

Bipolar I Bozukluğu Olan Hastalarda Dönem ve Seyir Özelliklerinin Bakıcı Yüküne Etkisi

BASKIDA

Dr. Evrim ERTEN, Dr. Nilay ALPMAN², Dr. Armağan ÖZDEMİR, Dr. Nurhan FISTIKCI^{1,4}

ÖZET

Amaç: Çalışmada, Bipolar I Bozuklukta (BPB I) seyir ve dönem özelliklerinin bakıcı yükünü nasıl değiştirdiği araştırılmıştır.

Yöntem: Şubat-Temmuz 2010 tarihleri arasında, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre BPB I tanısıyla izlenen iyileşme dönemindeki 89 (doğal seyirli 55, hızlı döngülü veya en az bir karma atağı olan 34) hasta ile hastalara bakım veren 89 kişi çalışmaya alındı. Hastalar sosyodemografik-klinik form, Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ), Young Mania Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ) ve İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGD) ile, hasta yakınları ise sosyodemografik form ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (ZBYÖ) ile değerlendirildi.

Bulgular: BPB I olanların bakım verenlerinde % 44,9 oranında orta ve şiddetli yük saptandı. Dönemsel karma özellik gösteren veya hızlı döngülü seyir izleyenlere bakım verenlerde, toplumsal ilişkilerde bozulma alanında daha fazla yük ($p<0,01$) saptandı. YMDÖ puan ortalamaları orta ve şiddetli yük grubunda yüksek ($p<0,01$) bulundu. Hastanın yaşı, YMDÖ puanı, manik dönem sayısı ($p<0,01$), toplam hastalık süresi ve bakım süresi arttıkça bakım verenlerin bağımlılık düzeyi artarken ($p<0,05$), yaş ve bakım süresi arttıkça hissedilen ekonomik yük azalmaktaydı ($p<0,05$).

Sonuç: BPB I tanısı konan hastalara bakım vermek, hastalar iyileşme döneminde bile olsalar önemli bir yük oluşturmaktadır. Dönemsel karma özellik veya hızlı döngülülük gösterme, manik dönem sayısının artması ve eşik altı manik belirtilerin olması bakım verenin yükünü arttırmaktadır.

AnahtarSözcükler: Bipolar bozukluk, bakıcı yükü, seyir özellikleri

SUMMARY

The Impact of Course and Episode Features of Bipolar Disorder On Caregiver Burden

Objective: The aim of this study is to investigate how the course and episode characteristics could affect caregiver burden in Bipolar Disorder I (BPD I).

Methods: In this study conducted between February and July 2010, 89 BPD I patients in euthymic state (55 of whom had a natural course, and 34 of whom had at least one mixed episode or a rapid cycling period) who were diagnosed according to the DSM-IV-TR criteria and their 89 caregivers were included. The patients were evaluated with a sociodemographic clinic form, Hamilton Depression and Young Mania Rating Scale, Global Assessment of Functionality Scale and the caregivers were evaluated with sociodemographic form and Zarit Burden Interview.

Results: Forty four point nine percent of the caregivers of BPD I patients were found to have moderate to severe burden. The caregivers of those who had rapid cycling or mixed episodes were found to be under more burden in social relationships ($p<0,01$). The YMRS mean scores were found to be higher in the moderate to severe burden group ($p<0,01$). As the patient's age, the YMRS scores, the number of manic episodes, the total duration of the illness, and the duration of caregiving in the euthymic period increased ($p<0,05$) the level of the caregivers' perceived dependency also increased; whereas the sense of economic burden decreased as the age and the duration of caregiving increased ($p<0,05$).

Conclusion: Caregiving to BP patients, even when they are in the euthymic state, creates a considerable burden. Mixed episodes or rapid cycling, increasing number of manic episodes and the presence of subsyndromal manic features increases the caregiver's burden.

Key Words: Bipolar disorder, caregiver burden, course features

Geliş Tarihi: 01.03.2013 - **Kabul Tarihi:** 16.08.2013

^{1,4}Uzm., Psikiyatri AD., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ²Uzm., Psikiyatri AD., Prof. Dr. Necmi Ayanoğlu Devlet Hastanesi, İstanbul.

Dr. Evrim Erten, e-posta: evrimerten@yahoo.com.tr

Giriş ve Amaç

Bipolar bozukluk (BPB), yineleyici depresyon ve yükselmiş duygudurum dönemleriyle giden karmaşık kronik bir bozukluktur (Goodwin ve Jamison 1990). BPB'deki psikososyal etmenler üzerine olan araştırmalarda, psikososyal ve ailesel etmenlerin BPB'nin başlangıç ve gidişi sırasında önem kazandığı görülmektedir (Johnson 2005, Miklowitz ve Johnson 2006, Miklowitz 2007, Mansell ve Pedley 2008). Son dönemde psikososyal girişimlerin BPB gidişini iyileştirdiğine dair kanıtlar artmaktadır (Miklowitz 2008).

Bipolar bozukluk tanısı konan kişilerle ilgilenen aile üyeleri ve bakım verenler belirgin yük yaşayabilmektedir (Perlick ve ark. 1999, 2007, Chakrabarti ve Gill 2002, Cook ve ark. 1994). Yük kavramı, nesnel yük (gelir kaybı, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, ev ortamındaki gerginlik gibi) ve öznel yük (hastanın rahatsızlık verici davranışlarının oluşturduğu sıkıntı ve hastayla ilgili olarak yaşanan öznel sıkıntı düzeyi) olmak üzere iki grupta incelenebilir (Platt 1985).

BPB hastalarının bakım verenleri, hastalığın dönem ve seyir özellikleri (doğal seyir izleyen, karma dönemlerle giden, hızlı döngülülükle seyreden) gereği hastalık süreci boyunca diğer hastalıklarda görülenlerden daha farklı özellikte bir yük yaşayabilir (Perlick ve ark. 2007, Ogilvie ve ark. 2005).

Bu şekilde uzun seyirli hastalıkları olan bireylerin yakınlarıyla yapılan çalışmalara bakıldığında, şizofreni, bunama ve tek uçlu depresyonla karşılaştırıldığında BPB'de yapılmış daha az sayıda çalışma bulunmaktadır. BPB'si olan bir yakını olmak, bakım verende artan zaman ve para tüketimine, gerginlik, üzüntü ve kedere yol açabilmektedir (Chakrabarti ve Gill 2002, Fadden ve ark. 1987, Perlick ve ark. 1999, Reinares ve Vieta 2004). Perlick ve arkadaşları (2001) BPB hastalarına bakım verenlerin %93'ünde orta ve şiddetli derecede yük saptamışlar ve bu yükün 15 ay sonra da %70'inde sürdüğünden bahsetmişlerdir. Genel anlamda kronik ruhsal bozukluğu olan hastalara bakım verenlerde genel sağlığın bozulduğu, daha fazla kronik tıbbi hastalığa sahip oldukları (Gallagher ve Mechanic 1996) ve daha fazla I. Basamak sağlık hizmeti aldıkları (Perlick ve ark. 2005), daha çok uyku sorunları olduğu (Perlick ve ark. 2007), daha çok psikotrop ilaç kullandıkları (Dyck ve ark. 1999) ve daha çok hastaneye yatma riski taşıdıkları (Gallagher ve Mechanic 1996) bildirilmektedir. Çalışmalarda bakım verenlerde klinik anlamda depresif belirtilerin gözlemlendiği bildirilmiştir (Dyck ve ark. 1999, Struening ve ark. 1995).

Bipolar hastaların son duygudurum dönemleri depresyon olanlar ve sonrasında eşik altı depresif belirtileri devam edenlerde bakım veren yükünün artmış olduğu bildirilmektedir (Perlick ve ark. 1999, 2004, 2007, Ostacher ve ark. 2008).

Bipolar bozukluğun dönemsel ve döngüsel bir doğası olduğundan, bakım veren yükü şizofreni ve bunamadakine oranla

zaman içinde çeşitlilik gösterebilir. BPB'de duygudurum dönemleri arasındaki iyileşme dönemlerinde bile işlevsellikte azalma birçok hastada devam etmektedir (Perlick ve ark. 2004).

Yapılan yazın incelemesinde (PUBMED) karma dönemlerle giden veya hızlı döngülülükle seyreden hastalar ile doğal seyir gösteren hastalar arasında bakım veren yükü açısından bir karşılaştırma yapılmadığı saptanmıştır. Karma dönemli seyir veya hızlı döngülülük BPB'de kötü hastalık süreci ile ilişkili olduğundan (Gonzalez-Pinto ve ark. 2011, Garcia-Amador ve ark. 2009) bu hastaların daha fazla bakım veren yüküne maruz kalacağı varsayılmıştır. Bu varsayımın test edilmesi için olgular, öyküsünde karma dönem veya hızlı döngülü seyir olmayanlar ve öyküsünde en az bir karma dönem bulunan veya hızlı döngülü olanlar olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Bizim çalışmamız, BPB'de seyir ve dönem özelliklerine göre bakım veren yükünün nasıl değiştiğini araştırmayı amaçlamaktadır.

YÖNTEM

Örneklem grubu

Çalışma, Şubat-Temmuz 2010 tarihleri arasında, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Raşit Tahsin Duygudurum Merkezinde (RTDDM) DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre BPB I tanısıyla izlenmekte olan, çalışma hakkında bilgilendirilmiş yazılı onamları alınan iyileşme dönemindeki (en az 8 haftadır YMDÖ ≤ 7 , HAM-D $21 \leq 7$ olan) 89 hasta ile bu hastalara bakım veren en yakın aile üyesi/yakını olan 89 kişi alınarak yürütüldü. Hasta ile en fazla ilgilenen, bakımından sorumlu olan ve en az 1 yıldır birlikte yaşayan kişi birincil bakıcı olarak değerlendirildi. Çalışma için hastane etik kurulundan onay alındı.

Çalışmaya katılan hastalardan 67'si (%75,3) kadın, 22'si (%24,7) erkekti. Yapılan klinik görüşme ve izlem dosyasından alınan bilgilere göre; 55 hastanın öyküsünde karma dönem veya hızlı döngülü seyir olmadığı saptandı (Grup I), geçmişinde en az bir karma dönem bulunan veya hızlı döngülü seyir gösteren 34 hasta belirlendi (Grup II). Bu iki grup arasında bakım veren yükü açısından karşılaştırma yapıldı. Ayrıca tüm hasta gruplarında bakım veren yükü ile ilişkisi olabilecek faktörler incelendi.

Çalışmaya alma/dışlama ölçütleri

Hasta ve hasta yakınının 18 yaşından büyük olması, en az ilkokul mezunu olması özelliği arandı. Her bakım veren 2 ayrı psikiyatrist tarafından klinik görüşmeye alınarak değerlendirildi ve psikiyatrik hastalığı saptananlar çalışma dışı bırakıldı. Hasta ve hasta yakınında zekâ geriliği, bunama gibi bilişsel işlevleri bozan bir hastalık bulunması, hastanın ek kronik tıbbi

hastalığının olması (diabetes mellitus, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği gibi) dışlama ölçütü olarak belirlendi.

Araçlar

1-Sosyodemografik klinik veri formu

Sosyodemografik veriler, hastalık seyrine ait veriler, aile öyküsü, güncel tedavi, çalışma sırasındaki bulgu ve belirtiler, hastalık dönemlerine ait veriler; RTDDM'de izlem formu ve yapılan klinik görüşme ile elde edilmiştir. Hastalar, Türkiye Psikiyatri Derneği Duygudurum Bozuklukları Bilimsel Çalışma Biriminden Özerdem ve arkadaşları (2004) tarafından ülkemizdeki duygudurum merkezlerinde kullanılmak üzere geliştirilmiş bulunan Sistematize Kayıt İzleme Programı Türkiye (SKIP-Türk) Formu temelinde oluşturulmuş ve geniş bir değerlendirme içeren hasta takip dosyası ile izlenmektedir.

2- Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

Depresyonun değerlendirilmesinde en yaygın olarak kullanılan ölçek Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeğidir. Tanı koydurucu değildir, depresyonun şiddetini ölçmek, seyrini izlemek amacıyla kullanılır. 1960 yılında Hamilton tarafından hazırlanan özgün ölçek 17 maddelidir. Her madde için 0-4 arası puanlar verilir. En yüksek puan 53'tür. Williams daha sonra HAM-D'nin değerlendiriciler arası güvenilirliğini geliştirmek üzere 21 maddelik yeni bir uyarlamasını geliştirdi (1978). Geçerlik ve güvenilirliği Akdemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır.

3- Young Mani Derecelendirme Ölçeği (YMDÖ)

Manik durumun şiddetini ve değişimini ölçmeye yönelik olarak Young ve arkadaşları (1978) tarafından hazırlanmıştır. 11 maddeden oluşan ve her biri beş şiddet derecesi ölçen, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir. Bu maddelerin yedisi beşli Likert tipinde, diğer dördü dokuzlu Likert tipindedir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Karadağ ve arkadaşları (2001) tarafından yapılmıştır.

4- İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD)

Hastaların genel işlevselliği 'Global İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği' ile (Global Assessment of Functioning Scale-GAF) 1 ila 100 arası bir çizelgede değerlendirilmektedir. Puanlar psikopatolojik belirtiler toplamını ve psikososyal uyum bozukluğunun sonuçlarını temsil etmektedir. Düşük puanlar daha yüksek seviyede bozuklukları, yüksek puanlar daha düşük seviyede bozuklukları işaret eder (Endicott ve ark. 1976).

Hasta yakınlarını değerlendirmede kullanılan ölçekler:

1- Sosyodemografik veri formu

Çalışmaya hastayla birincil bakıcı olarak ilgilenen 61 kadın (%68,5), 28 erkek (%31,5) olmak üzere 89 hasta yakını alındı ve görüşmeciler tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu ile değerlendirildi.

2- Zarit Bakım Veren Yük Ölçeği (ZBYÖ)

Zarit ve arkadaşları (1980) tarafından geliştirilmiştir. Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler ruhsal ve fiziksel sağlığa, sosyal ve duygusal yaşantılara, ekonomik duruma, kişilerarası ilişkilere yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek 'asla', 'nadiren', 'bazen', 'sık sık' ya da 'hemen her zaman' şeklinde 1'den 5'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Bakıcının verebileceği minimum puan 22, maksimum puan 110' dur. Elde edilen puanlar; 22-46 arası 'hafif yük', 47-55 arası 'orta derecede yük', 56-110 arası 'şiddetli yük' şeklinde derecelendirilerek değerlendirilir. Ölçek, Özlü ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Özlü ve ark. 2009).

Zarit Aile Yük Ölçeği'nin 5 alt faktörü vardır

1. Faktör: Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması,
2. Faktör: Sinirlilik ve kısıtlanmışlık,
3. Faktör: Toplumsal ilişkilerde bozulma,
4. Faktör: Ekonomik yük,
5. Faktör: Bağımlılık.

İstatistiksel yöntem

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 18.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, sıklık) yanı sıra, iki grup arasında parametrik ölçümlerin karşılaştırılmasında eşleştirilmiş örneklem için T testi, parametrik olmayan ölçümlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı. İki den fazla grupta nicel ölçümlerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis analizi yapıldı, anlamlı çıkan ölçümlerde gruplar arasındaki farklılığın değerlendirilmesi için yine Mann-Whitney U testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında dört gözlü ve çok gözlü düzende ki-kare testi, ölçek puanları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson veya Spearman bağıntı analizi kullanıldı. Dört gözlü düzenlerde 25'den

TABLO 1. Hastalık Seyir ve Dönem Özelliklerine Göre Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.

		Grup I (s=55)	Grup II (s=34)	t	p
		Ort±Ss	Ort±Ss		
Yaş		35,13±9,88	38,41±9,46	-1,548	>0,05
		s (%)	s (%)	χ ²	p
Cinsiyet	Kadın	41 (%74,5)	26 (%76,5)	0,42	>0,05
	Erkek	14 (%25,5)	8 (%23,5)		
Medeni durum	Evli	26 (%47,3)	18 (%52,9)		
	Bekâr	21 (%38,2)	10 (%29,4)	1,567	>0,05
	Dul	0 (%0)	0 (%0)		
	Boşanmış	7 (%12,7)	6 (%17,6)		
Eğitim	Ayrı yaşıyor	1 (%1,8)	0 (%0)		
	İlkokul	29 (%52,7)	18 (%52,9)		
	Ortaokul	7 (%12,7)	1 (%2,9)	6,900	>0,05
	Lise	8 (%14,5)	11 (%32,4)		
	Üniversite	11 (%20,0)	4 (%11,8)		
Meslek	Çalışıyor	10 (%18,2)	8 (%23,5)		
	Çalışmıyor	19 (%34,5)	8 (%23,5)	3,596	>0,05
	Emekli	3 (%5,5)	3 (%8,8)		
Yaşadığı kişi	Ev kadını	23 (%41,8)	15 (%44,1)		
	Anne/Baba	26 (%47,3)	15 (%44,1)	0,285	>0,05
	Eş/çocuk	27 (%49,1)	17 (%50,0)		
Herhangi bir sosyal güvence	Kardeş	2 (%3,6)	2 (%5,9)		
	Yok	4 (%7,3)	3 (%8,8)	0,70	>0,05
	Var	51 (%92,7)	31 (%91,2)		
Bakım veren dışında sosyal destek	Yok	2 (%3,6)	0 (%0)	1,267	>0,05
	Yetersiz	3 (%5,5)	2 (%5,9)		
	Var	50 (%90,9)	32 (%94,1)		

Grup I: Doğal seyir gösteren, Grup II: Karma atak geçirmiş veya hızlı döngülü, t: bağımsız örneklem için t testi, Ort.±Ss.:Ortalama±Standart sapma.

küçük gözlenen frekans olduğunda Yates düzeltmesi yapılmıştır. Beklenen frekansların beşten az olduğu durumlarda ise Fisher'in kesin testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık p<0,05 düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Hastalık seyir ve dönem özelliklerine göre hastalar sosyodemografik veriler açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında cinsiyet, yaş ortalaması, eğitim, meslek, medeni durum ve birlikte yaşadıkları kişilerin dağılımları, sosyal güvence, sosyal

destek açılarından anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı (p>0,05). Buna göre Grup I'in yaş ortalaması 35,13±9,88, kadın oranı %74,5, bu grupta evli olanların oranı %47,3, anne/baba ile yaşama oranı %47,3, eşle yaşama oranı %49 olarak bulunurken, hastaların %10'u çalışıyordu. Grup II'de yaş ortalaması 38,41±9,46, kadın oranı %76, evli olanların oranı %52,9, anne/baba ile yaşama oranı %44,1, eşle yaşama oranı %50 olarak bulunurken, hastaların %23,5'i çalışıyordu (Tablo 1).

Hastalık seyir ve dönem özelliklerine göre hastalar klinik özellikler açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında, Grup

TABLO 2. Seyir Özelliklerine Göre Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması.

	Grup I (s=55)		Grup II (s=34)		
	Ort±Ss	Ort±Ss	t/z	p	
İlk hastalık yaşı	24,00±7,89	22,65±7,24	t=0,911	>0,05	
Hastalık süresi	11,29±7,80	16,24±8,55	t=-2,800	<0,01	
Depresyon sayısı	1,25±1,45	3,53±3,23	z=-3,802	<0,01	
Mani sayısı	3,71±2,39	4,35±4,35	z=-0,543	>0,05	
Karma dönem sayısı	0,00±0,00	1,50±1,21	z=-7,735	<0,01	
	s (%)	s (%)	χ ²	P	
İlk atak tipi	Depresyon	17 (%30,9)	15 (%52,9)	3,508	>0,05
	Karma	0 (0)	1 (%2,9)		
	Mani	38 (%69,1)	18 (%52,9)		
Son atak tipi	Depresyon	14 (%25,5)	11 (%32,4)	20,182	<0,01
	Karma	0 (0)	11 (%32,4)		
	Mani	28(%50,9)	7 (%20,6)		
	Hipomani	13 (%23,6)	5 (%14,7)		
1.° yakında hst öyküsü	22(%40)	21(%61,8)	3,986	<0,05	
2.° yakında hst öyküsü	17(%30,9)	18(%52,9)	4,274	<0,05	
	Ort±Ss	Ort±Ss	z	P	
HAM-D	0,71±1,21	1,00±1,27	-1,302	>0,05	
YMDÖ	0,13±0,51	0,03±0,17	-0,878	>0,05	
İGD	79,36±11,82	75,88±10,55	-1,492	>0,05	

Grup I: Doğal seyir gösteren, Grup II: Karma atak geçirmiş veya hızlı döngülü, t; bağımsız örneklem için t testi, z: Mann Whitney U testi, Ort.±Ss.;Ortalama±Standart sapma.

II'de hastalık süresi (p<0,01), depresif dönem sayısı (p<0,01), son atağın depresyon olması (p<0,01), son atağın karma dönem olması (p<0,01), birinci ve ikinci derece yakınlarında hastalık öyküsü (p<0,05) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (Tablo 2).

Hastalık seyir ve dönem özelliklerine göre bakım verenlerde sosyodemografik veriler değerlendirildiğinde gruplar arasında yaş ortalaması, bakım süresi, medeni durum, eğitim, meslek, çalışma durumu ve bakım veren yaşam yeri dağılımları arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı (p>0,05) (Tablo 3). Karma atak geçirmiş veya hızlı döngülü seyir izleyen grubun bakım verenlerinde kadın cinsiyet, doğal seyirli grupta ise erkek cinsiyet daha fazla idi (χ²= 4,283;p<0,05) (Tablo 3). Çalışmaya alınan bakım verenlerin tümü daha önce hastalık ile ilgili herhangi bir eğitim programına katılmadıklarını, hastalık ile ilgili bilgileri izlem sırasında görüştüğü doktorlarından aldıklarını bildirmişlerdir.

Çalışmaya alınan 36 hastaya (%38,2) eşi, 27 hastaya (%30,3) annesi, 15 hastaya (%16,9) babası, 8 hastaya (%9) kardeşi, 4 hastaya (%4,5) çocuğu, 1 hastaya sayılanların dışında biri (%1,1) bakım vermekteydi. Bakım verenlerin 80'i (%90) hastayla aynı evi paylaşıyordu ve 22'si (%24,7) hastaları dışında başka birisine bakmıyordu.

Bakım veren kişilerin 12'sinin (%13,5) çocuğu bulunmazken, 3'ünün (%3,4) bir, 27'sinin (%30,4) iki, 18'inin (%20,2) üç, 25'inin (%28,1) ise dört ve daha fazla çocuğu bulunmaktaydı.

Çalışmaya alınan bakım verenlerden 12'si (%13,5) maddi durumunu kötü, 57'si (%64) orta, 19'u (%21,3) iyi ve biri (%1,1) çok iyi olarak değerlendirmişti. Bakım verenlerin aylık ortalama geliri 1709,78±1092,23 TL, kişi başı aylık ortalama gelir ise 509,25±289,57 TL olarak saptandı.

Hastaların ortalama ZBYÖ toplam puanı 45,55± 14,03 olarak belirlendi. ZBYÖ'ye göre tüm bakım verenlerin hissettikleri yük değerlendirildiğinde, bakım verenlerin 49'u (%55,1)

TABLO 3. Seyir ve Dönem Özelliklerine Göre Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri.

		Grup I (s=55)	Grup II (s=34)		
		Ort±Ss	Ort±Ss	t	p
Yaş		47,44±11,40	51,68±14,63	-1,527	>0,05
Bakım süresi		10,33±8,11	12,38±7,80	-1,178	>0,05
		n (%)	n (%)	χ^2	p
Cinsiyet	Kadın	20 (%36,4)	20 (%58,8)	4,283	<0,05
	Erkek	35 (%63,6)	14 (%41,2)		
Medeni durum	Evli	49 (%89,1)	28 (%82,4)		
	Bekâr	4 (%7,3)	1 (%2,9)	4,489	>0,05
	Dul	0 (%0)	1 (%2,9)		
	Boşanmış	2 (%3,6)	4 (%11,8)		
Eğitim	İlkokul	32 (%58,2)	18 (%52,9)		
	Ortaokul	4 (%7,3)	6 (%17,6)	3,700	>0,05
	Lise	10 (%18,2)	7 (%20,6)		
	Üniversite	9 (%16,4)	3 (%8,8)		
Meslek	Çalışıyor	18 (%32,7)	9 (%26,5)	0,389	>0,05
	Çalışmıyor	37 (%67,3)	25 (%73,5)		
Yaşam yeri	Aynı evde	51 (%92,7)	29 (%85,3)		
	Aynı apartman	4 (%7,3)	5 (%14,7)	0,590	>0,05

Grup I: Doğal seyir gösteren, Grup II: Karma atak geçirmiş veya hızlı döngülü, Ort.±Ss.:Ortalama±Standart sapma, t; bağımsız örneklem için t testi.

hafif derecede, 21'i (%23,6) orta derecede ve 19'u (%21,3) şiddetli derecede yük bildirmekteydi.

Zarit yük derecelendirmesinde yükün şiddetine göre; hafif, orta ve yüksek yüklü gruplardaki hastaların sosyodemografik verileri değerlendirildiğinde; hastanın yaş ortalaması, cinsiyeti, medeni durumu, eğitimi ve birlikte yaşadığı kişi dağılımları arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Grupların meslek dağılımları arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulundu ($\chi^2=13,626;p<0,05$). Hafif yük grubunda çalışan hastaların oranı orta yük grubundan fazla, şiddetli yük grubunda emekli oranı diğer gruplardan fazla tespit edildi. Herhangi bir sosyal güvence varlığı ($p>0,05$), bakım veren dışında sosyal destek bulunması ($p>0,05$) açısından gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı. Zarit yük derecelendirmesine göre gruplar hastalık başlangıç yaşı, süresi, geçirmiş oldukları toplam depresyon, mani ve karma dönem dağılımları açısından değerlendirildiğinde, gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Zarit yük derecelendirmesinde yükün şiddetine göre; hafif, orta ve yüksek yüklü gruplar karşılaştırıldığında HAM-D ve İGD puan ortalamaları açısından anlamlı istatistiksel

farklılık bulunmazken ($p>0,05$), YMDÖ ortalamalarında gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulundu ($\chi^2=6,643;p<0,05$). YMDÖ puan ortalaması, hafif yük grubunda orta derece yük grubundan ($z=-2,354; p<0,01$) ve şiddetli yük grubundan ($z=-2,742;p<0,01$) anlamlı derecede düşük tespit edildi.

Bakım verenler yük derecesine göre hafif, orta ve yüksek yük grup olarak ayrıldığında bakım verenin cinsiyeti, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çalışmaya alınan hastaların 25'inin (%28,1) son duygudurum dönemi depresyondur. Son duygudurum dönemi depresyon olan ve olmayan hastalar ZBYÖ açısından değerlendirildiğinde, gruplar arasında toplam puan ve alt faktörler açısından anlamlılık saptanmadı ($p>0,05$).

Hastalık seyri ve dönem özelliklerine göre bakım verenlerin ZBYÖ puanları incelendiğinde; toplumsal ilişkilerde bozulma (ZF3) ortalaması, doğal seyir izleyen grupta (Grup I) $4,09\pm 1,37$, en az bir karma dönem geçirmiş veya hızlı döngülü seyir izleyen grupta (Grup II) $5,14\pm 2,53$ olup; gruplar

TABLO 4. Doğal Seyir Gösteren (Grup I), Karma Atak Geçirmiş Veya Hızlı Döngülü Hasta Gruplarında (Grup II) ZBYÖ Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.

ZBYÖ	Grup	Ort.±Ss.	t	p
ZF1	I	12,74±4,63	-1,534	>0,05
	II	14,58±6,69		
ZF2	I	5,60±2,40	-1,566	>0,05
	II	6,52±3,16		
ZF3	I	4,09±1,37	-2,545	=0,01*
	II	5,14±2,53		
ZF4	I	10,70±3,16	0,209	>0,05
	II	10,55±3,48		
ZF5	I	5,45±2,60	-1,256	>0,05
	II	6,14±2,40		
ZBYÖ toplam	I	43,80±11,92	-1,615	>0,05
	II	48,38±16,71		

Grup I: Doğal seyir gösteren, Grup II: Karma atak geçirmiş veya hızlı döngülü, ZBYÖ toplam: Zarit Bakım Veren Yük Ölçeği toplam puanı, ZF1: Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, ZF2: Faktör; Sinirlilik ve kısıtlanmışlık, ZF3: Faktör; Toplumsal ilişkilerde bozulma, ZF4: Faktör; Ekonomik yük, ZF5: Faktör; Bağımlılık, Ort.±Ss.:Ortalama±Standart sapma, t: bağımsız örneklem için t testi, *İstatistiksel olarak anlamlı.

arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($t=-2,545$; $p<0,05$). Diğer ZBYÖ alt ölçek puanları ve toplam ZBYÖ puanları açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 4).

Tüm hasta gruplarında (Grup I + Grup II) ZBYÖ ortalama puanları ile ilişkili olabilecek bazı faktörler araştırıldığında, İGD ölçek puanı artarken, ZBYÖ toplam puan ortalaması ($p<0,05$), ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt ölçeği (ZF1) ortalaması ($p<0,05$), bağımlılık alt ölçeği (ZF5) ortalaması ($p<0,05$) ve ekonomik yük alt ölçeği (ZF4) ortalaması ($p<0,01$) düşmekteydi. Ayrıca tüm grupta, YMDÖ ortalama puanı arttıkça, bağımlılık alt ölçeği (ZF5) ($p<0,05$) puanı da artmaktaydı. Hastanın yaşı ile bağımlılık alt ölçeği (ZF5) ($p<0,05$) arasında anlamlı pozitif yönlü ilişki, ekonomik yük alt ölçeği (ZF4) ($p<0,05$) arasında anlamlı negatif yönlü ilişki olduğu belirlendi (Tablo 5).

Manik dönem sayısı ve toplam hastalık süresi arttıkça bağımlılık alt ölçeği (ZF5) puanı artmaktaydı (sırasıyla $p<0,01$; $p<0,05$). Toplam bakım verme süresi arttıkça; sinirlilik ve kısıtlanmışlık alt ölçeği (ZF2) ($p<0,05$) ve bağımlılık alt

ölçeği (ZF5) ($p<0,05$) puanı artarken; ekonomik yük alt ölçeği (ZF4) ($p<0,05$) puanı azalmaktaydı (Tablo 5).

Bakım verenlerin %21,3ü'nde ($n=19$) kronik hastalık bulunmakta idi. ZBYÖ toplam ve alt ölçek puanları açısından kronik hastalığı olan ve olmayan bakım verenlerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Çalışmamızda, geçmişinde en az bir karma dönemi olan veya hızlı döngülü seyir gösteren BPB I olan hastalarla, doğal seyirli BPB I hastalarında, sosyodemografik ve klinik özelliklerle bu hastalara bakım veren yakınlarının bakıcı yükünün nasıl değiştiği araştırılmıştır.

Çalışmaya alınan 89 hastanın 67'si (%75,2) kadındı. BPB I yaygınlığı cinsiyet farkı gözetmeksizin kadın ve erkeklerde eşit dağılımdadır (Schulman ve ark. 2002). Bizim grubumuzda kadın hastaların sayısı fazla olduğundan genel bipolar hasta nüfusunu tam olarak yansıttığını söyleyemeyiz. Bu durum, çalışmaya rastgele olarak hasta almamız, örneklemimizin içinde hızlı döngü ve karma dönemler gösteren grubun olması, hızlı döngü ve karma dönemlerin daha çok kadın hastalarda görülmesinden kaynaklanabilir (Tondo ve Baldessarini 1998, Arnold ve ark. 2000, Arnold 2003, Kessing 2004, Suppes ve ark. 2005). Çalışmamızda hızlı döngülü ve karma dönemlerle seyreden grupta ailede psikiyatrik hastalık öyküsü oranını anlamlı derecede yüksek bulduk. Yazında bu bulguya benzer çalışma (Avasthi ve ark. 1999) varken, fark olmadığını bildiren çalışmalar da (Maj ve ark. 1994, Serretti ve ark. 2002) bulunmaktadır. Yine çalışmamızda depresif dönem sayısı Grup II'de anlamlı derecede yüksekti. Bu bulgu da yazındakine benzer olarak, depresyonda antidepresan kullanımının maniye kaymayı, dolayısıyla hızlı döngülüğü arttırabileceğini düşündürmektedir (Perugi ve ark. 2000).

Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda, ZBYÖ genellikle şizofreni ve bunama hastalarında (Ankri ve ark. 2005, Zarit ve ark. 1980, Barrowclough ve ark.1999, Miyamoto ve ark. 2010, Liew ve ark. 2010, Hanzawa ve ark. 2008) kullanılmıştır. BPB hasta grubunda, seyir ve dönem özelliklerine göre bakım verende yükün nasıl değiştiğini araştırılan bir çalışma bulunmamaktadır.

Perlick ve arkadaşlarının BPB hasta yakınları ile yaptıkları bir çalışmada, Sosyal Davranış Değerlendirme Ölçeği (SBAS) (Platt 1985) kullanılmış ve orta ve şiddetli yük saptanan bakım verenlerin oranının %90'ın üzerinde olduğu bildirilmiştir. Ancak çalışmadaki hasta grubunun %10'u bipolar II, %35'i şizoafektif hastalardan oluşmaktadır ve değerlendirmeler yatan hastalar ve taburculuğu iki haftayı geçmemiş hastalar üzerinde yapılmıştır (Perlick ve ark. 1999). Bizim örneklemimiz ise iyileşme dönemindeki BPB I hasta ve hasta yakınlarından oluşmuştur. Çalışmamızda orta ve şiddetli yük saptanan

TABLO 5. Tüm Hastalarda ZBYÖ İle İlişkili Olabilecek Bazı Faktörlerin İncelenmesi.

ZBYÖ puanı	HAMD (a)	YMDÖ (a)	İGD (a)	Hastanın yaşı (a)	Depresif atak sayısı (b)	Manik atak sayısı (b)	Karma atak sayısı (b)	Toplam hastalık süresi (b)	Bakım verme süresi (b)
Toplam	0,049	0,163	-0,270*	0,093	0,016	0,173	0,080	0,034	0,124
ZF1	0,106	0,071	-0,214*	0,001	0,134	0,110	0,110	-0,037	0,139
ZF2	-0,073	0,193	-0,137	0,190	-0,071	0,183	0,057	0,075	0,214*
ZF3	-0,043	0,070	-0,141	0,232*	0,052	0,146	0,037	0,114	0,197
ZF4	0,091	0,132	-0,304**	-0,212*	-0,124	0,009	-0,067	-0,165	-0,256*
ZF5	0,005	0,218*	-0,213*	0,231*	0,037	0,298**	0,091	0,210*	0,239*

(a);Pearson korelasyon katsayısı. (b);Spearman korelasyon katsayısı. *p<0,05, **p<0,01. ZBYÖ toplam: Zarit Bakımveren Yük Ölçeği toplam puanı, ZF1: Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, ZF2: Faktör; Sinirlilik ve kısıtlanmışlık, ZF3: Faktör; Toplumsal ilişkilerde bozulma, ZF4: Faktör; Ekonomik yük, ZF5: Faktör; Bağlılık, HAM-D: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, İGD: İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi, YMDÖ: Young Mani Derecelendirme Ölçeği.

bakım verenlerin oranı %44,9 olarak bulunmuştur. Lam ve arkadaşlarının (2005) ve Goossens ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmalarda bu oranlar sırasıyla %31 ve %46 olarak saptanmıştır. Hastalarımızın %90'ı aileleri ile birlikte aynı evde yaşıyordu. Birlikte yaşamak bakım verene daha az alan kalmasına neden olabilir, ayrıca özerkliğini azaltabilir. Bu durumda hissedilen yük oranı artmış olabilir. Diğer yanda yük algılanmayan grupta başa çıkma yollarını araştırmak tedavide yardımcı olabilir.

Bakım verenleri şiddetli yük bildiren hasta grubunda; emeklilik oranının, hafif ve orta yük bildiren gruplardan fazla bulunmasının; bakım verenin hasta ile birlikte sürekli daha fazla zaman geçirmek zorunda kalmasından kaynaklanabileceği düşünüldü. Yazında ise bakım verenlerinde şiddetli yük saptanan hastaların eğitim seviyelerinin daha düşük, evli olma oranlarının ise daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu durum bireyin evlilikle birlikte sorumluluklarının artışı, eşlerin beklentilerinin ebeveynlere göre daha yüksek oluşu ile ilişkilendirilmiştir (Perlick ve ark. 2007, Chadda ve ark. 2007). Hasta ve bakım veren grubumuzda eğitim seviyesi ve medeni durum açısından fark saptanmamıştır.

Hastalığın bakım verende oluşturduğu yük hastalık seyir ve dönem özelliklerine göre değerlendirildiğinde, toplumsal ilişkilerde bozulma açısından hızlı döngülü seyir veya dönemsel karma özellik gösteren hastalara bakım verenlerin toplumsal ilişkilerde daha fazla yük altında olması, yazında karma dönemlerle seyreden BPB'nin, saf manik dönemlerle süregidene oranla daha yüksek oranda genel psikopatoloji, katatonik belirti, eş tanı, intihar riski ve kötü seyirle ilişkili olduğu bilgisiyle örtüşmektedir (Goldberg ve ark. 1998, Cohen ve ark. 1988, Braunig ve ark. 1998). Yazında ise bipolar hastalarda geçirilmiş depresif dönemlerin sayısının artışı ile bakıcı yükünde artış görülmüş, ilk duygudurum dönemi depresyon olanların, manik/hipomanik olanlara göre daha zayıf

psikososyal ve klinik uyum gösterdikleri bildirilmiştir (Perlick ve ark. 1999). Hastalarımızda hastalık süresi ve bakım verme süresi uzadıkça, geçirilmiş manik dönem sayısı arttıkça ve dönemler arası eşik altı manik belirtiler gözlemlenince; bakım verenlerde ZBYÖ bağımlılık puanları artmıştır. Bu bulgu bizim toplumumuzda manik belirtilerle başa çıkmanın batı toplumlarına göre daha zor olabileceğini düşündürdü. Ayrıca çalışmamıza alınan bakım verenlerin hiçbirinin daha önce hastalık ile ilgili herhangi bir eğitim programına katılmaması, hastalığın özellikle manik belirtileriyle başa çıkmakta zorlanmalarına neden olabilir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak, Reinares ve arkadaşları (2006), geçirilmiş duygudurum dönemi sayısı ile yük arasında ilişki açısından bir fark bulamamıştır. Aynı çalışmada, son duygudurum dönemi depresyon olan hastaların bakım verenlerinin şiddetli yük grubunda olduğu ve ZBYÖ alt faktörü olan ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması açısından daha fazla yük altında oldukları belirtilmiştir. Önceki iki yıl içinde hastalık dönemi yaşamış BPB hastalarının bakıcılarındaki yük seviyesi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Reinares ve ark. 2006). Bizim çalışmamızda yaşanan son duygudurum döneminin depresyon olması bakım verenin yükünde bir değişiklik oluşturmamıştır. Yazında, bipolar bozukluk hastalarının son duygudurum dönemleri depresyon olanlar ve sonrasında eşik altı depresif belirtilerle gidenlerde bakıcı yükünün arttığı bildirilirken (Chakrabarti ve ark. 1992, Perlick ve ark. 1999, 2004, 2007), bizim çalışmamızda eşik altı manik belirtiler gösteren bakım verende algılanan yükün artmasına neden olmaktaydı. YMDÖ puan ortalamaları hafif yük grubunda, diğer iki gruba göre daha düşük bulunurken, YMDÖ puanları arttıkça bakım verenlerin sinirlilik ve kısıtlanmışlıktan daha çok yakındığı saptandı. Bu anlamda bizim sonuçlarımız batı toplumunda yapılan çalışmalardan farklılık göstermekte, belki de duygudurumda yükselme belirtilerine karşı toplum olarak daha duyarlı olduğumuzu göstermektedir.

Bu çalışmanın sonuçları, bakım verenlerde yükün, bakım verenin sosyodemografik özelliklerinden değil daha çok hastalığın seyir ve klinik özelliklerinden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Yazında bipolar hastaların bakım verenlerinde yük araştırıldığında; eşlerin daha şiddetli yük yaşadığı (Perlick ve ark. 2007), erkek bakım verenlerde ve düşük sosyoekonomik seviye ile yükün arttığı, bakım verenin yaşı arttıkça algılanan yükün azaldığı bildirilmiştir (Perlick ve ark. 1999).

Bakım verende kronik hastalık olması bizim hasta grubumuzda algılanan yük açısından farklı bir durum oluşturmazken, Perlick ve arkadaşları (2007) şiddetli yük bildiren bakım verenlerin daha fazla fiziksel sağlık problemi olduğunu, sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıklarını, daha az sosyal desteklerinin olduğunu ve hastalarına daha fazla ekonomik destek sağladıklarını bildirmiştir. Yazında hastalık süresi, bakım süresi, bakım veren ve bakım alanının birlikte yaşaması, hastalık belirtileri gibi değişkenlerin bakıcı yükünü belirleyen etkenler arasında olduğu belirtilmektedir (Schulze ve Rössler 2005). Bizim çalışmamızda ise, bakım süresi arttıkça sınırlılık ve kısıtlanmışlık ile bağımlılık puanları artmakta, ekonomik yük ise azalmaktaydı. Hasta yaşı arttıkça, toplumsal ilişkilerde bozulma ve bağımlılık puanları artarken ekonomik yük hissi azalmaktaydı. Bu da zaman içinde ekonomik kayıplara daha fazla alışılabilirdiğini, sınırlılık ve kısıtlanmışlık hissi, toplumsal ilişkilerin bozulması ve bağımlılık oluşumu gibi diğer yüklerin ise daha fazla yaşandığını göstermektedir.

Çalışmamızda, hastaların İGD puanları arttıkça bakım verenlerin hissettikleri ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, ekonomik yük ve bağımlılık hissi azalmaktadır. Ayrıca İGD puanının artışı; yani hastanın işlevselliğinin artışı genel anlamda hissedilen toplam yükün de azalmasına sebep olması yazın bilgisiyle uyumludur (Reinares ve ark. 2006, Perlick ve ark. 2007). Yazında bakıcı yükünü belirlemede, hastalığın dönemsel belirtilerinin şiddetinden söz edilmektedir. Diğer belirleyiciler arasında ise hastalık süresi, bakım veremle geçen

süre, bakım veren ve bakım alanının beraber yaşaması, damgalanma, ruh sağlığı uzmanlarına başvuru, aile atmosferi, hastanın kendisine ve başkalarına şiddet uygulaması ve yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi demografik değişkenler yer almaktadır (Schulze ve Rössler 2005, Kjellin ve Östman 2005).

Bipolar bozukluğun seyir ve klinik özellikleri, hasta yükünü ötimik dönemde bile olumsuz etkilemektedir. Hasta grubumuzda, hasta yakını açısından manik dönemlerle ve eşik altı manik belirtilerle başa çıkmanın daha fazla yük oluşturduğu görülmektedir. Bu anlamda hastanın işlevselliğinin tam olarak sağlanması hastaya özerkliğini kazandıracak, bu da hasta yakını üzerindeki yükü ve sorumluluğu azaltacaktır. Bu çalışmanın kısıtlılığı, hasta grubunun daha özelleşmiş bir duygudurum merkezinden alınmış olması, çoğunluğunu kadın hastaların oluşturması, en az 2 aylık bir sürenin iyileşme dönemi olarak ele alınması, başvuran hastaların tedavi açısından daha zor bir grup olması dolayısıyla genel bipolar örneklemi tamamen yansıtamıyor olabileceğidir. Bu çalışmaya psikiyatrik sorunu olan bakım verenlerin, psikiyatrik sorunları gereği yükü algılamadaki bilişi değişebileceğinden, tedavi gören hasta yakınları alınmamıştır. Daha fazla hastanın ve hasta yakınının alındığı, hasta yakınlarına da SCID-I ve II gibi yapılandırılmış tanı ölçeklerinin uygulandığı ve bu anlamda da psikiyatrik tedavi görenlerde ve görmeyenlerde yükün nasıl değiştiğini gösteren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak, karma atak ve hızlı döngülülük BPP hastalarına bakım verenlerde toplumsal ilişkilerde bozulmaya neden olmaktadır. Hastalık belirtilerinin ötimik dönemde kontrol altına alınması, hastanın sosyal işlevselliğinin artırılması, hasta yakınına hastalık dönemleri ve belirtileri ile başa çıkması konusunda psiko eğitim verilmesi aile üyelerinin yükünü azaltmada önemli görünmektedir. Bu çalışma ötimik hastalarda yapılmıştır ve poliklinikte izlenen iyileşme dönemindeki hasta ve hasta yakınına hangi alanda psiko eğitim ve psikoterapi yapılması gerektiğini göstermesi açısından veriler sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

- Akdemir A, Örsel S, Dağ İ ve ark. (1996) Hamilton depresyon derecelendirme ölçeğinin (HDDÖ) geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 4:251-9.
- Ankri J, Andrieu S, Beaufile B ve ark. (2005) Beyond the global score of the Zarit Burden Interview: useful dimensions for clinicians. *Int J Geriatr Psychiatry* 20:254-60.
- Arnold LM, McElroy SL, Keck PE Jr (2000) The role of gender in mixed mania. *Compr Psychiatry* 41:83-7.
- Arnold LM (2003) Gender differences in bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am* 26:595-620.
- Avasthi A, Sharma A, Malhotra S ve ark. (1999) Rapid cycling bipolar disorder: a descriptive study from North India. *J Affect Disord* 54: 67-73.

- Barrowclough C, Tarrier N, Lewis S ve ark. (1999) Randomised controlled effectiveness trial of a needs-based psychosocial intervention service for carers of people with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 174:505-11.
- Braunig P, Krüger S, Shugar G (1998) Prevalence and clinical significance of catatonic symptoms in mania. *Compr Psychiatry* 39:35-46.
- Chadda RK, Singh TB, Ganguly KK (2007) Caregiver burden and coping: A prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 42:923-30.
- Chakrabarti S, Gill S (2002) Coping and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disord* 4:50-60.
- Chakrabarti S, Kulhara P, Verma SK (1992) Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. *Acta Psychiatr Scand* 86:247-52.

- Cohen S, Khan A, Robison J (1988) Significance of mixed features in acute mania. *Compr Psychiatry* 29:421-6.
- Cook JA, Lefley HP, Pickett SA ve ark. (1994) Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness. *Amer J Orthopsychiat* 64:435-47.
- Dyck DG, Short R, Vitaliano PP (1999) Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosom Med* 61:411-9.
- Endicott J, Spritzer R, Fleiss J ve ark. (1976) The Global Assessment Scale. *Arch Gen Psychiatry* 33:766-71.
- Fadden G, Bebbington P, Kuipers L (1987) Caring and its burdens. A study of the spouses of depressed patients. *Br J Psychiatry* 151:660-7.
- Gallagher SK, Mechanic D (1996) Living with the mentally ill: Effects on the health and functioning of other household members. *Soc Sci Med* 42:1691-701.
- Garcia-Amador M, Colom F, Valenti M ve ark. (2009) Suicide risk in rapid cycling bipolar patients. *J Affective Disord* 117: 74-8.
- Goldberg JF, Garino JL, Leon AC ve ark. (1998) Association of recurrent suicidal ideation with nonremission from acute mixed mania. *Am J of Psychiatry* 155:1753-5.
- Gonzalez-Pinto A, Barbeito S, Alonso M ve ark. (2011) Poor long-term prognosis in mixed bipolar patients: 10-year outcomes in the Vitoria prospective naturalistic study in Spain. *The J Clin Psychiat* 72: 671-6.
- Goodwin FK, Jamison KR (1990) Manic-depressive illness. New York: Oxford University Press.
- Goossens PJJ, Wijngaarden BV, Knoppert-Van Der KEAM ve ark. (2008) Family caregiving in bipolar disorder: caregiver consequences, caregiver coping styles and caregiver distress. *Int J Soc Psychiatry* 54: 303-16.
- Hanzawa S, Tanaka G, Inadomi H ve ark. (2008) Burden and coping strategies in mothers of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry Clin Neuroscience* 62:256-63.
- Johnson SL (2005) Mania and dysregulation in goal pursuit: a review. *Clin Psychol Rev* 25: 241-62.
- Karadağ F, Oral ET, Yalçın FA ve ark. (2001) Young Mani Derecelendirme Ölçeğinin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 13:107-14.
- Kessing LV (2004) Gender differences in the phenomenology of bipolar disorder. *Bipolar Disord* 6:421-5.
- Kjellin L, Östman M (2005) Relatives of psychiatric inpatients: do physical violence and suicide attempts of patients influence family burden and participation in care? *Nord J Psychiatry* 59:7-11.
- Lam D, Donaldson C, Brown Y ve ark. (2005) Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar Disord* 7:431-40.
- Liew TM, Luo N, Chionh HL ve ark. (2010) Predicting gains in dementia caregiving. *Dement Geriatr Cogn Disord* 29:115-22.
- Maj M, Magliano L, Pirozzi R ve ark. (1994) Validity of rapid cycling as a course specifier for bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 151: 1015-9.
- Mansell W, Pedley R (2008) The ascent into mania: a review of psychological processes associated with the development of manic symptoms. *Clin Psychol Rev* 28: 494-520.
- Miklowitz DJ, Johnson SL (2006) The psychopathology and treatment of bipolar disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2: 199-235.
- Miklowitz DJ (2007) The role of the family in the course and treatment of bipolar disorder. *Curr Dir Psychol Sci* 16: 192-6.
- Miklowitz DJ (2008) Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *Am J Psychiatry* 165: 1408-19.
- Miyamoto Y, Tachimori H, Ito H (2010) Formal caregiver burden in dementia: impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. *Geriatr Nurs* 31:246-53.
- Ogilvie AD, Morant N, Goodwin GM (2005) The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 7:25-32.
- Ostacher MJ, Nierenberg AA, Losifescu DV (2008) Correlates of subjective and objective burden among caregivers of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 118:49-56.
- Özdemir A, Yazıcı O, Oral ET ve ark. (2004) Establishment of a registry program for bipolar illness in Turkey. *International Society of Affective Disorders 2nd Biennial Conference-Cancun, Mexico, J Affective Disord* 78 (Suppl 1): 86.
- Özlü A, Yıldız M, Aker T (2009) Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi-Archives of Neuropsychiatry* 46(Özel Sayı):38-42.
- Perlick D, Clarkin JF, Sirey J ve ark. (1999) Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder. *Br J Psychiatry* 175:56-62.
- Perlick DA, Rosenheck RR, Clarkin JF ve ark. (2001) Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *J Ner Ment Dis* 189:31-7.
- Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF ve ark. (2004) Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 55:1029-35.
- Perlick DA, Hohenstein JM, Clarkin JF ve ark. (2005) Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: A preliminary study. *Bipolar Disord* 7:126-35.
- Perlick DA, Rosenheck R, Miklowitz DJ (2007) STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group. Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disord* 9:262-73.
- Perugi G, Micheli C, Akiskal HS ve ark. (2000) Polarity of the first episode, clinical characteristics, and course of manic-depressive illness: a systematic retrospective investigation of 320 bipolar I patients. *Compr Psychiatry* 41: 13-8.
- Platt S (1985) Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychol Med* 15:383-93.
- Reinares M, Vieta E (2004) The burden on the family of bipolar patients. *Clin Approaches Bipolar Disord* 3:17-23.
- Reinares M, Vieta E, Colom F ve ark. (2006) What really matters to bipolar patients caregivers: Sources of family burden. *J Affect Disord* 94:157-63.
- Serretti A, Mandelli L, Lattuada E ve ark. (2002) Rapid cycling mood disorder: clinical and demographic feature. *Compr Psychiatry* 43: 336-43.
- Shulman KI, Schaffer A, Levitt A ve ark. (2002) Effects of gender and age on phenomenology and management of bipolar disorder: a review. *Bipolar Disorder*, M Maj, HS Akiskal, JJ Lopez Ibor, N Sartorius (Ed). Chichester, UK: John Wiley and Sons, s. 359-97.
- Schulze B, Rössler W (2005) Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004-2005. *Current Opinion in Psychiatry* 18:684-91.
- Struening EL, Stueve A, Vine P ve ark. (1995) Factors associated with grief and depressive symptoms in caregivers of people with serious mental illness. *Research in Community and Mental Health*, Cilt 8, JR Greenley (Ed). Greenwich (CT): JAI Press Inc., s. 91-124.
- Suppes T, Mintz J, McElroy SL ve ark. (2005) Mixed hypomania in 908 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation Bipolar Treatment Network: a sex-specific phenomenon. *Arch Gen Psychiatry* 62:1089-96.
- Tondo L, Baldessarini LU (1998) Rapid cycling in women and men with bipolar manic-depressive disorders. *Am J Psychiatry* 155: 1434-6.
- Williams BW (1978) A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry* 45:742-7.
- Young RC, Biggs JT, Ziegler VE (1978) A rating scale for mania: reliability, validity, and sensitivity. *Br J Psychiatry* 133:429-35.
- Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J (1980) Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist* 20:649-55.