

HIV Enfeksiyonu ve AIDS'in Psikiyatrik Yönleri

Can CİMİLLİ*, Burak BAYKARA**

ÖZET

HIV enfeksiyonu ve AIDS'in psikiyatrik yönlerini konu edinen bu yazıda HIV bulaşma riskini arttıran psikiyatrik bozukluklar, AIDS'in psikolojik özellikleri, HIV enfeksiyonuna ilişkin psikoimmünolojik araştırmalar, HIV enfeksiyonuna eşlik eden psikiyatrik bozukluklar ele alınmış; HIV enfeksiyonu olan hastalarda psikofarmakoterapi ve psikoterapinin temel ilkeleri gözden geçirilmiştir. Ayrıca AIDS korkusu ve sağlık çalışanlarının AIDS'e ilişkin sorunları tanımlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: HIV enfeksiyonu, AIDS, psikoimmünoloji, ensefalopati, depresyon, intihar, psikiyatrik bozukluklar, sağlık çalışanları.

KLİNİK PSİKİYATRİ 2001;4:175-181

SUMMARY

Psychiatric Aspects of HIV Infection and AIDS

In this article on psychiatric aspects of HIV infection and AIDS, psychiatric disorders which increase the risk of HIV infection, psychological characteristics of AIDS, psychoimmunological research on HIV infection, psychiatric disorders which accompany HIV infection, basic principles of psychopharmacotherapy and psychotherapy in HIV (+) patients were reviewed and psychological phenomena related with AIDS such as fear of AIDS and psychological problems of caregivers were described.

Key Words: HIV infection, AIDS, psychoimmunology, encephalopathy, depression, suicide, psychiatric disorders, health workers.

GİRİŞ

1983'te tanımlanmasının ardından süratle yaygınlaşan ve tüm dünyayı tehdit eden bir halk sağlığı sorunu haline gelen insan immün yetmezlik virüsü enfeksiyonunun (yaygın kullanıldığı biçimiyle HIV olarak kısaltılacaktır) ve neden olduğu edinilmiş immün yetmezlik sendromunun (yaygın kullanıldığı biçimiyle AIDS olarak kısaltılacaktır) tüm ruh sağlığı çalışanlarını yakından ilgilendiren birçok psikiyatrik yönleri vardır. İntrauterin bulaşma, kan transfüzyonu ve cinsel kötüye kullanım yollarıyla çocuk ve ergenlere de bulaşabildiğinden çocuk ruh sağlığı çalışanlarını da ilgilendirmektedir. Çocukluk çağı HIV enfeksiyonu temelde erişkin enfeksiyonundan farklı değildir. Ancak bedensel ve zihinsel gelişme geriliğine yol açabilmesi nedeniyle farklı klinik görünümler sergileyebilir ve farklı yaklaşım biçimleri gerektirebilir (Stephenson 1994).

HIV enfeksiyonunun psikiyatrik yönleri aşağıdaki başlıklar altında incelenebilir:

1. HIV bulaşma riskini arttıran psikiyatrik bozukluklar,
2. AIDS'in psikolojik özellikleri,
3. Psikoimmünolojik araştırmalar,
4. HIV enfeksiyonuna eşlik eden psikiyatrik bozukluklar,
5. Bir psikiyatrik bozukluk belirtisi olarak AIDS korkusu,
6. Sağlık çalışanlarının AIDS'e ilişkin sorunları.

* Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ** Uz. Dr., Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İZMİR

HIV BULAŞMA RİSKİNİ ARTTIRAN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

HIV enfeksiyonunun risk etmenleri psikiyatrik olmaktan çok sosyo-ekonomiktir. AIDS hastalığının ilk tanımlandığı dönemlerde hedef kitlesinin yanlışlıkla eşcinsellerle sınırlı sanılması hastalığın stigmatize olmasına yol açmıştır. Bu stigmatizasyon hastaların dışlanması neden olarak yardımı geciktirmiş ve hastalığın gizlenmesine neden olarak enfeksiyonun yaygınlaşmasını hızlandırmıştır. Başlangıçta eşcinsel ilişki, kontamine enjektörlerle IV madde enjeksiyonu ve kan transfüzyonu yoluyla bulaşma yaygınken giderek karşı cinse (heteroseksüel) ilişki yoluyla bulaşma yaygınlaşmıştır. Özellikle günümüzde enfeksiyonun endemik hale geldiği Afrika ülkelerinde bu bulaşma türü ağırlıktadır (Bruhn 1994). Dolayısıyla en önemli risk etmenleri yoksulluk ve eğitimsizliktir. Gelişmiş Batı ülkelerinde yaygın eğitim ve koruma kampanyaları sonucunda enfeksiyonun yayılımı denetim altına alınmaya başlanmıştır. Halen risk etmeni olmayı sürdüren eşcinsellik, DSM-III ve ICD-10'dan itibaren psikiyatrik bir bozukluk olarak görülmemektedir. HIV bulaşma riskini arttıran psikiyatrik bozukluklar madde kullanım bozukluğu, çok sayıda insanla ve korumasız cinsel ilişkilere neden olabilen antisosyal ve borderline kişilik bozuklukları ve bipolar bozukluktur. IV madde kullanımını doğrudan bulaşma riski oluşturmakla birlikte, her türlü madde kullanım bozukluğu HIV bulaşma riskini arttırmaktadır. Çünkü madde kullanım bozukluğu olan kişilerde çoğul cinsel eş oranı yüksektir. Maddeye ulaşmak için fuhuş olasılığı artmıştır. Kondom kullanımı azdır. Özellikle opiat türü madde kullananlarda ağır eşiği yükselmiştir, bu durum travmatik anal ilişki olasılığını arttırmaktadır (Grant ve Atkinson 1995). Ergenlerde de madde kullanımı, suçta yatkınlık ve aile içi sorunların HIV bulaşma riskini arttırdığı gösterilmiştir (Malow ve ark. 1997). Çoğu kez birarada görülen bu üç özelliğe sahip olan gençler cinsel ilişkilere daha erken başlar, güvenli cinselliğe aldırış etmez, HIV hakkında bilgisiz olabilirler. Hastalığın yayılmasına ve stigmatize olmasına yol açan madde kullanım bozukluğunun ve uygun olmayan cinsel davranışların düzeltilmesi toplum psikiyatrisinin ilgi alanına girmektedir (Grant ve Arkinson 1995).

AIDS'İN PSİKOLOJİK ÖZELLİKLERİ

Günümüzde HIV enfeksiyonunun AIDS'e dönüşmesi, AIDS'in ölümlü sonuçlanması belki geciktirilebilmekte, ancak durdurulamamaktadır. Bunun bilincinde olan hasta için HIV enfeksiyonu tanısı konması ölümlü

yüzleşme anlamı taşımaktadır. Üstelik bu ölüm yavaş yavaş gelecek ve çeşitli acılar çekilecektir. AIDS'in bu yönü diğer ölümcül hastalıklara, özellikle kansere benzemektedir. AIDS hastaları da Kübler-Ross'un bildirdiği ölümcül hastalığa tepki aşamalarından geçerler: 1. Şaşkınlık ve inkar, 2. Öfke ve isyan, 3. Pazarlık, 4. Depresyon, 5. Kabullenme.

Buna karşılık bir stigma oluşturan AIDS hastalığının diğer ölümcül hastalıklardan farklı yanları da vardır (Bruhn 1994, Özkan 1993). Hasta yakınları tanıyı öğrendiklerinde çoğu kez hem yaşam tarzı nedeniyle hastayı suçlamakta, hem de enfeksiyon bulaşacağı korkusuyla ondan uzaklaşmaktadırlar. Bu durum hastanın utanç ve suçluluk duymasına neden olmakta, zaten görülmesi beklenen depresyon riskini arttırmaktadır. Eşcinselliğini gizleyen hastalar cinsel seçimlerinin deşifre olacağı endişesini yaşamaktadırlar. Bu endişeye kapılan bazı hastalar cinsel alışkanlıklarını ya da IV madde kullandıklarını inkar edebilirler. AIDS'li hastanın cinsel eşinin de HIV ile enfekte olma olasılığı yüksektir. AIDS'lilerin birçoğu kendilerinden önce AIDS'den ölen eşlerinin ve yakın arkadaşlarının yasını tutarlar.

Hastalığa ruhsal tepkilerin şiddeti çeşitli etmenlerce belirlenir. Aşağıda sıralanan durumlarda ruhsal sorunların görülme riski daha fazladır (WHO 1990, Stober ve ark. 1997, Kretzner ve Gorman 1992):

1. Pasif başatme biçimlerinin kullanılması (içe kapanma ve mücadeleden kaçınma),
2. Geçmiş psikiyatrik bozukluk öyküsü,
3. Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü,
4. Yakın dönemde kayıp yaşama ve travma öyküsü,
5. Sosyal desteklerin yetersiz olması ve aile tarafından dışlanma,
6. Yeterli HIV danışmanlığının olmaması,
7. Fiziksel sağlığın bozuk olması (hastalığın ileri aşamaları).

PSİKOİMMÜNOLOJİK ARAŞTIRMALAR

Psikoimmünoloji, psikososyal etmenlerin immün sisteme etkilerini inceleyen alandır. HIV enfeksiyonunda görülen immün sistem değişiklikleri üç nedene bağlı olabilir (Kretzner ve Gorman 1992):

1. Doğrudan HIV enfeksiyonu sonucu oluşan immün değişiklikler,

2. HIV'e bağlı merkezi sinir sistemi (MSS) patolojisi sonucu oluşan immün değişiklikler,

3. HIV'e bağlı psikososyal stresörler sonucu oluşan immün değişiklikler.

HIV virüsü immün sistemdeki yardımcı T (T-helper) hücrelerini (CD4+) enfekte ederek bağışıklığı zayıflatar. Psikolojik etmenlerin HIV enfeksiyonundaki immün değişikliklere etkisine ilişkin çalışmalar birbirleriyle çelişen sonuçlar vermiştir (Kretzner ve Gorman 1992). Psikiyatrik bozukluklarla immün sistem değişkenleri arasında çoğu kez bağlantı bulunmamıştır. Genellikle erken evrelerde immün sistemin güçlendiği, geç evrelerde ise zayıfladığı bulunmuştur. Çalışmaların çoğu başka etmenler (Örneğin: beslenme, sigara-kafein-alkol kullanımı, ilaçlar vb) yönünden kontrol edilmemiştir. HIV enfeksiyonunun kendisi de immün işlevleri etkilediğinden psikososyal etmenlerin etkisini belirlemek güçtür.

HIV ENFEKSİYONUNA EŞLİK EDEN PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

HIV virüsü MSS'nin koruyucu hücreleri olan mikroglia ve makrofajları enfekte eder. Ayrıca astrosit fonksiyonlarını bozarak kan-beyin engeli işlevlerini de bozar (Leishman 1998). HIV enfeksiyonunda nörotransmitter değişiklikleri de görülür. Glutamat düzeyi artarken, dopamin ve serotonin düzeyleri azalır (Bernstein 1995).

HIV enfeksiyonunda nöropsikiyatrik bozukluk nedenleri şöyle sıralanabilir (Leishman 1998, Janicak 1995):

1. Doğrudan HIV enfeksiyonuna bağlı nöropsikiyatrik bozukluklar (HIV ensefalopatisi, aseptik menenjit, HIV ile ilişkili minör kognitif bozukluk),
2. İmmün yetmezlik sonucu oluşan merkezi sinir sistemi (MSS) tümörleri,
3. İmmün yetmezlik sonucu oluşan MSS enfeksiyonları,
4. HIV enfeksiyonunun sistemik komplikasyonları sonucu oluşan nöropsikiyatrik bozukluklar (Vitamin B₁₂ eksikliği, metabolik ensefalopati vb),
5. HIV tedavilerinin MSS yan etkileri (antiviral ilaçlar, siklosterin, steroidler),
6. HIV enfeksiyonuna psikolojik tepki sonucunda ortaya çıkan ya da alevlenen psikiyatrik bozukluklar.

HIV enfeksiyonu ile birlikte sık görülen psikiyatrik bozukluklar kognitif bozukluklar (demans ve deliryum), depresyon, mani, psikoz, anksiyete bozuk-

lukları, uyku bozuklukları, uyum bozukluğu ve madde kullanım bozukluklarıdır.

1. Kognitif Bozukluklar: Hafif bellek bozukluğundan ağır demansa dek değişik şiddette kognitif bozukluklar görülebilir (WHO 1990). Hafif tablolar "HIV ile ilişkili Minör Kognitif Bozukluk" olarak adlandırılır. **Minör kognitif bozuklukta** (MKB) en sık görülen yakınma konsantrasyon güçlüğü ve zihinsel işlevlerde yavaşlamadır. Laboratuvar testlerinde ve görüntüleme yöntemlerinde özgül herhangi bir bulgu saptanmamıştır. Dil işlevlerinde etkilenme beklenmez. Depresyon ile ayırıcı tanısının yapılması önemlidir. MKB'de duygudurum değişikliği beklenmez. Asemptomatik evrede hastaların %20-30'unda MKB görülür. Hastalık ilerledikçe MKB prevalansı artar. MKB olan hastaların nöropsikiyatrik test bulguları sağlıklı yaşlı hastaların test bulgularıyla uyumlu bulunmuştur. MKB'nin demans öncülü mü, yoksa ayrı bir antite mi olduğu hala tartışılmaktadır (Grant ve Atkinson 1995). **Demansın** nedeni "HIV Ensefalopatisi"dir. HIV-1 Virüsünün glial hücreleri ve özellikle astrositleri enfekte etmesi sonucunda oluşur. HIV ile enfekte olanların %15-66'sında görülür (Grant ve Atkinson 1995). HIV enfeksiyonluların %10'unda AIDS gelişmeden önce HIV ensefalopatisi gelişir (Bernstein 1995). Başlangıç belirtileri halsizlik, ilgi ve istek kaybı, konsantrasyon güçlüğüdür. Bu belirtiler nedeniyle depresyonla karışır. Giderek progresif subkortikal demans gelişir (Baral 1997). HIV demansının belirtileri MKB'den daha şiddetlidir. Nöropsikolojik testlerde ve klinik bulgularda bozulma çok daha belirgindir. Demans ilerledikçe apati, dezoriantasyon, tek başına yaşamakta güçlük belirginleşir. Demansa deliryum tablosu da eşlik edebilir. HIV demansı subkortikal özelliktedir. Subkortikal tipteki demansta kortikal tipteki (Alzheimer tipi) demanstan farklı olarak amnezi yerine unutkanlık, hatırlama güçlüğü yakınması ön plandadır. Duygudurum değişiklikleri sık görülür (labilite, irritabilite, apati gibi). Nörolojik muayenede motor bulgular saptanır (ataksi, glabella refleksinin pozitif olması, alt ekstremitelerde belirgin olmak üzere motor güçsüzlük, tendon reflekslerinin şiddetlenmesi gibi). HIV ile ilişkili nörokognitif bozukluklarda antiretroviral ilaçların koruyucu ve tedavi edici etkisi gösterilmiştir. HIV demansında ayırıcı tanı, tedavi edilebilir fırsatçı enfeksiyonları dışlamak gerekir. Bu hastalıkların klinik bulguları demansa benzese de fokal bulgu vermeleriyle demanstan ayrılırlar. Demans ve deliryum birlikteliği kötü prognoz göstergesidir (Leishman 1998). Olguların %50-75'i altı ay içinde ölür (Grant ve Atkinson 1995).

2. Depresyon: AIDS'te depresif duygudurum görülme oranının %80 olduğu bildirilmiştir (Özkan 1993). Buna karşılık major depresif bozukluk prevalansı için çeşitli çalışmalarda %1.4 ile %43 arasında değişen oranlar bildirilmiştir (Stober ve ark. 1997). HIV enfeksiyonunda depresyon prevalansının yüksek olması çeşitli nedenlere bağlı olabilir. Bunlar arasında hastalığa ilişkin kayıpların algılanması, ölümün öngörülmesi, dopamin ve serotonin düzeylerinin azalması, HIV enfeksiyonu riski yüksek olan madde kullanıcıları ve eşcinsel erkeklerde psikiyatrik bozukluk prevalansının zaten yüksek olması sayılabilir (Stober ve ark. 1997, Bernstein 1995). HIV riski altında olan hemofilik erkeklerle eşcinsel erkekler birbirleriyle karşılaştırıldığında psikiyatrik bozukluk riskinin eşcinsel erkeklerde daha yüksek olduğu gösterilmiştir. HIV enfeksiyonunda görülen depresyon olgularının çoğu yineleme türündedir. Yeni tanı daha azdır (Grant ve Atkinson 1995). Son yıllarda bildirilen depresyon prevalansı oranları daha düşüktür. Bu düşüş için bazı nedenler ileri sürülmüştür (Stober ve ark. 1997, Kretzner ve Gorman 1992): a. Depresyon tanısı koyarken standarde edilmiş ölçek ve ölçütlerin kullanılması, b. Hastalara yönelik olumsuz ve dışlayıcı tutumların azalması, c. Sosyal destek kurumlarının oluşması, d. Hastalığın tedavisindeki gelişmeler. HIV tedavisinde yeni ilaçların ortaya çıkışı hızla kötüye giden tipik klinik tablonun yerini, kronik gidişli, kardiyak ve nörolojik sorunların ön planda olduğu bir tablonun almasına neden olmuştur. HIV enfeksiyonunda depresyon tanısı koymanın bazı güçlükleri vardır. Bunlar arasında subkortikal demans belirtilerinin ve AIDS'e bağlı fiziksel hastalık belirtilerinin depresyon belirtileriyle örtüşmesi, AIDS tedavisinde kullanılan ilaçların etkileri ve kronik hastalıktan kaynaklanan uyum bozukluklarının major depresif bozukluk ile ayrıntı tanı sorunu oluşturması sayılabilir. HIV enfeksiyonu seyrinde depresyonun daha sık görüldüğü aşamaların başlangıçtaki tanı koyma aşaması ve demansın başlangıç aşamaları olduğu bildirilmiştir (WHO 1990). Ayrıca depresyon şiddetinin fiziksel belirtilerin şiddetiyle bağlantılı olduğu, depresyonun yaşam süresini kısalttığı, işlev düzeyini düşürdüğü, yaşam kalitesini azalttığı, riskli davranışları arttırarak enfeksiyon yayılmasını hızlandırdığı ve HIV bulaşma riski yüksek olan gruplarda da depresyon prevalansının yüksek olduğu gösterilmiştir (Stober ve ark. 1997).

3. İntihar Girişimi: HIV enfeksiyonlulara intihar girişimi oranının genel nüfusun 36 katı olduğu bildirilmiştir (Özkan 1993, Janicak 1995).

Asemptomatik HIV(+)’lerde intihar riski AIDS'lilerden daha yüksek bulunmuştur. Bildirilen intihar risk etmenleri arkadaşların AIDS'den ölmesi, yakın dönemde seropozitif çıkmak, relapslar, eşcinsellikle ilgili sosyal konular, sosyal ve maddi destek yetersizliği, demans ve deliryumdur (Bruhn 1994, Grant ve Atkinson 1995).

4. Mani ve Psikoz: Daha seyrek görülür. Nedenleri arasında ensefalopati, antiretroviral ilaçlar, siklosterin ve steroidler vardır. Mani tablosu görülen hastaların özgeçmişlerinde duygudurum bozukluğu öyküsü saptanmamıştır (Grant ve Atkinson 1995). Antiretroviral ilaçlardan azidotimine (AZT) bağlı maninin ilaç kesildiğinde düzeldiği bildirilmiştir (Janicak 1995). Kognitif bozukluk olmaksızın da akut psikotik bozukluk görülebilir (WHO 1990).

5. Anksiyete Bozuklukları: Tüm hastalarda ölüm korkusundan kaynaklanan belirli derecede anksiyete görülür. Ancak AIDS'e bağlı otonom işlev bozukluğu anksiyetenin yaşanma biçimini etkileyebilir (Kretzner ve Gorman 1992). Hastalık semptomatik düzeye ilerledikçe anksiyete bozukluklarının sıklığı ve şiddeti artar. Tedaviye karar verirken, günlük işlevlerin ve yaşam kalitesinin anksiyete nedeniyle olumsuz etkilenip etkilenmediği göz önüne alınmalıdır. Anksiyete belirtilerinin bir haftadan uzun sürmesi koruyucu tedaviyi gerekli kılar (Grant ve Atkinson 1995). Yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ve obsesif-kompulsif bozukluk ölçütlerini karşılayan olgular da sık görülür.

6. Uyku Bozuklukları: HIV enfeksiyonunun ileri aşamalarında sık görülür. Ayrıca antiretroviral ilaçların insomniye yol açtıkları bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda immün sistem işlevleri bozuldukça, CD4 hücrelerinin sayısı düştükçe uyku bozukluklarının şiddetinin arttığı gösterilmiştir (Grant ve Atkinson 1995).

7. Uyum Bozukluğu: HIV enfeksiyonuna tepki olarak ortaya çıkan, ancak duygudurum ve anksiyete bozukluklarının ölçütlerini karşılamayan ruhsal bozukluklar uyum bozukluğu olarak adlandırılır. Anksiyöz ya da depresif duygudurumlu olabilir. Çeşitli çalışmalarda prevalansının %13-54 olduğu bildirilmiştir (Stober ve ark. 1997). Bu oranlar major depresif bozukluk oranlarından yüksektir. Uyum bozukluğu özellikle hastalığın erken döneminde en sık görülen psikiyatrik bozukluktur. Prognozu iyidir. Eğitim ve destekleyici yaklaşıma iyi yanıt verir (Grant ve Atkinson 1995).

8. Madde Kullanım Bozukluğu: Madde kullanım

bozukluğu olanlarda HIV enfeksiyonunun daha sık görüldüğüne değinilmişti. Bu hastalarda üçlü tanı sık görülür (Janicak 1995). Psikiyatrik bozukluk + madde kötüye kullanımı + HIV pozitifliği. Enfeksiyon tanısının konması bu olguların bazılarında bir başetme biçimi olarak madde kullanımının artmasına neden olabilir (Grant ve Atkinson 1995). Bu da yaşam süresini kısaltır ve bulaşma riskini artırır. HIV enfeksiyonu olan hastalarda çözümlenmemiş, komplike yaş riski artmıştır. Bu sorun alkol ve madde kullanımına yol açarak, depresyon ve anksiyeteyi şiddetlendirerek psikiyatrik sorunları besleyen bir durum olarak karşımıza çıkabilir (Grant ve Atkinson 1995).

AIDS KORKUSU

"Çağımızın vebası" nitelendirmesi geçmişte korku ile özdeşleştirilen veba ile AIDS arasındaki benzerliğe işaret eder. Günümüzde birçok insan HIV/AIDS'den şiddetle korkmakta ve yaşam biçimlerini değiştirmektedir. Risk altındaki bireylerin korkusu gerçekçi bir korkudur ve önlem almalarını sağlar. Bulaşma ve korunma yolları konusunda eğitim verilmesi, gizliliğe özen gösterilmesi bu korkuyu azaltır. Bunun yanısıra günümüzde birçok ruhsal bozukluğun belirtisi olarak gerçek riskle orantısız AIDS korkusu görülür. Genellikle hastalık obsesyonları ya da hipokondriazis biçiminde ortaya çıkan bu korkunun görüldüğü ruhsal bozukluklar sıklıkla yaygın anksiyete bozukluğu, fobik bozukluk; daha seyrek olarak obsesif-kompulsif bozukluk, hipokondriazis, depresyon ve şizofrenidir (Özkan 1993).

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AIDSE İLİŞKİN SORUNLARI

Ölümcül ve bulaşıcı hastalıklarla ilgilenen sağlık çalışanları çeşitli sorunlar yaşarlar (Bruhn 1994). Ölen hastalar için yas tutabilir, ölmesi beklenen hastalar için yas öngörebilirler. Hastalara yaşam biçimleri nedeniyle öfke duyabilir, çaresizlik sonucu engellenme yaşayabilirler. Hastalığın kendilerine bulaşmasından korkabilirler. Hastaların cinsel alışkanlıklarını konuşmakta güçlük çekebilirler. Tüm bu yaşantılar sağlık çalışanlarında tükenme belirtilerine neden olabilir ve AIDS klinikleri çalışan bulmakta güçlük çekebilir. Çalışanlara sürekli eğitim verilmesi ve duygularını paylaşmalarına olanak sağlayan gruplar yararlı olabilir.

HIV ENFEKSİYONUNDA PSİKOFARMAKOTERAPİ

1. HIV'de Psikofarmakoterapinin Temel İlkeleri:

a. Deneyimler sınırlı olmakla birlikte antiretroviral

ilaçlar ile psikotrop ilaçların birarada kullanımını kısıtladığı bilinen bir kontrendikasyon yoktur. Ancak tüm psikotrop ilaçların dozu azaltılarak kullanılmalıdır (örneğin: olağan dozun 1/2'si ya da 1/4'ü gibi dozlarda) (Grant ve Atkinson 1995, Janicak 1995).

b. Hastaların kullanmakta olduğu antiretroviral ve antibiyotik ilaçların kognitif fonksiyonları olumsuz etkileme riski vardır. Kognitif bozukluğu olan hastalarda benzodiyazepin ve antikolinergik ilaçlardan kaçınmak gerekir (Bernstein 1995).

c. HIV(+) hastalarda fırsatçı enfeksiyonlar ve neoplazmalar nedeniyle nöbet riski artmıştır. Bu nedenle nöbet eşğini düşürdüğü bilinen ilaçlar dikkatle kullanılmalıdır (Bernstein 1995).

d. EKT etkin bir tedavi yöntemidir, ancak fırsatçı MSS enfeksiyonları ve kafa içi basıncın arttığı durumlarda kontrendikedir (Grant ve Atkinson 1995).

e. Azidotimidin (AZT) adlı antiretroviral ilacın nöropsikolojik test performansının bozulma hızını azalttığı, hatta kognitif işlev bozukluğunu düzelttiği gösterilmiştir. Bu ilaç kan-beyin engelini diğer antiretroviral ilaçlardan daha yüksek oranda geçmekte ve MSS'de virüs replikasyonunu inhibe etmektedir (Leishman 1998).

2. **Depresyon:** Genel ilke olarak antidepresiflerin düşük dozda başlanması ve yavaş artırılması önerilmektedir (Janicak 1995). Organ işlev bozuklukları nedeniyle ilaçlara duyarlılık artmıştır. Trisiklik antidepresiflerin alışılmış tedavi dozlarından daha düşük dozlarda (25-100 mg) etkin oldukları gösterilmiştir (Baral 1997). Ancak hastalardaki kognitif bozuklukları arttırabileceğinden antikolinergik yan etkili ilaçlardan kaçınılır. Önerilen antidepresifler SSRI'lar, SNRI'lar ve trazodondur. SSRI'lar arasında ilaç etkileşimleri daha az olan sertralin önerilmektedir. Antiretroviral ilaçlardan azidotimidin (AZT), katekolamin-O-metil transferaz (COMT) enzimini inhibe edebileceğinden, bu ilacı kullanan hastalarda MAO inhibitörlerinden kaçınılması önerilmektedir (Bernstein 1995). Noradrenerjik antidepresiflerin lenfosit ve NK (natural killer) hücreleri etkinliğini azaltarak immün yetmezliği hızlandırdığı ileri sürülmüştür (Kretzner ve Gorman 1992). Antidepresif ilaçlar daha çok asemptomatik HIV(+) hastalarda etkilidir, hastalık ilerledikçe antidepresif tedaviye yanıt azalmaktadır (Grant ve Atkinson 1995). HIV/AIDS'lilerin depresyonunda antidepresifler dışında etkinliği gösterilen diğer tedaviler EKT, psikostimülanlar ve testosteron replasman tedavidir (Stober ve ark. 1997, Bernstein 1995, Janicak 1995). Madde kullanım

öyküsü, nöbet, MSS enfeksiyonu, aritmi, hipertansiyon olan hastalarda psikostimülan tedavisi kontrendikedir (Bernstein 1995).

3. Mani: Lityum, karbamazepin ve valproat kullanılabilir (Bernstein 1995, Janicak 1995, Baral 1997). Steroide bağlı duygudurum bozukluğunun lityumdan yararlandığı bildirilmiştir. Lityum kullanılırken böbrek işlevleri yakından izlenmelidir. Risperidon ile de olumlu sonuçlar bildirilmiştir (Janicak 1995). AZT kullanımıyla ortaya çıkan mani bildirilmiştir. Bu tabloda özellikle lityum tedavisi önerilmektedir (Grant ve Atkinson 1995). Görüntülenebilir organik patolojiye ikincil olarak ortaya çıkan manide valproik asidin özellikle etkili olduğu bildirilmektedir (Baysal ve Işık 1999).

4. Psikoz: Düşük dozda, yüksek potanslı antipsikotikler (Örneğin: haloperidol) yeğlenir. Olağan antipsikotik dozunun 1/3'ü ile 1/10'u arasındaki dozların yeterli olduğu ileri sürülmektedir (ortalama 150 mg/gün klorpromazin) (Bernstein 1995). Atipik antipsikotiklerden risperidonun yararlı olduğu bildirilmiştir. AIDS'lilerde bazal gangliyon değişiklikleri nedeniyle ekstrapiramidal sistem yan etkileri ve nöroleptik malign sendrom riski yüksektir. Antikolinergikler kognitif belirtileri arttırabileceğinden ekstrapiramidal sistem yan etkileri gözlenenlerde lorazepam ve amantadin önerilmektedir (Janicak 1995). Antiretroviral tedavi, sikloserin, steroid gibi ilaçlar psikotik tablolara yol açabilirler (Bernstein 1995).

5. Deliryum-Demans: Deliryum görüldüğünde hastanın almakta olduğu ilaçlar değerlendirilir, yaşamsal önemi olmayanlar kesilir. IV haloperidol ile sedasyon sağlanabilir (Baral 1997). Antiretroviral ilaçlar ensefalopatiye bağlı demansı geriletebilir (Bernstein 1995, Janicak 1995).

6. Anksiyete: Kısa ve orta etkili benzodiyazepinler (Örneğin: alprazolam ve lorazepam) yeğlenir (Bernstein 1995, Janicak 1995). Altı haftadan uzun süre kullanılmazlar. Tedaviye bir haftadan uzun süre yanıt alınmadığında anksiyete bozukluğu tanısı gözden geçirilmelidir (Grant ve Atkinson 1995). Benzodiyazepin

başlanan hastanın önceden madde bağımlısı olma olasılığı gözönüne alınmalıdır. Bu durumda bağımlılık yapmayan trazodon, antihistaminikler ve buspiron yararlı olabilir (Bernstein 1995, Janicak 1995). Ağrı için verilen opiatlar anksiyeteyi de giderebilir.

HIV ENFEKSİYONUNDA PSİKOTERAPİ

HIV/AIDS hastaları çeşitli psikoterapötik yaklaşımlardan yarar görürler. Bireysel ve grup psikoterapileri uygulanabilir. Destekleyici psikoterapi, kişilerarası psikoterapi, eğitim ve danışmanlık, aile terapisi, sosyal desteklerin harekete geçirilmesi, kendine yardım grupları yararlı olur (Bruhn 1994, Stober ve ark. 1997, Janicak 1995). İş bulma, sosyal güvence sağlama, sağlık hizmetlerine ve sosyal organizasyonlara ulaşma konularında sosyal hizmet kurumlarının desteği gerekebilir.

Psikoterapide sıklıkla üzerinde çalışılan ortak temalar arasında tanı konduğunda yaşanan şok, ölüm korkusu, kendini suçlama, AIDS'li olmanın sosyal sonuçlarına ilişkin endişeler, gelecekte öngörülen kayıplar için tutulan yas, umutsuzluk sayılabilir (Bruhn 1994, Grant ve Atkinson 1995). AIDS'li hastanın psikoterapisinde hedefler şunlardır (Özkan 1993):

1. Acıyı dindirmek,
2. Yeni duruma uyum sağlamasına yardımcı olmak,
3. Durumu gerçekçi biçimde kabullenmesini sağlamak,
4. Hastalığın algılanmasına yardımcı olmak,
5. Yaşam biçimini düzenlemek,
6. Riskli davranışları ortadan kaldırmak,
7. Yaşam kalitesini arttırmak,
8. Hastalıktan kaynaklanan engellenmelerle başetmek,
9. Uygun duygu dışı vurumunu sağlamak,
10. Kendisine saygısını onarmak,
11. Geleceğe ve ölüme hazırlamak,
12. Aile ve tedavi ekibiyle sorunlarını çözmek.

KAYNAKLAR

Baral I (1997) AIDS ve psikiyatri. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 2(2):165-171.

Baysal Aİ, Işık E (1999) Santral sinir sistemi enfeksiyonları, Organik Psikiyatri. E Işık (Ed), İstanbul, Tayf Matbaası, s.191-218.

Bernstein JG (1995) Drug Therapy in Psychiatry, 3. Baskı, St. Louis, Mosby, s.468-471.

Bruhn JG (1994) Social and psychological aspects of AIDS, HIV-Manual for Health Care Professionals. RD Muma, BA Lyons, MJ Borucki ve ark. (Ed), Norwalk, Connecticut, Appleton & Lange, s.261-279.

Grant I, Atkinson JH (1995) Psychiatric aspects of acquired immune deficiency syndrome, Comprehensive Textbook of Psychiatry. HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 2. Cilt, 6. Baskı, Baltimore, Williams&Wilkins, s.1644-1669.

Janicak PG (1995) Psychopharmacotherapy in the HIV-infected patient. *Psych Annals*, 25(10):613-619.

Kertzner RM, Gorman JM (1992) Psychoneuroimmunology and HIV infection, *Review of Psychiatry*. AT Tasman, MB Riba (Ed), 11. Cilt, Washington DC., American Psychiatric Press, s.219-235.

Lishman WA (1998) Psychological consequences of cerebral disorder, *Organic Psychiatry*. 3. Baskı, UK Blackwell Science, s.315-323.

Malow RM, McMahon R, Cremer DJ ve ark. (1997) Psychosocial predictors of HIV risk among adolescent offenders who abuse drugs. *Psychiatr Serv*, 48(2):185-187.

Özkan S (1993) *Psikiyatrik Tıp, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. İstanbul, s.197-200.

Stephenson KS (1994) Pediatric HIV infection, *HIV-Manual for Health Care Professional*. RD Muma, BA Lyons, MJ Borucki ve ark. (Ed), Appleton & Lange, s.197-198.

Stober DR, Schwartz JAJ, McDaniel JS ve ark. (1997) Depression and HIV disease: Prevalence, correlates & treatment. *Psych Annals*, 27(5):372-377.

WHO (1990) Neuropsychiatric aspects of HIV-1 infection, *WHO Bulletin OMS*. 68. Cilt, Geneve, s.671-673.