

Ligne directrice sur l'admissibilité

Troubles bipolaires et troubles connexes

Date de révision : 22 janvier 2025

Date de création : mai 2011

Codes CIM-11 : 6A60, 6A6Z, 6A61

Code médical d'ACC : 00608 trouble bipolaire

Définition

Troubles bipolaires et troubles connexes est une catégorie d'affections du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition – texte révisé (DSM-5-TR)*. Les caractéristiques communes des troubles bipolaires et des troubles connexes sont des changements importants sur le plan de l'humeur, de l'énergie, des pensées et des comportements. Les troubles bipolaires et connexes sont des troubles épisodiques de l'humeur définis par l'apparition d'épisodes ou de symptômes maniaques, mixtes ou hypomaniaques. Ces épisodes alternent habituellement avec des épisodes dépressifs ou des périodes de symptômes dépressifs.

Aux fins de la présente ligne directrice sur l'admissibilité (LDA), les troubles bipolaires et connexes suivants sont compris :

- trouble bipolaire I
- trouble bipolaire II
- trouble cyclothymique.

Remarque :

- Les troubles bipolaires et connexes, autres que ceux énumérés, peuvent être pris en considération. Toutefois, la décision quant au trouble doit se prendre en fonction du bien-fondé de la demande et des éléments de preuve fournis. Il est recommandé de consulter un consultant en matière d'invalidité ou au conseiller médical.
- S'il est allégué qu'une substance, un médicament ou une autre affection médicale générale est lié à l'apparition clinique ou à l'aggravation d'un trouble bipolaire et connexe, il est recommandé de consulter un consultant en matière d'invalidité ou au conseiller médical.

Norme diagnostique

Un diagnostic doit avoir été posé par un médecin qualifié (un médecin de famille ou un psychiatre), une infirmière praticienne ou un psychologue agréé. Le diagnostic est fondé sur un examen clinique.

Le diagnostic est fondé sur un examen clinique. Les documents à l'appui doivent être aussi complets que possible.

Caractéristiques cliniques

La physiopathologie des troubles bipolaires et des troubles connexes indique qu'il existe des considérations et des liens particuliers entre les gènes, l'environnement et les symptômes qui correspondent aux troubles bipolaires et connexes. Toutefois, aucun aspect des troubles bipolaires et des troubles connexes à lui seul n'est suffisant pour le développement d'un trouble bipolaire et de troubles connexes, car ces aspects interviennent à divers niveaux pour contribuer à l'apparition et à la progression du trouble bipolaire et des troubles connexes.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) a montré qu'il existe des transformations cérébrales sous-jacentes associées au trouble bipolaire. La neuro-imagerie structurale et fonctionnelle montre des anomalies dans le circuit neuronal du traitement des émotions et des récompenses chez les personnes atteintes d'un trouble bipolaire, comparativement aux personnes qui ne présentent pas de trouble bipolaire.

La recherche en IRM du cerveau a révélé des modèles répandus d'épaisseur du cortex inférieure, de volume sous-corticaux et de perturbation de l'intégrité de la substance blanche associée au trouble bipolaire. Il reste des défis à relever pour cerner des biomarqueurs puissants et reproductibles afin de mieux comprendre la neurobiologie du trouble bipolaire et des troubles connexes.

Considérations biologiques : La génétique affecte fortement la prédisposition d'une personne de développer un trouble bipolaire ou des troubles connexes. Un nombre croissant de variantes génétiques ont été associées au trouble bipolaire. Des analyses génomiques ont révélé que des centaines de variantes génétiques courantes sont associées de façon fiable à de nombreux troubles psychiatriques, y compris le trouble bipolaire. Certaines études sur les jumeaux ont estimé que l'hérédité du trouble bipolaire est d'environ 90 %. Des études réalisées sur des jumeaux identiques montrent des taux de concordance inférieurs à 100 %, ce qui indique que les gènes à eux seuls n'expliquent pas le risque et que des facteurs environnementaux ou d'autres types de facteurs sont également en cause.

Considérations environnementaux : L'adversité pendant l'enfance influence le risque de développer un trouble bipolaire et semble prédisposer les personnes à l'apparition précoce du trouble bipolaire. La consommation de cannabis et d'autres substances est associée à l'apparition de premiers symptômes maniaques dans la

population générale, ainsi qu'à l'aggravation des symptômes maniaques chez les personnes qui ont reçu un diagnostic de trouble bipolaire.

Le trouble bipolaire touche presque autant les personnes de sexe masculin que les personnes de sexe féminin, mais il existe d'importantes différences dans la façon dont il se présente entre les sexes. Bien que les études montrent généralement qu'il n'existe aucune différence importante dans la prévalence globale du trouble bipolaire entre les sexes, les personnes de sexe féminin sont plus susceptibles d'avoir un trouble bipolaire de type II, des cycles rapides et des épisodes mixtes. Un facteur clé pour les personnes de sexe féminin est l'incidence d'événements liés à la reproduction, en particulier l'accouchement, qui peuvent déclencher des épisodes graves du trouble. Les personnes de sexe féminin qui ont un trouble bipolaire ont souvent des changements d'humeur plus rapides, des épisodes dépressifs et un risque de tentative de suicide plus élevé que les personnes de sexe masculin, qui meurent plus souvent par suicide. De plus, les personnes de sexe masculin sont plus susceptibles d'avoir d'abord un épisode maniaque, tandis que les personnes de sexe féminin sont plus susceptibles d'avoir d'abord un épisode dépressif. Les défis posés par un trouble bipolaire pendant la grossesse sont importants, car les personnes de sexe féminin ont un risque plus élevé de résultats négatifs et de rechutes après l'accouchement.

Ensemble de critères

Les critères du trouble bipolaire et de trouble connexe sont tirés du *DSM-5-TR*. Le diagnostic commence par le diagnostic des changements d'humeur et exige une connaissance des ensembles de critères pour un [épisode maniaque](#), un [épisode hypomaniaque](#), un [épisode dépressif majeur](#), un [trouble bipolaire I](#), un [trouble bipolaire II](#) et un [trouble cyclothymique](#). Le diagnostic exige également que les cliniciens excluent d'autres troubles pertinents.

La présente LDA fournit les critères de diagnostic du *DSM-5-TR*; toutefois, la [Classification internationale des maladies, 11^e édition \(CIM-11\)](#) est également considérée comme une norme diagnostique acceptable.

Ensemble de critères pour les épisodes maniaques

Critère A

Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante (euphorie, enthousiasme ou irritabilité) et durant laquelle l'activité et l'énergie augmentent de façon anormale et persistante, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire), pratiquement toute la journée, et presque tous les jours.

Critère B

Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et de l'augmentation de l'énergie et de l'activité, au moins trois des symptômes suivants (quatre si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité suffisante et ont représenté un changement perceptible par rapport au comportement habituel :

1. augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
2. réduction du besoin de sommeil (p. ex. la personne se sent reposée après seulement trois heures de sommeil)
3. plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment
4. fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent
5. distractibilité (p. ex. l'attention est trop facilement attirée par des stimulus extérieurs sans importance ou insignifiants), signalée par la personne ou observée par les autres
6. augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice (p ex. une activité non orientée vers un but précis)
7. engagement excessif dans des activités agréables, mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

Critère C

La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour la personne ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.

Critère D

L'épisode n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à utilisation, médicament ou autre traitement) ou d'une autre affection médicale.

Remarque : Un épisode maniaque complet qui survient pendant le traitement antidépresseur (p. ex. médicament, thérapie électroconvulsive), mais qui persiste à un niveau caractéristique du trouble au-delà de l'effet physiologique de ce traitement, constitue une preuve suffisante d'un épisode maniaque et, par conséquent, un diagnostic de bipolarité I peut être confirmé.

Remarque : Les critères A à D constituent un épisode maniaque. Pour recevoir un diagnostic du trouble bipolaire I, les personnes doivent avoir vécu au moins un épisode maniaque au cours de leur vie.

Ensemble de critères pour les épisodes hypomaniaques

Critère A

Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante (euphorie, enthousiasme ou irritabilité) et durant laquelle l'activité orientée vers un but et l'énergie augmentent de façon anormale et persistante, pendant au moins quatre jours consécutifs, pratiquement toute la journée, et presque tous les jours.

Critère B

Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et de l'augmentation de l'énergie et de l'activité, au moins trois des symptômes suivants (quatre si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité suffisante et ont représenté un changement perceptible par rapport au comportement habituel :

1. augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
2. réduction du besoin de sommeil (p. ex. la personne se sent reposée après seulement trois heures de sommeil)
3. plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment
4. fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
5. distractibilité (p. ex. l'attention est trop facilement attirée par des stimulus extérieurs sans importance ou insignifiants), signalée par la personne ou observée par les autres
6. augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice
7. engagement excessif dans des activités agréables, mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

Critère C

L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique.

Critère D

La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.

Critère E

La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter l'hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est maniaque, par définition.

Critère F

L'épisode n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à utilisation, médicament ou autre traitement).

Remarque : Un épisode hypomaniaque complet qui survient pendant le traitement antidépresseur (p. ex. médicament, thérapie électroconvulsive), mais qui persiste à un niveau caractéristique du trouble au-delà de l'effet physiologique de ce traitement, constitue une preuve suffisante pour un diagnostic d'épisode hypomaniaque. Toutefois, il faut faire preuve de prudence afin qu'un ou deux symptômes (particulièrement une irritabilité, une nervosité ou une agitation accrue à la suite de l'utilisation d'antidépresseurs) ne soient pas considérés comme suffisants pour établir un diagnostic d'épisode hypomaniaque. De plus, ils ne sont pas nécessairement des signes de diathèse bipolaire.

Remarque : Les critères A à F constituent un épisode hypomaniaque. Les épisodes hypomaniaques sont courants dans le trouble bipolaire I, mais ne sont pas nécessaires pour établir un diagnostic de trouble bipolaire I.

Ensemble de critères pour les épisodes dépressifs majeurs

Critère A

Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

Remarque : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement attribuables à un autre problème de santé.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. elle se sent triste, vide ou désespérée) ou observée par les autres (p. ex. elle semble larmoyante).
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

3. Perte ou prise de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel de plus de 5 % en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire des reproches ou avoir honte d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Critère B

Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Critère C

L'épisode n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.

Remarque :

- Le critère A à C constitue un épisode dépressif majeur. Les épisodes dépressifs majeurs sont courants dans le trouble bipolaire I, mais ne sont pas nécessaires pour établir un diagnostic de trouble bipolaire I.
- Les réactions à une perte importante (p. ex. deuil, ruine financière, pertes attribuables à une catastrophe naturelle, trouble médical sérieux ou invalidité grave) peuvent se manifester par des sentiments intenses de tristesse, des pensées récurrentes concernant la perte, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, comme il est mentionné au critère A, qui peuvent ressembler aux symptômes d'un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme étant appropriés face à la perte, la présence d'un épisode dépressif majeur en plus de la réaction normale à une perte importante doit également faire l'objet d'une attention particulière. Cette décision requiert inévitablement l'exercice d'un jugement clinique fondé sur les antécédents de la personne et les normes culturelles en ce qui concerne l'expression de la détresse dans le contexte de la perte subie.

Ensemble de critères pour le trouble bipolaire I

Critère A

Les critères sont remplis pour au moins un épisode maniaque (critères A à D de la partie « [épisode maniaque](#) » ci-dessus).

Critère B

Au moins un épisode maniaque n'est pas mieux expliqué par le trouble schizoaffectif et n'est pas surajouté à une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou d'autres troubles du spectre de la schizophrénie et d'autres troubles psychotiques précisés et non précisés.

Ensemble de critères pour le trouble bipolaire II

Pour un diagnostic de trouble bipolaire II, la personne doit répondre aux critères suivants pour un épisode hypomaniaque actuel ou passé et aux critères suivants pour un épisode dépressif majeur actuel ou passé :

Critère A

Les critères sont remplis pour au moins un épisode hypomaniaque (critères A à F de la partie « Épisode hypomaniaque ci-dessus) et au moins un épisode dépressif majeur (critères A à C de la partie [épisode dépressif majeur](#) ci-dessus).

Critère B

La personne n'a jamais vécu d'épisode maniaque.

Critère C

Au moins un épisode hypomaniaque et au moins un épisode dépressif majeur ne sont pas mieux expliqués par le trouble schizoaffectif et ne sont pas surajoutés à une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou d'autres troubles du spectre de la schizophrénie et d'autres troubles psychotiques précisés et non précisés.

Critère D

Les symptômes de la dépression ou l'imprévisibilité causée par l'alternance fréquente entre les périodes de dépression et les périodes hypomaniaques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Ensemble de critères pour le trouble cyclothymique

Critère A

Pendant au moins deux ans, il y a eu de nombreuses périodes où des symptômes hypomaniaques étaient présents sans répondre aux critères d'un épisode hypomaniaque ou il y a eu de nombreuses périodes où des symptômes de dépression étaient présents sans répondre aux critères d'un épisode dépressif majeur.

Critère B

Au cours de la période de deux ans susmentionnée, les symptômes du critère A étaient présents pendant au moins la moitié du temps, et la personne n'a pas connu un intervalle d'au moins deux mois sans symptômes.

Critère C

Les critères d'un épisode dépressif majeur, d'un épisode maniaque ou d'un épisode hypomaniaque n'ont jamais été remplis.

Critère D

Les symptômes évoqués au critère A ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou d'autres troubles du spectre de la schizophrénie et d'autres troubles psychotiques spécifiés et non spécifiés.

Critère E

Les symptômes ne sont pas attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à utilisation, médicament ou autre traitement) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie).

Critère F

Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Considérations liées à l'admissibilité

Section A : Causes et/ou aggravation

Facteurs causaux ou aggravants par rapport à des facteurs prédisposants

Les facteurs causaux ou aggravants entraînent directement la manifestation ou l'aggravation de l'affection psychiatrique qui fait l'objet de la demande.

Les facteurs prédisposants rendent une personne plus susceptible de développer l'affection faisant l'objet de la demande. Il s'agit d'expériences ou d'expositions qui ont une incidence sur la capacité de la personne à faire face au stress. Par exemple, des antécédents de violence grave durant l'enfance peuvent être un facteur prédisposant à l'apparition d'un trouble psychiatrique important plus tard dans la vie. Ces facteurs n'ont pas pour effet de causer une affection faisant l'objet d'une demande. L'admissibilité partielle ne devrait pas être envisagée pour les facteurs prédisposants.

Les symptômes physiques ou constitutionnels sont fréquents chez les personnes ayant un diagnostic psychiatrique et sont souvent associés à une détresse psychologique. Les symptômes de santé physique et mentale sont souvent concomitants. Les symptômes physiques associés aux troubles psychiatriques sont tenus en compte dans la détermination de l'admissibilité/l'évaluation. Cependant, une fois qu'un symptôme devient un diagnostic distinct, le nouveau diagnostic devient une prise en compte distincte de l'admissibilité.

Aux fins de l'admissibilité à Anciens Combattants Canada (ACC), on considère que les [facteurs](#) suivants causent ou aggravent les conditions énumérées dans la [section des définitions](#) de la présente LDA, et peuvent être pris en considération avec les éléments de preuve pour aider à établir un lien avec le service. Les facteurs énumérés dans la section A ont été déterminés sur la base d'une analyse de la littérature scientifique et médicale actualisée, ainsi que des meilleures pratiques médicales fondées sur des données probantes. Des facteurs autres que ceux énumérés à la section A peuvent être pris en considération, mais il est recommandé de consulter un conseiller en invalidité ou un conseiller médical.

Les conditions énoncées ci-dessous sont fournies à titre indicatif. Dans chaque cas, la décision doit être prise en fonction du bien-fondé de la demande et des éléments de preuve fournis.

Facteurs

1. Vivre directement un **événement traumatisant** au cours de l'année précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble bipolaire et connexe.

Les événements traumatisants comprennent, sans s'y limiter :

- le fait d'être exposé au combat militaire
- le fait de recevoir des menaces d'agression ou de subir des agressions physiques réelles
- le fait de recevoir des menaces ou de subir des violences sexuelles réelles
- le fait d'être enlevé
- le fait d'être pris en otage
- le fait d'être victime d'une attaque terroriste
- le fait d'être torturé
- le fait d'être incarcéré comme prisonnier de guerre
- le fait d'être victime d'un désastre naturel ou causé par l'humain
- le fait d'être victime d'un grave accident de véhicule automobile
- le fait d'avoir tué ou blessé une personne.

2. **Être témoin, en personne**, d'un événement qui est arrivé à une autre personne au cours de l'année précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble bipolaire et connexe.

Les événements traumatisants dont la personne est témoin peuvent comprendre, sans toutefois s'y limiter :

- la menace ou la blessure grave d'une autre personne
- la mort non naturelle d'une autre personne
- la violence physique ou sexuelle infligée à une autre personne
- une catastrophe médicale affligeant un membre de sa famille ou un ami proche.

3. Être exposé **de manière répétée ou extrême** à des détails horrifiants d'un événement traumatisant au cours de l'année précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble bipolaire et connexe.

Les expositions comprennent, sans toutefois s'y limiter :

- le fait de voir ou de ramasser des restes humains
- le fait d'être témoin de l'évacuation de personnes grièvement blessées ou d'y participer
- le fait d'être exposé de manière répétée aux détails d'actes de violence ou d'atrocités infligées à d'autres personnes
- des répartiteurs exposés à des événements traumatisants violents ou accidentels.

Remarque : Le facteur trois s'applique à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos uniquement si cela est lié au travail.

4. Vivre ou travailler dans un **environnement hostile ou mettant sa vie en danger** pour une période d'au moins quatre semaines précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble bipolaire et connexe.

Les situations ou environnements où le danger de mort ou de blessure est omniprésent peuvent comprendre :

- le fait de vivre sous la menace d'une attaque d'artillerie, de missile, à la roquette, de mines ou à la bombe
- le fait de vivre sous la menace d'une attaque nucléaire, ou avec un agent biologique ou chimique
- le fait de participer à des combats ou à des patrouilles de combat.

5. Vivre le décès d'un **membre de sa famille ou d'un ami proche** au cours de l'année précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble bipolaire et connexe.

Remarque : La relation entre les personnes qui occupent un rôle de leadership et leurs subordonnés doit être considérée comme une relation de famille ou d'ami proche.

6. Vivre un **événement stressant** au cours de l'année précédant l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble bipolaire et connexe.

Les événements considérés comme étant des événements stressants peuvent comprendre :

- le fait d'être isolé socialement et incapable de maintenir des liens avec ses amis ou sa famille en raison de l'éloignement physique, des barrières linguistiques, d'une incapacité ou d'une maladie physique ou mentale
- le fait d'éprouver des difficultés dans une relation à long terme (p.ex., la rupture d'une relation personnelle étroite, le besoin d'obtenir du counseling sur le plan matrimonial ou relationnel, une séparation conjugale ou un divorce)
- le fait d'éprouver des craintes au travail ou à l'école, notamment être dans une situation de conflit persistante avec ses collègues de travail ou ses camarades de classe, ressentir un manque de soutien social au travail ou à l'école, ressentir un manque de contrôle lorsqu'il s'agit de réaliser des tâches ou de faire face à de lourdes charges de travail ou être victime d'intimidation au travail ou à l'école
- le fait d'avoir de graves problèmes juridiques, notamment être détenu ou placé sous garde, avoir constamment affaire aux autorités policières pour non-respect de la loi ou se présenter devant les tribunaux en raison de problèmes juridiques personnels
- le fait d'éprouver de graves difficultés financières, notamment la perte d'un emploi, de longues périodes de chômage, une forclusion ou une faillite
- le fait d'avoir un membre de sa famille ou un ami proche dont l'état de santé se détériore rapidement

- le fait d'être le soignant à temps plein d'un membre de la famille ou d'un proche atteint d'une déficience physique ou mentale ou d'un trouble du développement grave.
7. Le facteur survient dans l'année qui suit la **naissance** au moment de l'apparition clinique ou de l'aggravation d'un trouble bipolaire et connexe.
 8. Être atteint d'un **trouble lié à l'utilisation de substances** au moment de l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble bipolaire et connexe.
 9. Être atteint d'un **trouble lié à la consommation d'alcool** au moment de l'apparition clinique ou l'aggravation d'un trouble bipolaire et connexe.
 10. Être dans l'incapacité d'obtenir le **traitement clinique approprié** d'un trouble bipolaire et connexe.

Section B : Affections dont il faut tenir compte dans la détermination de l'admissibilité/l'évaluation

La section B fournit une liste des affections diagnostiquées qu'ACC prend en considération dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation de troubles bipolaires et troubles connexes.

- [État de stress post-traumatique](#)
- Tous les autres troubles bipolaires et connexes
- Tous les autres troubles liés à des traumatismes et des facteurs de stress
- [Troubles anxieux](#)
- [Troubles dépressifs](#)
- Troubles dissociatifs
- [Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments](#)
- [Trouble de l'adaptation](#)
- Troubles neurodéveloppementaux
 - Trouble du déficit de l'attention/hyperactivité
- Troubles obsessionnels-compulsifs et connexes
- Trouble douloureux (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition – Texte révisé [DSM-4-TR]* diagnostic de troubles de l'Axe I)
- Trouble à symptomatologie somatique avec douleur prédominante (antérieurement trouble douloureux dans le *DSM-4-TR*)
- Troubles de la personnalité
- [Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques](#)
- Troubles du rythme veille-sommeil
 - Trouble de l'insomnie
 - Trouble de l'hypersomnolence
- [Troubles liés à l'utilisation de substances](#)

Remarque :

- Si des affections précises sont énumérées pour une catégorie, seules ces affections sont incluses dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation de troubles bipolaires et troubles connexes. Autrement, toutes les affections de la catégorie sont incluses dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation de troubles bipolaires et troubles connexes.
- Une admissibilité distincte est requise pour toute affection figurant dans le *DSM-5-TR* qui n'est pas incluse dans la section B de la présente LDA.
- Les troubles à symptomatologie somatique et apparentés, comme le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnel (trouble de conversion), le trouble à symptomatologie somatique, la crainte excessive d'avoir une maladie et le syndrome de détresse physique (diagnostic *CIM-11*), sont admissibles séparément et évalués individuellement.

Section C : Affections courantes pouvant découler, en totalité ou en partie, de troubles bipolaires et troubles connexes et/ou de leur traitement

La section C est une liste des affections qui peuvent être causées ou aggravées par des troubles bipolaires et troubles connexes ou leur traitement. Les affections énumérées à la section C ne sont pas incluses dans la détermination de l'admissibilité et l'évaluation de troubles bipolaires et troubles connexes. Une décision relativement à l'admissibilité consécutive peut être prise si le bien-fondé de la demande et les éléments de preuve médicale fournis du cas appuient une relation corrélative.

Les affections autres que celles énumérées à la section C peuvent également être prises en considération; il est recommandé de consulter un consultant en matière d'invalidité ou au conseiller médical.

- [Apnée obstructive du sommeil](#)
- [Bruxisme](#)
- [Cardiopathie ischémique](#)
- [Dysfonction sexuelle](#)
- Mouvement involontaire des membres
- Syndrome des jambes sans repos
- Syndrome du côlon irritable
- [Trouble de l'hypofonction des glandes salivaires \(xérostomie\)](#)

S'il est allégué que le médicament prescrit en vue de traiter le trouble bipolaire ou le trouble connexe a causé, en tout ou en partie, l'apparition clinique ou l'aggravation d'une affection, il faut établir les faits suivants :

- Le médicament était prescrit pour traiter le trouble bipolaire ou le trouble connexe.

- La personne prenait déjà le médicament au moment de l'apparition clinique ou de l'aggravation de l'affection à laquelle la prise du médicament est attribuée.
- La littérature médicale actuelle corrobore le fait que l'apparition clinique ou l'aggravation de l'affection peut découler de la prise du médicament.
- Le médicament est prescrit à long terme de façon continue et ne peut raisonnablement être remplacé par un autre médicament, ou le médicament est connu pour ses effets persistants après l'arrêt du traitement.

Remarque : Un médicament peut faire partie d'une catégorie de médicaments. Un médicament peut produire des effets différents de ceux du groupe auquel il appartient. Ce sont les effets du médicament lui-même qui devraient être pris en compte.

Liens

Directives et politiques connexes d'ACC :

- [Bruxisme – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Cardiopathie ischémique - Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Dysfonction sexuelle - Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [État de stress post-traumatique \(ÉSPT\) - Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Schizophrénie - Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles anxieux - Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Trouble de l'adaptation - Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Trouble de l'hypofonction des glandes salivaires \(xérostomie\) - Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles dépressifs - Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Trouble des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles liés à l'utilisation de substances - Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Troubles respiratoires du sommeil – Lignes directrices sur l'admissibilité](#)
- [Indemnité pour douleur et souffrance - Politiques](#)
- [Demandes de pension d'invalidité de la Gendarmerie royale canadienne - Politiques](#)
- [Admissibilité double – Prestations d'invalidité - Politiques](#)
- [Détermination d'une invalidité - Politiques](#)
- [Prestations d'invalidité versées à l'égard du service en temps de paix – Principe d'indemnisation - Politiques](#)
- [Prestations d'invalidité versées à l'égard du service en temps de guerre et du service spécial – Principe d'assurance - Politiques](#)
- [Invalidité consécutive à une blessure ou maladie non liée au service - Politiques](#)

- [Invalidité consécutive - Politiques](#)
- [Bénéfice du doute - Politiques](#)

Références compter à 22 janvier 2025

Disponible en anglais seulement

Anttila, V., Bulik-Sullivan, B., Finucane, H. K., Walters, R. K., Bras, J., Duncan, L., Escott-Price, V., Falcone, G. J., Gormley, P., Malik, R., Patsopoulos, N. A., Ripke, S., Wei, Z., Yu, D., Lee, P. H., Turley, P., Grenier-Boley, B., Chouraki, V., Kamatani, Y., ... Brainstorm Consortium (2018). Analysis of shared heritability in common disorders of the brain. *Science*, 360(6395).

<https://doi.org/10.1126/science.aap8757>

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders- text revision* (4th ed., text rev.).

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.).

American Psychiatric Association (Ed.). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (5th ed., text rev.).

Australian Government. (2009). *Statement of Principles concerning bipolar disorder (Balance of Probabilities) (No. 28 of 2009)*. [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government. (2009). *Statement of Principles concerning bipolar disorder (Reasonable Hypothesis) (No. 27 of 2009)*. [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government. (2018). *Statement of Principles concerning bipolar disorder (Balance of probabilities) (No. 54 of 2018)*. [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Australian Government. (2018). *Statement of Principles concerning bipolar disorder (Reasonable Hypothesis) (No. 53 of 2018)*. [SOPs - Repatriation Medical Authority](#)

Bipolar disorder: Clinical and neurobiological foundations. (2013). Wiley.

Bland, R.C., Newman, S.C., & Orn, H. (1988a). Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*, 338, 24–32. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1988.tb08545.x>

Bland, R.C., Orn, H., & Newman, S.C. (1988b). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*, 338, 24–32. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1988.tb08544.x>

Blosnich, J., Foyne, M. M., & Shipherd, J. C. (2013). Health Disparities Among Sexual Minority Women Veterans. *Journal of Women's Health*, 22(7), 631–636. <https://doi.org/10.1089/jwh.2012.4214>

Blosnich, J. R., Gordon, A. J., & Fine, M. J. (2015). Associations of sexual and gender minority status with health indicators, health risk factors, and social stressors in a national sample of young adults with military experience. *Annals of Epidemiology*, 25(9), 661–667. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2015.06.001>

Blumberg, H. P., Krystal, J. H., Bansal, R., Martin, A., Dziura, J., Durkin, K., Martin, L., Gerard, E., Charney, D. S., & Peterson, B. S. (2006). Age, rapid-cycling, and pharmacotherapy effects on ventral prefrontal cortex in bipolar disorder: A

cross-sectional study. *Biological Psychiatry*, 59(7), 611-618.

<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.08.031>

Buoli, M., Serati, M., & Altamura, A. C. (2017). Biological aspects and candidate biomarkers for rapid-cycling in bipolar disorder: A systematic review. *Psychiatry Research*, 258, 565-575.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.059>

Carbone, J. T., Holzer, K. J., Vaughn, M. G., & DeLisi, M. (2020). Homicidal Ideation and Forensic Psychopathology: Evidence From the 2016 Nationwide Emergency Department Sample (NEDS). *Journal of Forensic Sciences*, 65(1), 154–159.

<https://doi.org/10.1111/1556-4029.14156>

Chan, P. K. (2016). Mental health and sexual minorities in the Ohio Army National Guard [Case Western Reserve University School of Graduate Studies].

http://rave.ohiolink.edu/etdc/view?acc_num=case1458924994

Chang, C. J., Fischer, I. C., Depp, C. A., Norman, S. B., Livingston, N. A., & Pietrzak, R. H. (2023). A disproportionate burden: Prevalence of trauma and mental health difficulties among sexual minority versus heterosexual U.S. military veterans. *Journal of Psychiatric Research*, 161, 477–

482. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.03.042>

Chin, S., Carlucci, S., McCuaig Edge, H. J., & Lu, D. (2022). Health differences by entry stream among Canadian Armed Forces officer cadets. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 8(3), 45–57. <https://doi.org/10.3138/jmvfh-2021-0124>

Ching, C. R. K., Hibar, D. P., Gurholt, T. P., Nunes, A., Thomopoulos, S. I., Abé, C., Agartz, I., Brouwer, R. M., Cannon, D. M., de Zwarte, S. M. C., Eyer, L. T., Favre, P., Hajek, T., Haukvik, U. K., Houenou, J., Landén, M., Lett, T. A., McDonald, C., Nabulsi, L.,

- Patel, Y., ... ENIGMA Bipolar Disorder Working Group (2022). What we learn about bipolar disorder from large-scale neuroimaging: Findings and future directions from the ENIGMA Bipolar Disorder Working Group. *Human Brain Mapping, 43*(1), 56–82. <https://doi.org/10.1002/hbm.25098>
- Cochran, B. N., Balsam, K., Flentje, A., Malte, C. A., & Simpson, T. (2013). Mental Health Characteristics of Sexual Minority Veterans. *Journal of Homosexuality, 60*(2–3), 419–435. <https://doi.org/10.1080/00918369.2013.744932>
- Dell'Osso, B., Cafaro, R., & Ketter, T. A. (2021). Has Bipolar Disorder become a predominantly female gender related condition? Analysis of recently published large sample studies. *International Journal of Bipolar Disorders, 9*(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s40345-020-00207-z>
- DellOsso, B., Cremaschi, L., Macellaro, M., & Cafaro, R. (. (2022). Gender and Sex Issues in Bipolar Disorder. *Psychiatric Times, 39*(6), 36–38.
- Diflorio, A., & Jones, I. (2010). Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. *International Review of Psychiatry, 22*(5), 437–452. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.514601>
- Gandal, M. J., Haney, J. R., Parikshak, N. N., Leppa, V., Ramaswami, G., Hartl, C., Schork, A. J., Appadurai, V., Buil, A., Werge, T. M., Liu, C., White, K. P., Commonmind Consortium, Psychencode Consortium, Ipsych-Broad Working Group, Horvath, S., & Geschwind, D. H. (2018). Shared molecular neuropathology across major psychiatric disorders parallels polygenic overlap. *Science, 359*(6376), 693–697. <https://doi.org/10.1101/040022>

- Ganzola, R., & Duchesne, S. (2017). Voxel-based morphometry meta-analysis of gray and white matter finds significant areas of differences in bipolar patients from healthy controls. *Bipolar Disorders*, *19*(2), 74–83. <https://doi.org/10.1111/bdi.12488>
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression* (Vol. 2). Oxford University Press.
- Gorman, K. R., Kearns, J. C., Pantalone, D. W., Bovin, M. J., Keane, T. M., & Marx, B. P. (2022). The impact of deployment-related stressors on the development of PTSD and depression among sexual minority and heterosexual female veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *14*(5), 747–750. <https://doi.org/10.1037/tra0001102>
- Grant, B.F., Stinson, F.S., Hasin, D.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J., & Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, *66*, 1205–1215. <https://doi.org/10.4088/JCP.v66n1001>
- Gressier, F., Calati, R., & Serretti, A. (2016). 5-HTTLPR and gender differences in affective disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *190*, 193–207. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.027>
- Hajek, T., Cullis, J., Novak, T., Kopecek, M., Blagdon, R., Propper, L., Stopkova, P., Duffy, A., Hoschl, C., Uher, R., Paus, T., Young, L. T., & Alda, M. (2013). Brain structural signature of familial predisposition for bipolar disorder: Replicable evidence for involvement of the right inferior frontal gyrus. *Biological Psychiatry*, *73*(2), 144–152. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.06.015>

- Hajek, T., Kopecek, M., Höschl, C., & Alda, M. (2012). Smaller hippocampal volumes in patients with bipolar disorder are masked by exposure to lithium: A meta-analysis. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, *37*(5), 333–343.
<https://doi.org/10.1503/jpn.110143>
- Hajek, T., Kopecek, M., Kozeny, J., Gunde, E., Alda, M., & Hoschl, C. (2009). Amygdala volumes in mood disorders - Meta-analysis of magnetic resonance volumetry studies. *Journal of Affective Disorders*, *115*(3), 395–410.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.10.007>
- Harper, K. L., Blosnich, J. R., Livingston, N., Vogt, D., Bernhard, P. A., Hoffmire, C. A., Maguen, S., & Schneiderman, A. (2024). Examining differences in mental health and mental health service use among lesbian, gay, bisexual, and heterosexual veterans. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. <https://doi.org/10.1037/sgd0000712>
- Holloway, I. W., Green, D., Pickering, C., Wu, E., Tzen, M., Goldbach, J. T., & Castro, C. A. (2021). Mental Health and Health Risk Behaviors of Active Duty Sexual Minority and Transgender Service Members in the United States Military. *LGBT Health*, *8*(2), 152–161. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2020.0031>
- Hu, F.-H., Jia, Y.-J., Zhao, D.-Y., Fu, X.-L., Zhang, W.-Q., Tang, W., Hu, S.-Q., Wu, H., Ge, M.-W., Du, W., Shen, W.-Q., & Chen, H.-L. (2023). Gender differences in suicide among patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *339*, 601–614.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.060>

- Kato T. (2019). Current understanding of bipolar disorder: Toward integration of biological basis and treatment strategies. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(9), 526–540. <https://doi.org/10.1111/pcn.12852>
- Kauth, M. R., & Shipherd, J. C. (2016). Transforming a System: Improving Patient-Centered Care for Sexual and Gender Minority Veterans. *LGBT Health*, 3(3), 177–179. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0047>
- Lehavot, K., Beckman, K. L., Chen, J. A., Simpson, T. L., & Williams, E. C. (2019). Race/ethnicity and sexual orientation disparities in mental health, sexism, and social support among women veterans. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(3), 347–358. <https://doi.org/10.1037/sgd0000333>
- Lehavot, K., Beckman, K. L., Chen, J. A., Simpson, T. L., & Williams, E. C. (2019). Race/ethnicity and sexual orientation disparities in mental health, sexism, and social support among women veterans. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(3), 347–358. <https://doi.org/10.1037/sgd0000333>
- Lehavot, K., & Simpson, T. L. (2014). Trauma, posttraumatic stress disorder, and depression among sexual minority and heterosexual women veterans. *Journal of Counseling Psychology*, 61(3), 392–403. <https://doi.org/10.1037/cou0000019>
- Lynch, K. E., Gatsby, E., Viernes, B., Schliep, K. C., Whitcomb, B. W., Alba, P. R., DuVall, S. L., & Blosnich, J. R. (2020). Evaluation of Suicide Mortality Among Sexual Minority US Veterans From 2000 to 2017. *JAMA Network Open*, 3(12), e2031357. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.31357>
- Mattocks, K. M., Kauth, M. R., Sandfort, T., Matza, A. R., Sullivan, J. C., & Shipherd, J. C. (2014). Understanding Health-Care Needs of Sexual and Gender Minority

- Veterans: How Targeted Research and Policy Can Improve Health. *LGBT Health*, 1(1), 50–57. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0003>
- McDonald, J. L., Ganulin, M. L., Dretsch, M. N., Taylor, M. R., & Cabrera, O. A. (2020). Assessing the Well-being of Sexual Minority Soldiers at a Military Academic Institution. *Military Medicine*, 185(Suppl 1), 342–347. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz198>
- McGuffin, P., Rijdsdijk, F., Andrew, M., Sham, P., Katz, R., & Cardno, A. (2003). The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Archives of General Psychiatry*, 60(5), 497–502. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.5.497>
- McNamara, K. A., Lucas, C. L., Goldbach, J. T., Kintzle, S., & Castro, C. A. (2019). Mental health of the bisexual Veteran. *Military Psychology*, 31(2), 91–99. <https://doi.org/10.1080/08995605.2018.1541393>
- Mitchell, P.B., Slade, T., & Andrews, G. (2004). Twelve-month prevalence and disability of DSM-IV bipolar disorder in an Australian general population survey. *Psychological Medicine*, 34, 777–785. <https://doi.org/10.1017/s0033291703001636>
- Narita, K., Suda, M., Takei, Y., Aoyama, Y., Majima, T., Kameyama, M., Kosaka, H., Amanuma, M., Fukuda, M., & Mikuni, M. (2011). Volume reduction of ventromedial prefrontal cortex in bipolar II patients with rapid cycling: A voxel-based morphometric study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 35(2), 439–445. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2010.11.030>
- Oakley, T., King, L., Ketcheson, F., & Richardson, J. D. (2020). Gender differences in clinical presentation among treatment-seeking Veterans and Canadian

- Armed Forces personnel. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 6(2), 60–67. <https://doi.org/10.3138/jmvfh-2019-0045>
- Pelts, M. D., & Albright, D. L. (2015). An Exploratory Study of Student Service Members/Veterans' Mental Health Characteristics by Sexual Orientation. *Journal of American College Health*, 63(7), 508–512. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.947992>
- Phillips, M. L., & Swartz, H. A. (2014). A critical appraisal of neuroimaging studies of bipolar disorder: Toward a new conceptualization of underlying neural circuitry and a road map for future research. *The American Journal of Psychiatry*, 171(8), 829–843. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13081008>
- Quevedo, J., & Yatham, L. N. (2018). Biomarkers in mood disorders: Are we there yet? *Journal of Affective Disorders*, 233, 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.002>
- Richardson, J. D., Thompson, A., King, L., Ketcheson, F., Shnaider, P., Armour, C., St. Cyr, K., Sareen, J., Elhai, J. D., & Zamorski, M. A. (2019). Comorbidity patterns of psychiatric conditions in Canadian Armed Forces personnel. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(7), 501–510. <https://doi.org/10.1177/0706743718816057>
- Rimol, L. M., Hartberg, C. B., Nesvag, R., Fennema-Notestine, C., Hagler, D. J., Jr., Pung, C. J., Jennings, R. G., Haukvik, U. K., Lange, E., Naksand, P. H., Melle, I., Andreassen, O. A., Dale, A. M., & Agartz, I. (2010). Cortical thickness and subcortical volumes in schizophrenia and bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 68(1), 41–50. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.03.036>
- Rimol, L. M., Nesvag, R., Hagler, D. J., Jr., Bergmann, O., Fennema-Notestine, C., Hartberg, C. B., Haukvik, U. K., Lauge, E., Pung, C. J., Server, A., Melle, I., Andreassen, O. A., Agartz, I., & Dale, A. M. (2012). Cortical volume, surface area,

- and thickness in schizophrenia and bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 71(6), 552–560. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2011.11.026>
- Ruderfer, D. M., Ripke, S., McQuillin, A., Boocock, J., Stahl, E. A., Pavlides, J. M. W., Mullins, N., Charney, A. W., Ori, A. P. S., Loohuis, L. M. O., Domenici, E., Di Florio, A., Papiol, S., Kalman, J. L., Trubetskoy, V., Adolfsson, R., Agartz, I., Agerbo, E., Akil, H., ... Wellcome Trust Case-Control Consortium (2018). Genomic dissection of bipolar disorder and schizophrenia, including 28 subphenotypes. *Cell*, 173(7), 1705-1715.e16. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2018.05.046>
- Russell, P. D., Judkins, J. L., Blessing, A., Moore, B., & Morissette, S. B. (2022). Incidences of anxiety disorders among active duty service members between 1999 and 2018. *Journal of Anxiety Disorders*, 91, 102608. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102608>
- Sadock B. J., Sadock V. A. (Eds.). (2010). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B. E., Posada-Villa, J., Sampson, N. A., Williams, D., ... Kessler, R. C. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 785–795. [10.1001/archgenpsychiatry.2009.36](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36)
- Shipherd, J. C., Lynch, K., Gatsby, E., Hinds, Z., DuVall, S. L., & Livingston, N. A. (2021). Estimating prevalence of PTSD among veterans with minoritized sexual

- orientations using electronic health record data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(10), 856–868. <https://doi.org/10.1037/ccp0000691>
- Stahl, E. A., Breen, G., Forstner, A. J., McQuillin, A., Ripke, S., Trubetskoy, V., Mattheisen, M., Wang, Y., Coleman, J. R. I., Gaspar, H. A., de Leeuw, C. A., Steinberg, S., Pavlides, J. M. W., Trzaskowski, M., Byrne, E. M., Pers, T. H., Holmans, P. A., Richards, A. L., Abbott, L., Agerbo, E., ... Bipolar Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium (2019). Genome-wide association study identifies 30 loci associated with bipolar disorder. *Nature Genetics*, 51(5), 793–803. <https://doi.org/10.1038/s41588-019-0397-8>
- Vieta, E., Berk, M., Schulze, T. G., Carvalho, A. F., Suppes, T., Calabrese, J. R., Gao, K., Miskowiak, K. W., & Grande, I. (2018). Bipolar disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 18008. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.8>
- Vieta, E., & Phillips, M. L. (2007). Deconstructing bipolar disorder: A critical review of its diagnostic validity and a proposal for DSM-V and ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*, 33(4), 886–892. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm057>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th Revision). <https://icd.who.int/>
- Wray, N. R., Ripke, S., Mattheisen, M., Trzaskowski, M., Byrne, E. M., Abdellaoui, A., Adams, M. J., Agerbo, E., Air, T. M., Andlauer, T. M. F., Bacanu, S. A., Bækvad-Hansen, M., Beekman, A. F. T., Bigdeli, T. B., Binder, E. B., Blackwood, D. R. H., Bryois, J., Buttenschøn, H. N., Bybjerg-Grauholm, J., ... Sullivan, P. F. (2018). Genome-wide association analyses identify 44 risk variants and refine the genetic architecture of major depression. *Nature Genetics*, 50(5), 668-681. <https://doi.org/10.1038/s41588-018-0090-3>