

HIV ile Enfekte Hastalarda Gözlenen Psikiyatrik Bozukluklar

Bahadır BAKIM *, Başak ÖZÇELİK *, K. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU **

ÖZET

AIDS'li hastaların çoğunluğu homoseksüel erkekler ve intravenöz drog kullanıcılarıdır. HIV ile enfekte kişilerde uyum bozuklukları, depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları, bipolar bozukluk, uyku bozuklukları, alkol-madde kötüye kullanım bozukluğu, deliryum, demans ve psikoz şeklinde çoğu psikiyatrik sendrom gözlenebilmektedir. HIV, fırsatçı enfeksiyonlar, anti-HIV tedavileri ve HIV hastalığındaki psikososyal stres etmenleri tüm hastalık seyri boyunca psikiyatrik morbiditeye yol açar. Demans ya da bilişsel bozukluğun hafif şekilleri HIV enfeksiyonunun önemli sonuçları olan önemli görünümlerinden biridir. Erken belirlenmesi ve tedavisi hastalığın ilerleyişini önlemede asıldır. Bitkinlik ve depresyon belirtileri HIV enfeksiyonunda yaygın olarak görülmektedir. HIV ile yaşamakta olan kişilerde depresyon hayat kalitesine belirgin etkiler yapmakta, HIV hastalığının ilerlemesi, kötü anti-HIV tedavi uyumu ve intihar riski sebebiyle önemlidir. Kişilik bozuklukları HIV pozitif kişilerde yaygın olarak gözlenebilmektedir. Anksiyete belirtileri belirgin stres altında bu hasta grubunda yaygın olarak gözlenmekte olup, major anksiyete bozuklukları genel nüfusla aynı sıklıkta gözlenmektedir. Alkol ve madde kullanım bozuklukları HIV riski olan bireylerde yaygın görülmektedir. Psikiyatrik bozukluklar sıklıkla HIV enfeksiyonu ve tedavisinden önce gelmektedir, enfeksiyon ve tedaviden bağımsızdır. AIDS hastaları yüksek suisid oranlarına sahiptir. İntihar riski olan hastalar, bu riski taşıyan diğer hastalar gibi psikolojik ve sosyal destek gerektirirler.

Anahtar kelimeler: HIV, AIDS, Psikiyatri

Düşünen Adam; 2005, 18(3): 149-156

ABSTRACT

Psychiatric Disorders Among Patients with HIV Infection

Most of the patients with AIDS are homosexual men or intravenous drug users. HIV infected individuals are subject to the full range of psychiatric syndromes including adjustment disorders, depressive disorders, anxiety disorders, personality disorders, bipolar disorders, sleep disorders, alcohol-substance related disorders, delirium, dementia and psychoses. HIV, opportunistic infections, anti-HIV medications, and the psychosocial stress of HIV illness cause substantial psychiatric morbidity over the course of illness. Dementia or milder forms of cognitive impairment are important manifestations of HIV infection with important consequences. Early detection and treatment is essential to prevent progression. Fatigue and depressive symptoms are common in HIV-infection. Depression has a significant impact on the quality of life of persons living with HIV and is associated with HIV disease progression and mortality, either poor adherence with antiretroviral regimens or risk for suicide. Personality disorder is also common in the HIV- positive population. Symptoms of anxiety are very common in this patient population under substantial stress, while major anxiety disorders appear to occur with the same frequency as in the general population. Alcohol and substance abuse disorders are common in individuals across HIV risk factors. Psychiatric disorders often predate and are independent problems that interact with HIV infection and treatment. Patients with AIDS have an elevated rate of suicide. This suicidal patients require the same psychological and social support as other persons at risk for suicide.

Key words: HIV, AIDS, psychiatry

HIV bir retrovirustur. Genetik materyeli RNA içinde kodlanmıştır. Retrovirus T4 lenfositleri üzerindeki CD4 molekülüne bağlanır. Reverse transkriptaz enzimi ile evsahibi hücre DNA'sına birleşerek kopya edilir. CD4 ya da T4 hücreleri olarak bilinen lenfositler üzerindeki etkisi asıl yıkıcı etkilerinden sorumludur. Bu da hücresel kaynaklı immünitenin yıkımı ve genel immüni- te düzeninin bozulması sonucunda enfeksiyon- lar ve neoplazmalar gelişimine yol açar. HIV si- nir sistemine enfeksiyonun ilk saatlerinde girer ve tüm enfeksiyon boyunca varlığını sürdürür.

HIV enfeksiyonunda virusa karşı antikorlar te- mastan 3. ayda görülmeye başlanır. Başlangıçta serokonversiyon aşamasında % 30 olguda nezle benzeri durum gözlenmektedir. Uzun yıllar asemptomatik kalır. AIDS'i tanımlayan enfeksiyonlar ve neoplazmalar öncesinde çoğu olguda ısrarlı yaygın lenfadenopatiler belirir. Batı toplumlarında tanıya en çok götüren du- rumlar Pneumocystis carini pnömonisi, tüberkü- loz, candidiazis, oral hairy lökoplaki ve Kaposi sarkomudur.

HIV enfeksiyonu ve AIDS'e yönelik psikolojik tepkiler kanser ve hayati tehdit arz eden hasta- lıkları olan hastalarda gözlenenlere kısmen ben- zemektedir. Bununla birlikte eşcinsellik ve madde kötüye kullanımı ve toplumun hastalığın bulaşma korkusu gibi bazı özgün psikososyal boyutları da bulunmaktadır (35). HIV enfeksiyo- nu olan çoğu kişi ailesel, toplumsal ve mesleki red yaşamakta ve bazıları hastalığı hak ettiği ve şu anki hallerinin geçmişteki günahları-suçları- nın kanıtı şeklinde hissetmektedirler (44).

HIV'de Uyum Bozuklukları

Ayaktan tedavi hizmeti alan AIDS hastalarının % 29-69'u psikiyatrik değerlendirme sonucu uyum bozukluğu tanısı almıştır (48,65). Hastalı-

Tablo 1. HIV nörodavranışsal bozukluk erken belirtileri.

Bilişsel	Affektif/davranışsal
Bellek boz.	Apati
Konsantrasyon/dikkat boz.	Deprese mood
Dil anlama sorunu	Anksiyete
Kavramsallaştırma zorlukları	Hafif ajitasyon
Sorun çözme zorlukları	Hafif disinhibisyon
Visuospatial yapılandırma eksiklikleri	Halüsinasyon ya da yanlış algılar
Motor yavaşlama ya da koordinasyonda bozulma	
Düşünsel takiple ilgili bozukluklar	
Hafif frontal lob semptomları	
El yazısı ve ince motor kontrol zorlukları	

Tablo 2. HIV nörodavranışsal bozukluk geç belirtileri.

Bilişsel	Affektif /davranışsal
Çoğul bilişsel alanları etkileyen ağır demans	Ağır davranışsal disinhibisyon
Afazi ve /veya mutizm	Manik belirtiler
Ağır frontal lob semptomları	Sanrılar
Ağır psikomotor yavaşlama	Ağır ajitasyon
Yoğun distraktibilite	Ağır varsanılar
Yönelim bozukluğu	Paranoid düşünce
	Ağır depresyon ve /veya inti- har riski

ğın gidişi sırasında, HIV serolojik testi (51), se- rolojik durumun cinsel iletişimdeki eş ya da ar- kadaşlara açıklanması, AIDS tanımlayıcı duru- mun tanısı, antiretroviral tedavinin başlanması, hastalık ve belirtilerin ilerlemesi şeklinde uyum bozukluğunu tetikleyen pek çok kriz noktasıyla karşılaşılabilir (45). Pozitif test sonucu ile karşı- laşma sonrası disforiye rastlanabilirken (11), hızlı bir şekilde ve belirgin depresyon geliştir- meden uyum sağlanabildiği de gözlenmiştir (51). İkinci eksen bozuklukları kötü psikolojik uyum riskini arttırabilmektedirler (50). Sosyal destek, hastanın kendi destek algısı ve kişiler arası bağ- lantılar HIV hastalığına uyumu etkilemektedir

(49).Yüksek suisidal düşüncenin, yüksek umutsuzluk ve düşük mücadelecilikle kendini gösteren zayıf baş etme ile bağlantılı olduğu, bunun HIV ile ilgili hastalık faktörleri ve kişilik karakteristiklerinden bağımsız olduğu bildirilmiştir (32).

HIV'de Depresyon

HIV enfeksiyonunda hayat boyu depresyon prevalansı % 26 oranında bulunmuştur (36). HIV/AIDS hastalığında depresyon prevalansı % 22-45 arasında bulunmuştur (8). HIV/AIDS hastalarında depresyonun gelişimi, için risk etmenleri arasında depresyon öyküsünün olması, erkek eşcinselliği, kadın cinsiyeti, damar yoluyla madde kullanımı ve çoğul HIV tedavisi olarak sayılmaktadır (36). HIV ile enfekte hastalarda işsizlik (26), düşük eğitim düzeyi (5), çözülmemiş yas ve çoğul kayıplar (23), duygu-durum bozukluğu öyküsü (2) MD ile ilişkili psikososyal etmenler olarak gösterilmiştir.

HIV enfeksiyonunda depresyon belirtileri ya da bozukluğunun gelişimini açıklamada çeşitli etmenler ön plana çıkmaktadır. Bunlardan ilki enfeksiyonun tanısının psikolojik etkisi, fiziksel belirtilerin başlaması, hastalığın ve yeti yitirici belirtilerin ilerlemesi ve en önemlisi bunların genç yaşta gelişip, ailesel, toplumsal ve mesleki red yaşantıları ile karşılaşılma durumu oluşturmasıdır (35). Diğerleri ise, virusun nörotropizmi ile (bazal ganglia, talamus, beyin sapı çekirdekleri gibi) derin gri yapılarda nöropatolojik değişimler oluşturarak duygu-durum ve motivasyon bozukluklarına yol açabilmesidir (53).

HIV enfeksiyonunda depresyonu soruşturmak enfeksiyonda ve depresyondaki ortak fiziksel belirtilerin (bitkinlik, iştah ve uykudaki azalma HIV enfeksiyonunun fiziksel belirtileri olabilir), ortak bilişsel belirtilerin (psikomotor yavaşlama, unutkanlık ve konsantrasyon zorlukları) ile

ortak duygusal ve davranışsal tepkilerin oluşumu (kişilerarası ilişkilere ilginin kaybı, önceki riskli ilişkilere yönelik suçlu hissetme, ölümü düşünme gibi) sebebiyle zordur (37).

Hem asemptomatik HIV ile enfekte, hem de enfekte olmayan homoseksüel erkek hastaların yaklaşık 1/3'ünde hayat boyu öyküsünde MD belirlenmiş, bu da HIV ile enfekte homoseksüel hastaların çoğunun MD geliştirme açısından yüksek riskte olduğunu göstermiştir (1,64).

New York'ta yaşayan kişilik bozukluğu olan HIV (+) eşcinsel erkeklerin kişilik bozukluğu olmayanlara göre HAM-D'de daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır (30). HIV ile ilgili fiziksel belirtilerin şiddetinin HAM-D ve BDI bütünsel puanları ile orantılı olduğu görülmüştür (51).

Yataklı tedavi gören HIV/AIDS tanısı alan hastaların, konsültasyon-liyezon psikiyatristlerince % 1,4-15 oranında majör depresyon tanısı aldığı (4,48), ayaktan tedavi için başvuran hastaların % 8-33'ü psikiyatrik değerlendirmeye yönlendirildiği (48) gözlenmiştir. Asemptomatik HIV ile enfekte hastaların % 18'inde ve enfekte olmayan homoseksüel erkeklerin % 9'unda değerlendirme öncesindeki 6 ayda DSM-III ölçütlerine göre MD atağına rastlanmıştır (1).

Toplum çalışmalarında HIV hastalığı erken dönemlerinde homoseksüel/biseksüel erkeklerde MD oranı % 4-18 oranındayken (1,8,64), damar yoluyla madde kullanan HIV hastalarında % 9-35 oranında bulunmuştur (34). Homo/biseksüel erkeklerin (1,64) ve damar yoluyla madde kullananların (34) da içinde olduğu HIV riskinin yüksek olduğu gruplarda premorbid MD riski de yüksektir. HIV ile enfekte homoseksüel erkeklerde depresyonun hayat boyu prevalansı yüksek (% 30,3) bulunmuştur, bunların çoğunun

HIV enfeksiyonu öncesinde duygu-durum bozukluğu tanısı aldığı saptanmıştır (1). Düşük antikolinergik etkili trisiklik antidepresanlar, yüksek olanlara göre bilişsel bozulmalara daha az yol açmaları, daha az deliryum riski ve mukoz membran kuruluşuna daha az yol açmaları sebebiyle yeğlenebilirler (21).

Serum testesteron düzeyinin düşüklüğü depresif belirtilere yol açıp, tedaviye direnç oluşturabilmektedir. Testesteron tedavisi ile duygu-durumda iyileşme gözlenebilmektedir (54). Adrenal steroid dehidroepiandrosteronun anabolik ve androjenik parametrelerde olduğu kadar duygudurumu iyileştirmede de umut verdiği, MD hastalarının % 79'unda antidepresan tedavi ile karşılaştırılabilir duygu durum iyileşmesi gözlenmiştir (55). Mono amino oksidaz inhibitörleri (21), serotonin geri alım inhibitörleri (22), venlafaksin (19), metilfenidat ya da dekstroamfetamin gibi psikostimulanlar (21) etkili bulunmuştur. Mirtazepin HIV hastalarında kilo alımına yol açması ve bulantıyı azaltması sebebiyle faydalı olabilen etkili bir antidepresandır (21). Psikostimulanların özellikle bitkinlik, bilişsel bozukluğu ya da depresyon ve demansı olan HIV ile enfekte hastalarda etkili bulunmuştur (21). Antiretroviral ve SSRI tedavisi alan HIV hastalarının serotonin sendromu geliştirme risklerinin yüksek olabildiği şeklinde klinik gözlemler bulunmaktadır. Proteaz inhibitörleri ve revers transkriptaz inhibitörleri CYP 450 enzimlerinin aktivitesini azaltarak, serotonin geri alım inhibitörlerinin metabolizmasını bozabilmektedir (17).

HIV'de Anksiyete Bozuklukları

HIV antikor testi, tanı ve tedavi aşamasında, özellikle daha önceden anksiyete bozuklukları varlığında anksiyete belirtileri oluşabilmektedir (45). Toplum çalışmalarında HIV ile enfekte, asemptomatik kişilerde anksiyete bozuklukları-

nın prevalansı % 2 (64)- % 18 (1) arasında; semptomatik ama AIDS tanımlayıcı lezyonu olmayan hastalarda % 38 ve AIDS hastalarında % 27 oranında (1) gözlenmiştir. Ayaktan HIV tedavi kliniğine başvuran kadınlarda % 42 oranında TSSB ölçütlerinin karşılandığı gözlenmiştir (39). HIV hastalarında TSSB varlığı ile birlikte immun işlevselliğin daha olumsuz etkilenmesi (33); ağrıda subjektif artış (60) gibi çeşitli zorluklar belirlenmiştir. TSSB, düşük HIV tedavi uyumu ile ilişkili bulunmuştur (12).

Uyku Bozuklukları

Uyku yakınmaları HIV hastalarının % 80'e kadarında gözlenebilmektedir (52). Uyku yapısındaki bu değişim HIV'nin MSS enfeksiyonu ya da HIV enfeksiyonuna vücudun immun yanıtının bir parçası olarak salınan tumor, nekroz faktörü- α gibi inflamasyon faktörlerine ikincil olarak oluşabilmektedir (15). Majör depresyon, deliryum, psikoz, madde bağımlılığı bozuklukları ve ağrı bozuklukları gibi diğer psikiyatrik bozukluklar da uyku yakınmalarına sebep olabilmektedir (52). Etyolojiye bağlı olarak mirtazepin (18) ya da atipik nöroleptikler tedavide kullanılabilir. Benzodiazepinler ve antihistaminikler deliryum riski sebebiyle kullanılmamalıdır (63).

AZT, didanosine, abacavir ve efavirenz gibi HIV hastalığı tedavisinde kullanılan ilaçlar da uyku bozuklukları yapabilir (25).

HIV ve Kişilik Bozuklukları

HIV ile enfekte kişilerde kişilik bozukluğu prevalansı %19-36 oranında ve HIV enfeksiyon riski olanlarda %15-20 arasında saptanmıştır (28,30,50). Asemptomatik HIV (+) ve HIV(-) homoseksüel erkeklerin karşılaştırıldığı bir çalışmada HIV(+) grupta % 33; kontrol grubunda

% 15 oranında kişilik bozukluğuna rastlanmıştır. Kişilik bozukluğu olanların daha yüksek oranda duygu-durum bozukluğu gösterdiği, AIDS tehdidi ile başetmede daha çok yadsıma ve çaresizliği kullandıkları ve daha çok toplumsal çatışma yaşadıkları belirlenmiştir (50). HIV ve II. eksen tanısı birlikteliğinin hastalığı bulaştırmada bir etmen olabileceği düşünülmüştür (28,50). HIV varlığı ile kişilik bozukluğu DSM-III-R ölçütlerine göre daha yüksek düzeyde I. eksen bozukluğu varlığının belirleyicilerindedir (30). İki çalışmada "atipik" kişilik bozukluğuna olguların üçte biri (30) ile yarısında (50) rastlanmıştır. Olguların yarıya yakınında DSM-III-R'ye göre bir kişilik bozukluğu kümesine ek olarak aynı anda bir diğer kümeye daha rastlanmıştır. Yapılandırılmış görüşme sonrası HIV pozitif hastalarda serolojik durumunu bilenlerde % 30; bilmeyenlerde % 36,6 oranında, en sık % 18 antisosyal tip olmak üzere kişilik bozukluğuna rastlanılmıştır (28).

HIV'de Bipolar Bozukluk

HIV hastalığında mani prevalansı % 9'a dek oranlarda (3) rastlanmaktadır. Akut mani HIV hastalığında premorbid bipolar bozukluk; HIV kökenli beyin lezyonları, fırsatçı enfeksiyonlar ya da AIDS ile ilgili neoplazmalar ya da tedaviler ile ilişkili olabilir (46). HIV ile ilgili maninin tetikleyicileri arasında HIV demansı (24,59), Tokoplazmosis serebriti ya da cryptococcal menenjit gibi fırsatçı enfeksiyonlar, non-Hodgkin lenfomadan kaynaklanan MSS fırsatçı tümörleri (24) sayılabilir. Mani ile bilişsel bozulmanın gelişimi ya da künt beyin travması arasında kuvvetli ilişki gözlenmiştir (46). İrritabilite ve hipomani epizodları HIV demansı ile birlikte gözlenebilir (59). HIV hastalığının erken aşamalarında manik sendrom geliştirenlerde duygudurum bozukluklarına ait öz ya da soygeçmiş öyküsüne rastlanmakta, anti-HIV tedavisi ajanlarından Zi-

dovudinein maniyi tetikleyebildiği gözlenmiş, tedavide lityum etkili bulunmuştur (46). Hastalarda ensefalopatiye dek varabilen lityum toksitesi, normal terapötik kan düzeylerine rağmen oluşabilmektedir (61). Lityum ve haloperidole yanıtız olabilen ya da tolere edemeyen MR bulgularının gözlendiği olgularda antikonvülsanlara yanıt alınabilmekte, divalproat sodyum etkili olup, iyi tolere edilmektedir (24). Karbamazepin ve fenitoin P450 enzimleri indükleyicisi olduklarından ve antiretrovirallerin düşük terapötik düzeylerine yol açabileceğinden dolayı dikkatle kullanılmalıdır. Karbamazepin CYP 3A4 enzim indüktörü olduğundan, AIDS tedavisinde kullanılan indinavir gibi proteaz inhibitörlerinin (27) ve delavirdine gibi non-nukleozid revers transkriptaz inhibitörlerinin metabolizmasını artırır (62).

HIV'de Deliryum ve Demansiyel Bozukluk

Deliryum daha çok yataklı tedavideki AIDS hastalarında gözlenen bir nöropsikiyatrik komplikasyondur (4). HIV'de narkotikler, benzodiazepinler, antikolinerjikler, antihistaminikler ve steroidlerin kullanımı deliryuma yol açabilmektedir (63). Deliryumu kontrolde yüksek potensli nöroleptiklerin kullanımı artan bir kabul görmektedir (20,21).

HIV demansı subkortikal ve frontostriatal beyin yapılarını etkileyen subkortikal demans tipidir (7). Demans HIV (+) hastaların % 30 kadarında bildirilmekte, hastalığın gidişinde erken aşamada gözlenebilmekte, suisid riskini artırarak, antiviral tedaviyi uyumu baskılayabilmektedir (38). Güçlü antiretroviral tedavilerin kullanılabilirdiği Ocak 1996-Mart 1998 tarihleri arasında HIV demans insidansı binde 10,1'e düşmüştür (57). HIV'e bağlı demans psikomotor ve bilgi işleme hızı, verbal bellek, öğrenme becerisi ve ince motor işlevsellik ile geç dönemde kortikal

semptomlardan afazi, apraksi ve agnosi gibi yürütücü işlevlerde azalma ile kendini göstermektedir. İleri aşamada ataksi, spastisite, kas tonüsü artışı ve inkontinens gelişebilmektedir (38). Demans gelişimi için risk etmenleri arasında ileri yaş (9,29,42), kadın cinsiyetinden olmak (9), HIV ile ilişkili tıbbi belirtiler, düşük hemoglobin düzeyi, vücut kitle indeksi düşüklüğü, yüksek plasma viral yükü (42), B12 vitamini eksikliği (32), düşük CD4 hücre sayısı (10) ve intavenöz drog kullanımı (9) sayılmaktadır. Hastalığın hızlı gidişinin belirleyicileri arasında drog kötüye kullanımı, tanı esnasında CD4 düzeyi azlığı ve MSS aktivasyonunun göstergelerinden olan makrofaj aktivasyonunun artışı (6) olarak gözlenmiştir. 15 yaş altındaki gençlerde (% 13) ve 75 yaş üstündeki ileri yaşlarda (% 19) ensefalopati gözlenebilmektedir (29).

HIV'de Psikoz

Seroprevalans çalışmalarında kronik ve ısrarlı mental bozukluklar % 5-% 22,9 oranında ve genel toplumdan daha yüksek gözlenmektedir (13). HIV ve yeni başlangıçlı psikoz olgularının % 100'ünde sanrı ve % 90'ında varsanı, % 65'inde kısmi duygu-durum belirtileri bildirilmiştir (58). HIV-1 ile enfekte hastalarda yeni başlangıçlı psikoz prevalansı % 3,7 bulunmuş, bunlar psikotik olmayanlarla karşılaştırıldığında sıklıkla geçmiş psikiyatrik öyküye, antiretroviral terapi yokluğuna ve daha düşük bütünsel bilişsel işlevselliğe rastlanmıştır (16). HIV(+) hastalar sıklıkla nöroleptiklerin etkilerine duyarlıdır ve diğer hastalara göre daha düşük doz gerektirirler (20). P450 3A4 ketiyapin, klozapin, ziprasidon ve sertindol metabolizmasında önemli bir yer tutar. Anti-HIV tedavide Proteaz inhibitörleri bu enzimin güçlü inhibitörü olduğundan, bu tedaviyi alan hastalarda bu antipsikotiklerin dozu azaltılmalıdır. Nöroleptiklerin çoğu birincil olarak P450 2D6 ile metabolize edilmekte ve proteaz

inhibitörleri ve diğer antiretroviral tedavileri alanlara güvenle verilebilmektedir.

HIV'de Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları

Yataklı tedavi görürken psikiyatrik konsültasyon istenen HIV/AIDS hastalarında madde ile ilgili bozuklukların prevalansı % 35-% 63 arasında bulunmuştur (4,47). DSM-III-R ölçütlerine göre SCID kullanılarak HIV(+) ve (-) eşcinsel erkeklerde hayatboyu alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığı prevalanslarını % 41 ve % 30 olarak belirlemişlerdir (64). Ayaktan tedavi görürken psikiyatrik konsültasyon istenen HIV/AIDS hastalarında madde ile ilgili bozuklukların prevalansı % 42-% 45 arasında bulunmuştur (48). İnjektion-dışı madde ile ilişkili bozuklukların HIV hastalığı olan eşcinsel ya da biseksüeller erkeklerdeki oranı % 2-11 arasında bulunmuştur (1,8,64). Damar yoluyla madde kullanıcılarının AIDS riski altında olduklarını bildiği, yarıya yakınının AIDS'e maruz kaldığını düşündüğü, yarısının da AIDS tarama testi yaptırmak için hastaneye başvurup, bazı alışkanlıklarını değiştirdiği gözlenmiştir. Hastaların % 32'si madde kullanım tarzlarını değiştirmeyi düşünmemekte, % 48 hastanın enjektör sterilitesine önem vermediği belirlenmiştir (31).

HIV'de İntihar

New York kenti sakini AIDS'li erkeklerde intihar oranı yılda 100 bin kişide 680'ken; 20-59 yaş arası AIDS olmayan grupta 100 binde 18 olarak bulunmuştur (41). AIDS'li hastalardaki intihar oranının, AIDS tanısı almayan kişilere göre 36 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir (40). AIDS tanısı alan hastalar, HIV(+) AIDS geliştirmemiş hastalara göre daha az intihara eğilim oranı göstermektedir (43). Toplumun bakış açısının değişmesi ve tedavideki gelişmeler sonucunda daha umutlu bir algılamının olması se-

bebiyle intihar oranlarında düşme belirlenmektedir. Bu risk yeni çalışmalarla genel toplumun iki katı düzeyinde gözükmetedir (14). 1989-1992 arasında HIV(-) ve HIV (+) eşcinsel/biseksüel erkekler arasında hayat boyu intihar girişim oranları % 29,1 ve % 21,4 olarak bulunmuştur (32). HIV ile enfekte intihar girişiminde bulunan askeri personel üzerinde yapılan bir çalışmada intihar için risk etmenleri arasında, kişilerin % 44'ünde girişim sırasında alkol kullandığı, % 44'ünün HIV (+) test sonucu alındığı tarihin ilk altı ayı içinde girişim gerçekleştirdiği, % 22'sinin ikinci bir intihar girişiminde bulunduğu, bunların hepsinin ilk girişimin altıncı ayı içinde olduğu saptanmıştır (56). Hastalığın gidişindeki belirsizlik, tanıyla ilgili anksiyete (40), yas ve kayıp yaşantısı intihar düşüncesine katkıda bulunabilir (48). İntihar düşüncesi, ümitsizliğin fazlalığı, AIDS tanılarının fazlalığı, daha az mücadeleci ruh ile ilişkili bulunmuştur. Yüksek intihar fikir skorları, var olan depresyon ve anksiyete bozukluğu tanıları ile birlikte bulunmuştur (32).

KAYNAKLAR

1. Atkinson JH, Grant I, Kennedy CJ, et al: Prevalence of psychiatric disorders among men infected with human immunodeficiency virus: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 45: 859-864, 1988.
2. Atkinson JH, Patterson T, Chandler JL, et al: Predicting depression in HIV disorders, in 1994 New Research Program and Abstracts: American Psychiatric Association 150th Annual Meeting, Philadelphia, PA, May 1994. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
3. Bartlett JG, Gallant JE: Medical Management of HIV Infections. John Hopkins University Press, Baltimore MD, 2000.
4. Bialer PA, Wallack JJ, Prenzlaue SL, et al: Psychiatric comorbidity among hospitalized AIDS patients vs. non-AIDS patients referred for psychiatric consultation. *Psychosomatics* 37: 469-475, 1996.
5. Bornstein RA, Nasrallah HA, Para MF, et al: Neuropsychological performance in symptomatic and asymptomatic HIV infection. *AIDS* 7: 519-524, 1993.
6. Bouwman FH, Skolasky RL, Hes D, et al: Variable progression of HIV-associated dementia. *Neurology* 50(6): 1814-1820, 1998.
7. Brew BJ, Sidtis JJ, Petito CK, et al: The neurologic complications of AIDS and human immunodeficiency virus infection,

- in *Advances in Contemporary Neurology*. Edited by Plum F. Philadelphia, PA, FA Davis, 1988: pp1-49.
8. Brown GR, Rundell JR, McManis SE, et al: Prevalence of psychiatric disorders in early stages of HIV infection. *Psychosom Med* 54: 588-601, 1992.
9. Chiesi A, Vella S, Dally LG, et al: For AIDS in Europe Study Group. Epidemiology of AIDS dementia complex in Europe. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 11: 39-44, 1996.
10. Childs EA, Lyles RH, Selnes OA, et al: Plasma viral load and CD4 lymphocytes predict HIV-associated dementia and sensory neuropathy. *Neurology* 52: 607-613, 1999.
11. Clearly PD, Singer E, Rogers TF, et al: Sociodemographic and behavioral characteristics of HIV antibody-positive blood donors. *Am J Public Health* 78: 953-957, 1988.
12. Cohen MA, Alfonso CA, Hoffman RG, et al: The impact of PTSD on treatment adherence in persons with HIV infection. *Gen Hosp Psychiatry* 23: 294-296, 2001.
13. Courmos F: Epidemiology of HIV, in AIDS and People With Severe Mental Illness. Edited by Courmos F, Bakalar N. New Haven, CT, Yale University Press, 1996: 3-16.
14. Dannenberg AL, McNeil JG, Brundage JF, et al: Suicide and HIV infection: mortality follow-up of 4147 HIV-seropositive military service applicants. *JAMA* 276: 1743-1746, 1996.
15. Darko DF, Mitler MM, Miller JC: Growth hormone, fatigue, poor sleep and disability in HIV infection. *Neuroendocrinology* 67: 317-324, 1998.
16. DeRonchi D, Faranca I, Forti P, et al: Development of acute psychotic disorders and HIV-1 infection. *Int'l J Psychiatry in Medicine* 30(2): 173-183, 2000.
17. DeSilva KE, Le Flore DB, Marston BJ, et al: Serotonin syndrome in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy and fluoxetine. *AIDS* 15: 1281-1285, 2001.
18. Elliott AJ, Roy-Byrne PP: Mirtazepine for depression in patients with human immunodeficiency virus. *J Clin Psychopharmacol* 20: 265-267, 2000.
19. Ereshefsky L: Drug-drug interactions involving antidepressants: focus on venlafaxine. *J Clin Psychopharmacol* 16(suppl 2):37S-49S, 1996.
20. Fernandez F, Levy JK, Mansell PWA: Management of delirium in terminally ill AIDS patients. *Int J Psychiatry Med* 19: 165-172, 1989.
21. Fernandez F, Levy JK: Psychopharmacotherapy of psychiatric syndromes in asymptomatic and symptomatic HIV infection. *Psychiatr Med* 9: 377-393, 1991.
22. Ferrando SJ, Goldman JD, Charness WE: Selective serotonin reuptake Inhibitor treatment of depression in symptomatic HIV infection and AIDS. Improvement in affective and somatic symptoms. *Gen Hosp Psychiatry* 19: 89-97, 1998.
23. Gluhoski VL, Fishman B, Perry S: The impact of multiple bereavement in a gay male sample *AIDS Educ Prev* 9: 521-531, 1997.
25. Halman MH, Bialer P, Worth JL, et al: HIV disease/AIDS ed. by Wise MG, Rundell JR, textbook of consultation liaison psychiatry 2nd ed. The American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2002.
26. Hoover DR, Saah A, Bacellar H, et al: The progression of untreated HIV-1 infection prior to AIDS. *Am J Public Health* 82: 1538-1541, 1992.
27. Hugen PW, Burger DM, Brinkman K, et al: Carbamazepine-indinavir interaction causes antiretroviral therapy failure,

- re. *Ann Pharmacother* 34: 465-470, 2000.
28. Jacobsberg L, Frances A, Perry S: Axis II diagnoses among volunteers for HIV testing and counseling. *Am J Psychiatry* 152: 1222-1224, 1995.
 29. Janssen RS, Nwyanwu OC, Selik PM, et al: Epidemiology of human immunodeficiency virus encephalopathy in the United States. *Neurology* 42: 1472-1476, 1992.
 30. Johnson JG, Williams JBW, Rabkin JG, et al: Axis I psychiatric symptoms associated with HIV infection and personality disorder. *Am J Psychiatry* 152: 551-554, 1995.
 31. Karamustafaloğlu KO, Ağargün MY, Karamustafaloğlu N, et al: AIDS fear and risk behavior in intravenous drug users. *Drug Addiction and AIDS*. Ed by Loimer N, Schmid R, Springer A. Springer-Verlag/Wien, 1991.
 32. Kelly B, Raphael B, Judd F, et al: Suicidal ideation, suicide attempts, and HIV infection. *Psychosomatics* 39: 405-415, 1998.
 33. Kimerling R, Armistead LP, Forehand R: Victimization experiences and HIV infected women: Associations with serostatus, psychological symptoms, and health status. *J Trauma Stres* 12: 41-58, 1999.
 34. Kosten T: Treatment of substance abusing AIDS patients: psychopharmacology and HIV-I infection. Paper presented at Clinical Challenges and Research Directions, National Institute of Mental Health, Washington, DC, April 27-28, 1993.
 35. Maj M: Psychiatric aspects of HIV-1 infection and AIDS. *Psychol Med* 20: 547-563, 1990.
 36. Maj M, Satz P, Janssen R, et al: WHO Neuropsychiatric AIDS Study, cross sectional phase II neuropsychological and neurological findings. *Arch Gen Psychiatry* 51: 51-61, 1994.
 37. Maj M: Depressive syndromes and symptoms in subjects with human immunodeficiency (HIV) infection. *Br J Psychiatry* 168(suppl 30): 117-122, 1996.
 38. Maldonado JL, Fernandez F, Levy JK: Acquired immunodeficiency syndrome, in *Psychiatric Management in Neurological Disease*. Ed by Lauterbach EC. Washington DC, American Psychiatric Press, 2000, pp 271-295.
 39. Martinez A, Israelski D, Walker C, et al: Posttraumatic stress disorder in women attending human immunodeficiency virus outpatient clinics. *AIDS Patient Care STDS* 16: 283-291, 2002.
 40. Marzuk PM, Tierney H, Tardiff K, et al: Increased risk of suicide in persons with AIDS. *JAMA* 259:1333-1337, 1988.
 41. Marzuk PM, Tardiff K, Leon AC, et al: HIV seroprevalance among suicide victims in New York City, 1991-1993. *Am J Psychiatry* 154: 1720-1725, 1997.
 42. McArthur JC, Hoover DR, Bacellar H, et al: Dementia in AIDS patients: incidence and risk factors. *Neurology* 43: 2245-2253, 1993.
 43. McKegney FP, O'Dowd MA: Suicidality and HIV status. *Am J Psychiatry* 149: 396-398, 1992.
 44. Miller D: *Living with AIDS and HIV*. Houndmills: MacMillan, 1987.
 45. Nichols SE: Psychosocial reactions of persons with the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 103: 765-767, 1985.
 46. O'Dowd MA, McKegney FP: Manic syndrome associated with zidovudine (letter). *JAMA* 260: 3587-3588, 1988.
 47. O'Dowd MA, McKegney FP: AIDS patients compared with others seen in psychiatric consultation. *Gen Hosp Psychiatry* 12: 50-55, 1990.
 48. O'Dowd MA, Biderman DJ, McKegney FP: Incidence of suicidality in AIDS and HIV-positive patients attending a psychiatry outpatient program. *Psychosomatics* 34: 33-40, 1993.
 49. Pakenham KI, Dadds MR, Terry DJ: Relationships between adjustment to HIV and both social support and coping. *J Consult Clin Psychol* 62: 1194-1203, 1994.
 50. Perkins DO, Davidson OJ, Leserman J, et al: Personality disorder in patients with HIV: a controlled study with implications for clinical care. *Am J Psychiatry* 150: 309-315, 1993.
 51. Perry S, Jacobsberg LB, Fishman B, et al: Psychological responses to serological testing for HIV. *AIDS* 4: 145-152, 1990.
 52. Prenzlauer SL, Bogdonoff L, Tiamson MLA, et al: Sleep and HIV illness. Scientific Program and Abstracts (PO-B16-1752), 9th International Conference on AIDS, Berlin, Germany, June 1993.
 53. Price RW, Brew B, Sidtis J, et al: The brain in AIDS: central nervous system HIV-I infection and AIDS dementia complex. *Science* 239: 586-592, 1988.
 54. Rabkin JG, Rabkin R, Wagner G: Testosterone replacement therapy in HIV illness. *Gen Hosp Psychiatry* 17: 37-42, 1995.
 55. Rabkin JG, Ferrando SJ, Wagner G, et al: DHEA treatment for HIV+ patients: effects on mood, androgenic and anabolic parameters. *Psychoneuroendocrinology* 25: 53-68, 2000.
 56. Rundell JR, Kyle KM, Brown GR, et al: Risk factors for suicide attempts in a human immunodeficiency virus screening program. *Psychosomatics* 33: 24-27, 1992.
 57. Sacktor NC, Lyles RH, McFarlane G, et al: HIV-I-related neurological disease incidence changes in the era of highly active antiretroviral therapy. *Neurology* 52: A252-A253, 1999.
 58. Sewell DD, Jeste DV, Atkinson JH, et al: HIV-associated psychosis: a study of 20 cases. *Am J Psychiatry* 151: 237-242, 1994.
 59. Smith J, Craib KJB, Wales PW: Mood elevation/irritability in patients with AIDS dementia complex. Scientific Program and Abstracts, 4th International Conference on the Neuroscience of HIV Infection, Amsterdam, The Netherlands, July 1992.
 60. Smith MY, Egert J, Winkel G, et al: The impact of PTSD on pain experience in persons with HIV/AIDS. *Pain* 98: 9-17, 2002.
 61. Tanquary J: Lithium neurotoxicity at therapeutic levels in an AIDS patient. *J Nerv Ment Dis* 18: 518-519, 1993.
 62. Tran JQ, Gerber JG, Kerr BM: Delavirdine: clinical pharmacokinetics and drug interactions. *Clin Pharmacokinet* 40: 207-226, 2001.
 63. Uldall KK, Berghuis JP: Delirium in AIDS patients: recognition and medication factors. *AIDS Patient Care STDS* 11: 435-441, 1997.
 64. Williams JBW, Rabkin JG, Remien RH, et al: Multidisciplinary baseline assessment of homosexual men with and without human immunodeficiency virus infection. *Arch Gen Psychiatry* 48:124-130, 1991.
 65. Worth JL, Halman MH: Nine-month experience of an HIV/AIDS psychiatry clinic: demographics, diagnoses, and outcome. Poster presented at the 146th annual meeting of the American Psychiatric Association, San Francisco, CA, May 22-27, 1993.