี้อาการเป็นแบบคลั่ง

2.4 Manic – depressive psychosis, circular type but currently depressed หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการแบบคลั่งและแบบเศร้า แต่ขณะที่เป็นนี้อาการเป็นแบบเศร้า

2.5 Manic – depressive psychosis, circular type but currently mixed หมายถึง ความ ผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทั้งแบบคลั่งและเศร้า และในขณะที่มีอาการแสดงทั้งอาการคลั่งและ เศร้า

3. การจำแนกตามวิธีของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน หรือ DSM – IV – TR

3.1 Unipolar Disorder หมายถึง พวกที่มีแต่ระยะเศร้าไม่เคยมีระยะคลั่งเลย ระยะ เศร้าอาจเกิดเพียงครั้งเดียว หรือเกิดแล้วเกิดอีก

3.2 Bipolar disorders หมายถึง พวกที่มีระยะคลั่ง โดยจะมีระยะเศร้าเกิดด้วยหรือไม่ ก็ตาม ทั้งนี้เพราะเชื่อว่าในรายที่ไม่เคยมีระยะเศร้าเกิดขึ้นนั้นต่อ ๆ ไปจะต้องมีเกิดขึ้นในที่สุด

นอกจากนี้แล้วยังพบว่าสาเหตุทางชีววิทยาเป็นเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งเป็นผลมาจากการทำงานของ serotonin ในส่วนของสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันก็มีผลต่ออัตราส่วนของการฆ่าตัวตายด้วยเช่นกัน โดยเฉพาะผลจากการมองการฆ่าตัวตายตามค่านิยมของสังคมและศาสนา

การป้องกันการฆ่าตัวตายจัดเป็น prevention program ในลักษณะของ hotlines แต่จะให้ประสบความสำเร็จได้ต้องเป็นโปรแกรมระยะยาว

Mild to Moderate Depressive Disorder

จุดที่จะแยกความผิดปกติทางอารมณ์เป็นสิ่งที่ยากที่จะตัดสิน DSM - IV - TR ได้รวมลักษณะที่สำคัญของอารมณ์ของความเศร้าโศก จาก mild ไปสู่ moderate ไว้ 2 ลักษณะ คือ dysthymia และ adjustment disorder with depressed mood

Dysthymia

การที่จะวินิจฉัยว่าคนไข้คนนั้นเป็น Dysthymia คือ การที่คนไข้มีอาการเศร้าซึม (depressed) มาเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี (1 ปี สำหรับเด็กและวัยรุ่น) และโดยปกติแล้ว dysthymia จะมีอาการอย่างน้อย 2 ใน 6 อย่าง เมื่อมีอาการเศร้าซึม คือ 1. ไม่มีความอยากอาหาร หรือรับประทานอาหารมากเกินไป 2. มีปัญหาในการนอนหลับ 3. ระดับพลังงานต่ำ 4. ไม่มีสมาธิในตัวเอง 5. ไม่มีสมาธิหรือมีปัญหาในด้านการตัดสินใจ 6. มีความรู้สึกหมดหวัง ซึ่งความรู้สึกหรืออาการเหล่านี้จะเป็นมาอย่างน้อย 2 ปี หรือมากกว่านั้น (คนไข้ไม่ได้มีอาการของการหลีกเลี่ยงจากความเป็นจริงของชีวิต) ระยะเวลาของ dysthymia จะประมาณ 5 ปี แต่อาจจะเป็นได้ถึง 20 ปีหรือมากกว่านั้น คนไข้อาจจะไม่ได้มีอาการทุกวัน หรือสามารถที่จะบ่งบอกได้อย่างชัดเจน แต่ในชีวิตประจำวันอาจเกิดขึ้นในผู้ชายประมาณ 5% และในผู้หญิง 8%

Adjustment Disorder with Depressed Mood

ลักษณะอาการยากที่จะแบ่งแยกออกจาก dysthymia แต่ต่างกันที่ระยะเวลาของการเกิดอาการอาจจะใช้เวลาเพียง 6 เดือน ที่เกิดความเครียดขึ้นในชีวิต ซึ่งทำให้คนไข้จะมีปัญหาในการปรับตัวในสังคมหรือกระทบต่ออาชีพ ทำให้เกิดอาการเศร้าซึมแต่การวินิจฉัยจะทำได้ยาก เพราะถ้าเมื่อปัญหาหรือความเครียดหมดไปอาการจะไม่ปรากฏ แต่ในกรณีที่เป็นเรื้อรังอาจจะถูกวินิจฉัยในฐานะของ dysthymia

Major Depressive Disorder

การที่จะวินิจฉัยว่าเป็น major depressive disorder นั้นหมายถึงการที่แสดงอาการมากกว่าที่เป็น dysthymia เพราะนอกจากจะมีอาการเศร้าซึม และหมดความสนใจในเรื่องของความสนุกสนานต่าง ๆ อยู่ทุกวันอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และคนไข้จะมีลักษณะของอาการ 4 อย่างจาก 1. เหนื่อยหรือไม่มีกำลัง 2. นอนไม่หลับหรือหลับมาก 3. ไม่เจริญอาหาร(เบื่ออาหาร)หรือน้ำหนักลดโดยไม่ได้ลดน้ำหนัก 4. ไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย 5. ไม่มีสมาธิ 6. มีความรู้สึกที่ตัวเองไม่มีคุณค่าหรือรู้สึกผิดในสิ่งที่เคยทำไปแล้ว 7. มีความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องของความตาย หรือคิดฆ่าตัวตาย

มีขีดจำกัดในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งความสามารถในการมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์
ขณะนั้น ส่วนในระดับมหาวิทยาลัยจะมีการพัฒนาความคิดในเรื่องการฆ่าตัวตายมากขึ้น จาก
การผสมผสานระหว่างความกดดันด้านการเรียน ปัญหาการปรับตัวในสังคม การเลือกอาชีพ
ปฏิกิริยาที่มีต่อค่านิยมพื้นฐานของตนเอง ซึ่งบางครั้งเป็นเหตุให้เกิดปัญหาในการปรับตัว พบว่า
นักศึกษาหญิงมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายมากกว่านักศึกษาชายถึง 3 เท่า แต่ผู้ชายทำได้สำเร็จ
มากกว่าผู้หญิง

Sheneidman ซึ่งได้ศึกษาด้านการฆ่าตัวตายของคนมากกว่า 30 ปี ได้เขียน “suicidal mind”
ไว้ว่าเกือบทุกราย ที่ฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจาก “pain” ซึ่งเป็นความเจ็บปวดเฉพาะเป็นความ
เจ็บปวดของจิตใจ (Psychological pain) การฆ่าตัวตายเป็นการพยายามหนีจากความเจ็บปวด
ความเจ็บปวดเป็นสัญญาณตามธรรมชาติ ความเจ็บปวดเป็นการเตือน ชี้นำ และทำลายความเข้ม
แข็ง และความเจ็บปวดเป็นธรรมชาติที่ทำให้คนเราอยากหยุดหรือหลีกเลี่ยง ความเจ็บปวดของ
จิตใจเป็นสิ่งที่ทำร้ายจิตใจและควบคุมจิตใจทั้งหมด เป็นสิ่งที่อยู่ภายในเป็นความรู้สึกเจ็บปวดจาก
ความอาย รู้สึกผิด กลัว กระทบกระชวยใจ ว้าเหว่ เป็นทุกข์ กลัวความแก่หรือพบกับความตายที่
ไม่ดี เมื่อเกิดความเจ็บปวดในใจขึ้นและเห็นว่าเป็นความจริงที่ปฏิเสธไม่ได้ การฆ่าตัวตายจึง
เกิดขึ้นเพื่อเป็นการหยุดความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น การฆ่าตัวตายเป็นความเศร้าที่เกิดขึ้นในจิตใจ
(Sheneidman , 1997)

ทฤษฎีการฆ่าตัวตายอีกทฤษฎีหนึ่ง ซึ่ง Baumeister (1990) ได้เสนอได้แก่ การฆ่าตัวตาย
เป็นผลมาจากประสบการณ์ที่ไม่ดี การฆ่าตัวตายเป็นการหนีจาก “self” หรืออย่างน้อยจากการ
ตระหนักในตนเอง (self - awareness)

อะไรเป็นสาเหตุทางจิตวิทยาที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ซึ่งจากการทบทวนถึงสาเหตุของการ
ฆ่าตัวตายบอกว่าเป็นผลมาจากเหตุการณ์ที่สะสมกันมาอย่างยาวนานตั้งแต่ตอนเป็นเด็ก มีข้อมูลว่า
คนที่ฆ่าตัวตายมาจากพื้นฐานครอบครัวที่มีจิตพยาธิสภาพ เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง เสรั้าซึม ฆ่าตัว
ตาย เด็กได้รับการดูแลที่ไม่ดี (ทางร่างกายและทางเพศ) ครอบครัวที่ไม่ปกติ และจากประสบการณ์
ในวัยเด็กจะเป็นพวกที่มีความภูมิใจในตัวเองต่ำ ไม่มีความหวัง ทักษะในการแก้ปัญหาต่ำมา
ตั้งแต่เด็กจนถึงวัยรุ่น ซึ่งจากประสบการณ์เหล่านี้ทำให้กลายเป็นคนที่มีปัญหาด้านการทำงานของ
การกระบวนการรู้คิด (cognitive functioning) ซึ่งจะเชื่อมโยงไปสู่ความคิดในเรื่องของการฆ่าตัว
ตาย เมื่อมีเหตุการณ์รุนแรงเกิดขึ้นในชีวิต

ซึ่งอาการต่าง ๆ 4 อย่างจากทั้งหมดจะเกิดขึ้นทั้งวัน เกือบทุกวันตลอด 2 สัปดาห์ก่อนการวินิจฉัย นอกจากคนไข้จะแสดงอารมณ์ของความเศร้าแล้วยังมีลักษณะของขบวนการความคิดและแรงจูงใจที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนของอาการผิดปกติ มีความรู้สึกถึงความล้มเหลวของตนเอง และครอบครัวและรู้สึกเกลียดตัวเอง โทษตัวเอง หมกหัว

Major depressive แบ่งออกเป็น

1. melancholic type จะไม่มีความสุขหรือความสนุกสนานหรือไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความสนุกสนานหรือความปรารถนาต่าง ๆ และคนไข้จะมีอาการอย่างน้อย 3 อย่างจาก 1. ตื่นเช้ามาก ๆ 2. อาการเศร้าจะเป็นมากในตอนเช้า 3. ไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกาย 4. ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด 5. รู้สึกผิดในสิ่งที่ไม่จำเป็น 6. มีอารมณ์เศร้า ซึ่งแตกต่างจากความเศร้าที่เกิดจากการสูญเสียอะไรบางอย่าง

2. severe major depressive episode with psychotic features จะเกี่ยวข้องกับกาสูญเสียการติดต่อกับความเป็นจริง จะมีอาการของการหลงผิด (delusion) และประสาทหลอน (hallucination) ด้วย

3. mood – congruent psychotic features จะมีลักษณะของคนไร้ความสามารถ รู้สึกผิด รู้สึกว่าตัวเองสมควรที่จะถูกลงโทษ สมควรตาย เจ็บป่วย หลงผิด และอื่น ๆ

4. mood – incongruent psychotic features มีการหลงผิดซึ่งไม่สอดคล้องกับอารมณ์

5. postpartum onset อาการเศร้าที่เริ่ม 4 อาทิตย์หลังคลอด ซึ่งปัจจุบันนี้เรียกว่าเป็นการปรับตัวที่ผิดปกติ (adjustment disorder)

Bipolar Disorders

ลักษณะของ depressive และ mania ในบางครั้งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน และบางคนจะมีอาการทั้ง 2 อย่าง ใน unipolar อาการจะเริ่มจากน้อยไปหามาก และจากน้อยไปหามาก ซึ่งจะรู้จักในนามของ cyclothymia และจาก moderate ถึง severe ของความผิดปกติจะถูกเรียกว่าเป็น bipolar disorder

Cyclothymia

อย่างที่พบ mania เป็นอะไรที่ตรงข้ามกับ depressive ระดับของอารมณ์ของความตื่นเต้น อึมอึม ดีใจ จนเกินเหตุ ที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกภาคภูมิใจ เป็นใหญ่เป็นโตและความมีอำนาจ ระยะเวลาจะต่างกันไปด้วย ถ้าอยู่ในระดับน้อย ๆ จะเรียกว่า hypomania เพราะฉะนั้น Cyclothymia จะมีอาการของการมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงและมีลักษณะตรงข้ามกับ dysthymia

ใครคือคนที่ตั้งใจจะฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตาย

ใครตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย? อะไรเป็นแรงจูงใจให้ต้องการที่จะทำลายชีวิตตัวเอง? สังคมมีความเข้าใจในเรื่องการฆ่าตัวตายหรือไม่? คำถามเหล่านี้เป็นสิ่งที่เราต้องพิจารณา

ใครตั้งใจและใครที่ฆ่าตัวตาย

การตั้งใจฆ่าตัวตายเป็นปฏิกิริยาแรกของเด็กวัยรุ่น อย่างน้อยที่สุดคนที่ตั้งใจฆ่าตัวตาย 2 ใน 3 เป็นคนที่อายุต่ำกว่า 35 ปี ในสหรัฐอเมริกาผู้หญิง 3 ใน 4 ของผู้ชายที่ตั้งใจฆ่าตัวตาย และมีจำนวนเป็น 4 เท่า ของคนที่ฆ่าตัวตายที่มาจากกลุ่มคนที่มีการแยกกันอยู่หรือหย่าร้าง เมื่อเทียบกับคนที่ยังอยู่ด้วยกัน ในผู้ชายที่ฆ่าตัวตายจะทำได้สำเร็จเป็น 3 เท่าของผู้หญิง อายุที่มากที่สุดที่ฆ่าตัวตายคือ 65 และมากกว่า ในคนสูงอายุที่ฆ่าตัวตายเป็นมากกว่าครึ่งที่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งอาจเป็นผลโดยตรงหรือโดยอ้อมจาก depression ที่ทำให้เพิ่มโอกาสในการฆ่าตัวตาย ผู้หญิงมักจะฆ่าตัวตายด้วยการกินยา ส่วนผู้ชายมักจะใช้ปืนซึ่งอาจจะเป็เหตุผลที่ทำให้ผู้ชายฆ่าตัวตายได้สำเร็จมากกว่าผู้หญิง แต่ในช่วงเวลาที่ผ่านม้อัตรส่วนของผู้หญิงที่ฆ่าตัวตายและทำได้สำเร็จเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเหตุผลยังไม่แน่ชัดแต่อาจจะสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงเกี่ยวข้องกับบทบาททางเพศด้วย ในกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากคนที่มีปัญหาด้านอารมณ์ แยกกันอยู่ และหย่าร้างแล้ว ยังรวมถึงพวกพิษสุราเรื้อรังหรือจิตเภท ซึ่งเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้กลุ่มคนที่ประกอบอาชีพในฐานะ แพทย์ หมอ ฟัน นักกฎหมายและนักจิตวิทยา ที่มีอัตราในการฆ่าตัวตายเป็นสูงกว่าสาขาวิชาชีพอื่น ๆ (Holmes and Rich , 1990)

การฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่น

อัตราการฆ่าตัวตายในเด็กและวัยรุ่นเพิ่มขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เด็กอายุระหว่าง 5 - 14 ปี พบน้อยมากแต่จัดอยู่ในระดับ 7 ของสาเหตุของการตายของเด็กในวัยนี้ และโอกาสที่จะฆ่าตัวตายจะมากขึ้นถ้าเด็กสูญเสียพ่อแม่หรือถูกทำร้าย สาเหตุการฆ่าตัวตายในเด็ก ได้แก่ เศร้า (depression) ค่อด้านสังคม (anti - social) และการไม่ยั้งคิด (impulsivity) ส่วนในคนอายุ 15 - 24 ปี อัตราการฆ่าตัวตายได้สำเร็จมากเป็น 3 เท่าของกลุ่มแรก

เกิดความสงสัยว่าทำไมเด็กวัยรุ่นจึงมีโอกาที่จะฆ่าตัวตายได้สำเร็จอาจเป็นเพราะ อยู่ในระยะของ depression คีมีสุราและใช้ยา และพฤติกรรมที่ไม่ปกติหรือมีปัญหาเพิ่มมากขึ้น ซึ่งไปสัมพันธ์เกี่ยวข้องโยงกับการฆ่าตัวตาย โดยปกติแล้วเด็กวัยรุ่นจะเป็นวัยที่อ่อนไหว ความรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากปัญหาการปรับตัวในครอบครัว และความสามารถที่

ยกเว้นจะมีอาการนอนไม่หลับ และความต้องการในการนอนลดน้อยลง ลักษณะอาการจะแสดงเห็นให้อย่างน้อย 2 ปี แต่ช่วงเวลาของอาการของ hypomania และ depression จะไม่แน่นอนนอน (1 ปี สำหรับวัยรุ่น และเด็ก)

Bipolar Disorder

ถึงแม้ว่า mania และ melancholia จะเป็นที่ยุติมาตั้งแต่ศตวรรษที่ 6 แต่ในปี 1899 Kraepelin ได้ใช้คำว่า manic – depressive insanity และอธิบายอาการในฐานะของอารมณ์ที่สนุกสนานและเศร้าซึม (elation and depressive) และตรงกลางระหว่าง 2 อย่าง คือ “ปกติ” ในปัจจุบัน DSM – IV – TR เรียกการเจ็บป่วยนี้ว่า bipolar disorder

Bipolar disorder เป็นการแบ่งจาก major depression โดยอาการของ mania รวมทั้งอาการที่แสดงลักษณะของ depressive , manic และผสมกันโดยการอธิบายของตนเอง อาการที่เรียกว่าผสม (mixed) คือมีทั้ง manic และ major depression ไม่ว่าอาการที่เกิดขึ้นจะเกิดขึ้นโดยผสมกันหรือเปลี่ยนแปลงไปวันต่อวัน ถึงแม้ว่าอาการลักษณะนี้จะพบน้อยก็ตาม หรือแม้ว่าคนไข้ อาจจะมีแต่อาการของ mania แต่มีพฤติกรรมที่อาจมีลักษณะของ cyclothymia หรือ bipolar disorder เหมือนกับ unipolar major depression ที่ bipolar disorder ที่อาการอาจจะกลับมาเป็นอีก ซึ่งอาการอาจจะกลับมาเป็นฤดูกาล ซึ่งจะถูกวินิจฉัยว่า bipolar disorder with a seasonal pattern

Manic symptoms ใน bipolar disorder มีแนวโน้มที่จะรุนแรงซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เป็นปัญหาต่ออาชีพและสังคมของคนไข้ คนที่มีอาการของ mania แล้วมีโอกาสที่จะมีอาการมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องของอารมณ์ ซึ่งอาจจะแสดงออกได้ง่ายและรุนแรงโดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาที่คนอื่นปฏิเสธไม่เห็นด้วยกับสิ่งที่ต้องการ ซึ่งอารมณ์รุนแรงจะแสดงออกอย่างน้อย 1 สัปดาห์ นอกจากนี้แล้วยังมีอาการต่อไปนี้ในเวลาเดียวกัน 3 อย่างหรือมากกว่า มีการแสดงออกทางการไม่พักผ่อน มีกิจกรรมการแสดงออกทางสภาวะจิตที่รุนแรง อาจมีอาการของ “flight of ideas” หรือความคิดที่รุนแรง ว้าวุ่น มีระดับของการพูดการเขียนที่สูงขึ้น ความต้องการการนอนหลับลดลง และที่จะพบมากจนเป็นธรรมดา คือ รู้สึกถึงความภาคภูมิใจในตนเองสูง และเมื่อเป็นมากขึ้นจะมีอาการของการหลงผิด โดยเฉพาะการหลงผิดคิดว่าตนเองยิ่งใหญ่ (delusion of grandeur) การควบคุมตัวเองหรือจากสังคมเสียไป คนไข้จะมีพฤติกรรมหมกมุ่นเรื่องความเจ็บปวดหรือความบกพร่องต่าง ๆ ทั้งทางด้านธุรกิจ ความสนุกสนาน และมีกิจกรรมทางเพศโดยไม่ยั้งคิด และได้มีรายงานของคนไข้ manic 237 คน ที่มีอาการผสมระหว่าง manic กับ depress โดยมีความกระวน-

กระวนใจ (anxiety) รู้สึกผิด (guilt) รวมทั้งมีความคิดในการฆ่าตัวตาย (Cassidy, 1998) ในคนไข้ที่มีอาการ depress จะไม่อาจวินิจฉัยได้ถ้าไม่เคยมีอาการ mania จนกว่าจะมีอย่างน้อย 1 ครั้ง ในคนไข้ที่มีอาการ depress 10-13% ที่มี mania หรือ hypomania อยู่ด้วย

Schizoaffective Disorder

ในคนไข้ที่มีอาการของความผิดปกติทางอารมณ์ทั้งแบบ major depression หรือ bipolar disorder และสภาวะจิตใจและความคิดหลุดออกจากความเป็นจริง จะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น schizoaffective disorder ใน DSM-IV-TR คนไข้ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้อาจเป็นช่วงเวลาที่คนไข้มีอาการของทั้ง unipolar และ bipolar และมีอาการของ schizophrenia รวมด้วยอีกอย่างน้อย 2 อย่าง (เช่น ประสาทหลอนและหลงผิด) อาการของ schizoaffective จะดูดีกว่า schizophrenial แต่ก็ดูแยกว่าอาการของ mood disorder อื่น ๆ

การฆ่าตัวตาย (Suicide)

โอกาสของการฆ่าตัวตายในคนไข้ depress เป็นปัญหาสำคัญซึ่งบางครั้งคนที่ฆ่าตัวตายอาจจะมาจากสาเหตุ ซึ่งที่ไม่ใช่เป็นผลจากระดับ depression ประมาณ 50% ของคนที่ฆ่าตัวตายและทำได้สำเร็จจะเป็นคนที่อยู่ในช่วงที่มีอาการของ depress หรือระยะที่อาการกำลังจะมีขึ้น ถึงแม้ว่าคนที่ฆ่าตัวตายเพราะสาเหตุอื่นจะมีน้อยกว่าคนที่ปัญหาทางจิต แต่คนที่มีอาการของ depression มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่ไม่มีอาการถึง 20 เท่า และพบว่าโดยประมาณมากกว่า 90% ของคนที่ฆ่าตัวตายจะเป็นผลมาจากกรทุข์ทรมาน จากอาการทางจิตเวช

ประเทศทางตะวันตก การฆ่าตัวตายเป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการตายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสหรัฐอเมริกา (30,000 คน ต่อปี) (Silverman 1997) จากสถิติไม่ได้ช่วยให้จำนวนคนที่ฆ่าตัวตายลดลงเพราะคนที่ฆ่าตัวตายคือคนที่คิดว่าตนเองมีปัญหาในการมีชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งความคิดนี้จะเกิดขึ้นเมื่อคน ๆ นั้นอยู่คนเดียวและอยู่ในระยะที่มีความเครียดอย่างรุนแรง หรือไม่สามารถมองเห็นปัญหาอย่างมีเหตุผลหรือประเมิน แล้วว่าไม่มีทางเลือกทางอื่น หรือจากความคิดที่ว่าความตายของตนจะเป็นสิ่งที่มีผลต่อภาพที่อยู่ข้างหลัง และจากการศึกษาจากคนที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จะพบว่าสาเหตุหนึ่งของการฆ่าตัวตายคือการสูญเสียคนรัก