



UNAIDS



مرکز تحقیقات بهداشت روان



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان
و آموزش پزشکی

متن آموزشی روانپزشکی ایدز برای روانپزشکان



مجری طرح:

دکتر مهرداد افتخار

همکاران طرح:

دکتر حمید رضا احمدخانیها

دکتر سید وحید شریعت

دکتر بنفشه غرابی

دکتر امیر عباس کشاورز

دکتر کیانوش کمالی

دکتر آزاده مظاهری میبیدی

دکتر هاجر احمدی وزملایی

مژگان تابان

با همکاری:

مرکز تحقیقات بهداشت روان انستیتو روانپزشکی تهران

دفتر برنامه مشترک ایدز سازمان ملل متحد در ایران

مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر وزارت بهداشت و درمان

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	کلیات HIV/AIDS
۲۲	استیگما، تبعیض و ملاحظات اخلاقی، قانونی در HIV/AIDS
۳۴	اختلالات شناختی وابسته به HIV/AIDS
۵۱	اختلالات شخصیت در HIV/AIDS
۶۶	اختلالات دوقطبی و مانیا در HIV/AIDS
۷۸	اختلالات افسردگی در HIV/AIDS
۹۲	خودکشی در HIV/UNAIDS
۱۰۸	اختلالات سایکوتیک در HIV/AIDS
۱۱۶	اختلالات اضطرابی در HIV/AIDS
۱۲۶	سوء مصرف مواد در HIV/AIDS
۱۳۸	اختلال انطباق در HIV/AIDS
۱۴۰	همکاری درمانی در HIV/AIDS
۱۵۷	دارودرمانی اختلالات روانپزشکی در HIV/AIDS
۱۷۷	مداخلات روانشناختی در HIV/AIDS

کلیات HIV/AIDS

تاریخچه

علیرغم گذشت تنها سه دهه از شناخت اچ‌آی وی در حال حاضر موارد ابتلا از اکثر کشورهای جهان گزارش شده، تعداد مبتلایان به ۳۳ میلیون نفر می‌رسد. برآورد می‌شود تا کنون ۲۵ میلیون نفر در اثر این بیماری جان باخته‌اند.

اولین شواهد درگیری بشر با این بیماری به سال‌های قبل باز می‌گردد. در سال ۱۹۵۹ ملوان ۴۸ ساله هائیتی تباری در نیویورک در اثر یک پنومونی غیرمعمول جان سپرد. در همان سال نیز نمونه خونی از فردی در کنگو کنونی گرفته شد که بعدها اچ‌آی‌وی مثبت تشخیص داده شد. در پنجم ژوئن سال ۱۹۸۱ مجله «گزارش هفتگی ابتلا و مرگ‌ومیر» آمریکا مقاله‌ای به چاپ رساند که در آن گزارش پنج مورد پنومونی ناشی از پنوموسیستیس کارینی (PCP) در مردان همجنس‌باز در کالیفرنیا آورده شده بود. طی مدت کوتاهی موارد مشابهی نیز از شهرهای نیویورک و سانفرانسیسکو گزارش شد. بعد از آن هر روز گزارش‌های جدیدی از ابتلای بزرگسالان به عفونتها و سرطان‌های فرصت‌طلب نادر دریافت شد. ویژگی مشابه همه موارد بروز نقص در سیستم ایمنی و ابتلا به عفونتهایی بود که در افراد دارای سیستم ایمنی سالم دیده نمی‌شود. به این ترتیب در پایان سال ۱۹۸۱ تعداد ۱۸۹ مورد بیماری با الگوهای ابتلا به عفونت‌های فرصت‌طلب از ۱۵ ایالت آمریکا به مرکز کنترل بیماری‌های آمریکا گزارش شد که اغلب آنها مردانی بودند که با مردان دیگر رابطه جنسی داشتند. با افزایش موارد بیماری در سال بعد، مشاهده گردید که این سندرم در خانمها و برخی گروه‌های جمعیتی خاص نظیر مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و مبتلایان به هموفیلی نیز بروز می‌کند. آنالیز یافته‌های جدید این فرضیه را به وجود آورد که عامل ایجاد این بیماری یک عامل عفونی قابل انتقال از راه تماس جنسی یا خون است.

در سال‌های ۱۹۸۳ و ۱۹۸۴ دکتر لوک مونتانیه از انستیتو پاستور پاریس و دکتر رابرت گالو از محققان موسسه ملی سرطان آمریکا، ویروس با منشأ انسانی مولد این بیماری را جدا کردند. در سال ۱۹۸۵ اولین روش‌های تشخیصی این عفونت شناخته شد و متعاقباً به منظور غربالگری بر روی خون‌های اهدایی بکار گرفته شد.

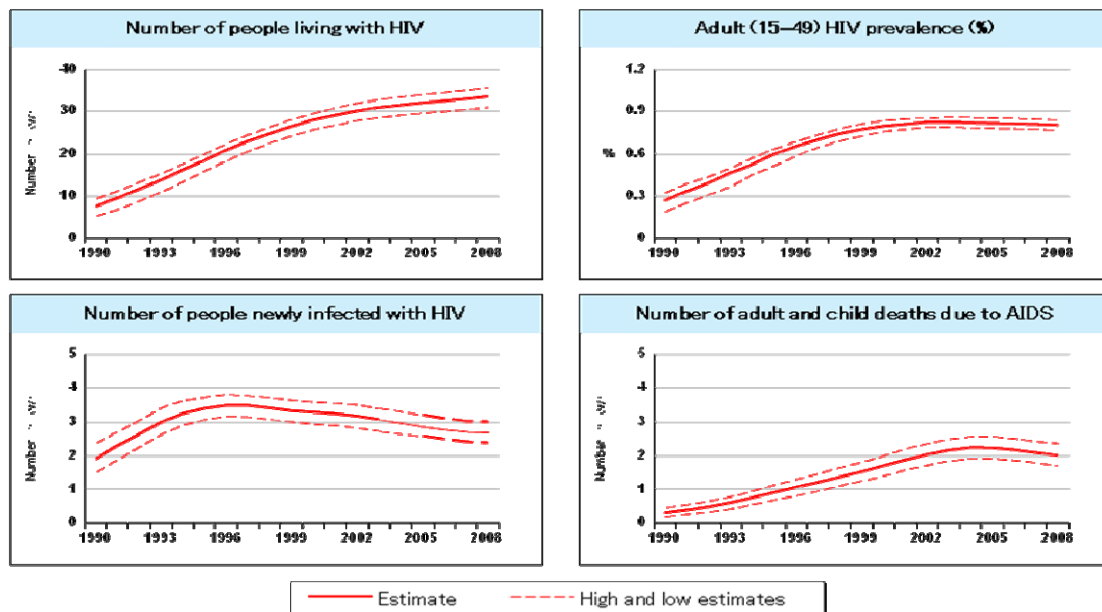
امروزه موارد ابتلا از اکثر کشورهای جهان گزارش شده. بسیاری از کشورهای جهان بشدت تحت تاثیر این بیماری قرار گرفته‌اند. بخش عمده‌ای از مشکل مربوط به کشورهای افریقای جنوب صحراست، جایی که گاهی شیوع HIV در جمعیت عمومی به ۳۰ درصد می‌رسد و نظام بهداشتی و برنامه‌های توسعه کشور بخاطر این بیماری صدمه دیده‌اند. روند گسترش HIV و اثرات آن بر سلامت و توسعه چنان بود که در سال ۲۰۰۰ سازمان ملل متحد نشست ویژه‌ای را برای این بیماری برگزار

کرد. نشستی که طی آن ۱۸۹ کشور تعهد خود را نسبت به کنترل این بیماری اعلام کردند.

اپیدمیولوژی

مطابق آخرین آمار منتشر شده توسط برنامه مشترک سازمان ملل در زمینه ایدز (UNAIDS)، برآورد می‌شود در پایان سال ۲۰۰۸ میلادی ۳۳.۴ میلیون نفر مبتلا به HIV در جهان زندگی می‌کنند. این میزان نسبت به سال ۲۰۰۰، ۲۰٪ افزایش داشته و شیوع بیماری نسبت به سال ۱۹۹۰ حدوداً ۳ برابر افزایش داشته است. افزایش این رقم از طرفی مربوط به بروز موارد جدید و از طرفی دیگر مربوط به افزایش دسترسی به درمان‌های ضد رتروویروسی در سطح جهان است. چنانکه رقم موارد فوت در سال ۲۰۰۸ نسبت به ۵ سال گذشته کاهش داشته در حال حاضر ۲ میلیون فوت را شامل می‌شود. طی سال ۲۰۰۸، ۲/۷ میلیون نفر به HIV مبتلا شده‌اند که این رقم نسبت به هشت سال گذشته ۱۷٪ کاهش داشته و این بیانگر موفقیت بشر در معکوس کردن روند افزایش بروز است. عمده این موفقیت در کشورهای افریقای جنوب صحرا رخ داده است. (AIDS epidemic update 09).

Global estimates 1990–2008



از نظر شدت، همه‌گیری HIV/AIDS کشورهای جهان به این سه دسته تقسیم می‌شود:
همه‌گیری محدود (low level): در این نوع همه‌گیری، موارد آلودگی به صورت تک تک و

پراکنده بوده، در هیچ یک از گروه‌های جمعیتی شیوع آلودگی بیش از ۰.۵٪ نیست. همه‌گیری متمرکز (Concentrated): در این نوع همه‌گیری آلودگی در یک یا چند گروه جمعیتی گسترش یافته است، اما جمعیت عمومی گرفتار نشده است به این معنی که شیوع HIV در حداقل یکی از گروه‌های جمعیتی در معرض بیشترین خطر به بیش از ۰.۵٪ رسیده ولی کمتر از ۱٪ کل زنان باردار شهرنشین مبتلا هستند. (وضعیت کشور ایران)

همه‌گیری منتشر (Generalized): در این نوع همه‌گیری آلودگی به HIV در جمعیت عمومی تثبیت شده و بیش از ۱٪ کل زنان باردار شهرنشین مبتلا هستند.

زنان تن‌فروش، مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر و مردانی که با مردان دیگر ارتباط جنسی برقرار می‌کنند در معرض بیشترین خطر هستند، مع الوصف این گروه‌ها از جامعه ایزوله نبوده امکان گسترش بیماری از طریق جمعیت‌های رابط (bridging population) به جامعه عمومی وجود دارد. مشتریان زنان تن‌فروش، شرکاء جنسی مصرف‌کنندگان تزریقی و جمعیت‌های دیگر از این دست، گروه‌هایی هستند که نقش رابط را ایفا می‌کنند.

عامل بیماری و بیماری‌زایی

عامل این بیماری ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) است. این ویروس رتروویروس و عضوی از زیر خانواده لتی ویروس هاست، که حاوی RNA و دارای پوشش می‌باشد. تاکنون چهار نوع رتروویروس انسانی شامل HTLV1، HTLV2، HIV1 و HIV2، شناخته شده است. ویروس HIV1 و HIV2 از نظر بیولوژیکی تفاوت‌هایی با همدیگر دارند. ویروس HIV2 بیشتر در آفریقای غربی و در بین هتروسکسوال‌ها شیوع دارد.

بیماری‌زایی این ویروس عمدتاً از طریق حمله به سلول‌های ایمنی صورت می‌گیرد. HIV مانند سایر ویروس‌ها انگل اجباری درون سلولی است و همانندسازی آن به سلول میزبان بستگی دارد. برای برقراری چرخه زندگی ویروس آنزیم و پروتئین‌های خاصی لازم است. دو پروتئین اصلی در پوشش HIV وجود دارد. گلیکوپروتئین ۱۲۰ کیلودالتونی (gp120) و گلیکوپروتئین ۴۱ کیلودالتونی (gp41). ویروس با استفاده از gp41 به گیرنده CD4 سلول میزبان اتصال می‌یابد و با استفاده از آنزیم ترانس کریپتاز معکوس خود، رونویسی از ژنوم RNA ویروس را به صورت DNA ایجاد می‌کند. gp120 میل ترکیبی زیادی به گیرنده خود، مولکول CD4 در سطح غشاء میزبان دارد. گیرنده‌های CD4 در سطح لنفوسیت‌های T helper، منوسیت‌ها، ماکروفاژها، سلول‌های دندریتیک و لانگرهانس وجود دارند.

HIV از طریق آلوده کردن سلول‌های لنفوسیت T نوع CD4+ و نیز از طریق فعال‌سازی سیستم ایمنی و ایجاد یک محیط سایتوکینی که ویروس از آن جهت تکثیر خود استفاده می‌کند سیستم ایمنی را متزلزل می‌سازد. نتیجه اختلال عملکرد سلول‌های T نوع CD4+ که دچار عفونت HIV شده‌اند کاملاً مخرب بوده بطور مستقیم و غیر مستقیم مسئول القای فعالیت سیستم ایمنی مانند فعال‌سازی ماکروفاژها، القای فعالیت سلول‌های T سیتوتوکسیک (CD8+)، سلول‌های Natural Killer و لنفوسیت‌های B و ترشح انواع مختلف کموکین‌هاست. کاهش سلول‌های T نوع CD4+ در خون محیطی نشانه بارز عفونت پیشرفته HIV است. تخمین‌های موجود از تخریب روزانه یک میلیارد سلول CD4+ در فرد مبتلا به HIV حکایت می‌کند.

تقابل بین HIV و سیستم ایمنی فوق‌العاده پیچیده است. برای امکان ورود به سلول‌های میزبان دو گیرنده مکمل به نام CXCR برای لنفوسیت‌ها و CCR5 برای ماکروفاژها لازم است. این مسئله خود توجیه‌گر عدم ابتلای افرادی است که با وجود تماس با ویروس به دلیل غیرفعال بودن CCR5 به این عفونت مبتلانی‌شوند. علاوه بر آن افرادی که از یک منبع مشترک آلوده شده‌اند ممکن است پیامدهای بالینی کاملاً متفاوتی را تجربه‌کنند که نشانه تفاوت‌های فردی در ایمونوپاتولوژی عفونت HIV است. مشخصه عفونت HIV، نقص ایمنی ناشی از نقصان مداوم و پیشرونده در تعداد و عملکرد لنفوسیت‌ها است. در مرحله عفونت اولیه، ویروس‌ها از محل ورود خود مثلاً سلول‌های لانگرهانس رکتوم یا واژن به غدد لنفاوی آن ناحیه رفته و در آنجا باقی‌مانده و تکثیر می‌یابند. با راه‌یافتن ویروس به طحال و سیستم رتیکولوآندوتلیال ویرمی و گسترش عفونت صورت می‌گیرد. این مرحله در برخی از موارد با علائمی شبیه مونونوکلئوز عفونی همراه است. پاسخ ایمنی در این مرحله به واسطه سلول‌های T-suppressor یا سلول‌های CD+8 انجام می‌شود. در ابتدا این سلول‌ها افزایش یافته و سعی می‌کنند سلول‌های آلوده به ویروس را از بین ببرند همچنین با آزاد شدن سه نوع سایتوکاین در مدت ۶-۴ ماه پس از ورود ویروس تا زمان ورود به مرحله پایدار، بار ویروسی کاهش واضحی خواهد داشت. مداخله در این مرحله از بیماری (مانند شیمیوپروفیلاکسی در موارد تماس شغلی) می‌تواند تأثیر مثبتی در کاهش خطر عفونت داشته‌باشد. در طی مراحل اولیه و حاد عفونت و گذار به مرحله بعدی، ویروس می‌تواند در نقاطی مثل غدد لنفاوی به صورت نهفته باقی‌مانده و تکثیر ویروس حتی در مرحله نهفته بیماری همچنان ادامه خواهد یافت.

انتقال HIV

راه‌های انتقال HIV شناخته شده و محدود است. این راه‌ها محدود می‌شود به تماس جنسی،

تماس با خون و ترشحات و انتقال از طرق مادر به کودک. خطر انتقال در بین این راهها با هم یکسان نیست. جدول ۱ بطور خلاصه خطر انتقال عفونت در بین تماس‌های مختلف را با هم مقایسه می‌کند.

۱- انتقال از طریق تماس جنسی

شایع‌ترین راه انتقال HIV در جهان، انتقال از طریق تماس جنسی است. بیش از ۷۰٪ کل موارد آلودگی به ویروس HIV در دنیا از این طریق آلوده شده‌اند. بظهور کلی این عوامل خطر انتقال در یک تماس جنسی را بالاتر می‌برند:

تعداد تماس و یا شرکاء جنسی هرچقدر تعداد شرکاء جنسی و یا دفعات تماس جنسی حفاظت نشده (بدون استفاده از کاندوم) افزایش یابد، احتمال دریافت آلودگی بیشتر خواهد شد. احتمال دریافت آلودگی در یک جامعه آلوده، بطور قطع بالاتر خواهد بود. تماس جنسی با تن فروشان حرفه‌ای از خطر بالاتری برخوردار است.

مرحله بیماری در بدن فرد آلوده: هرچه میزان ویروس در بدن فرد مبتلا بیشتر باشد احتمال انتقال بالاتر خواهد بود. این میزان در مرحله عفونت فاز حاد (دو تا ۴ هفته پس از ورود ویروس به بدن) و در مرحله بیماری پیشرفته در بالاترین میزان قرار دارد.

سالم نبودن مخاط در حین تماس جنسی: اضافه شدن تماس با خون به ترشحات جنسی و یا عدم سلامت مخاط احتمال انتقال را افزایش می‌دهد. ابتلا به یک بیماری آمیزشی درمان نشده با یا بدون وجود زخم خطر انتقال را افزایش می‌دهد. در تماس‌های جنسی نظیر تجاوز جنسی یا تماس جنسی با دختران قبل از بلوغ احتمال تروماتیزه شدن وجود داشته خطر انتقال را افزایش می‌دهد. قاعدگی در زمان برقراری تماس جنسی می‌تواند خطر بیشتری به همراه داشته باشد.

محل آناتومیکی تماس جنسی: کلیه تماس‌های جنسی حفاظت نشده توام با دخول، احتمال انتقال را به همراه دارند. بیشترین خطر در حین تماس از طریق مقعد اتفاق می‌افتد زیرا بدلیل وجود اسفنکتر احتمال خراشیدگی و خونریزی و نیز مدت زمان باقی ماندن ترشحات آلوده در تماس با مخاط فرد دریافت کننده بیشتر بوده، بدلیل غنی بودن بافت رکتوم از لنفوسیتها احتمال اینکه ویروس با گیرنده CD4 تماس یافته در بدن استقرار یابد بیشتر است. کمترین میزان خطر مربوط به تماس جنسی از طریق دهان است.

جنسیت: در یک تماس جنسی احتمال تروماتیزه شدن در زنان بیشتر، سطح مخاطی در معرض تماس وسیعتر، مدت تماس با ترشحات آلوده (بدلیل باقی ماندن ترشحات در کلدوساک) بیشتر بوده، لذا احتمال انتقال از مرد مبتلا به زن سالم بیشتر از انتقال از زن مبتلا به مرد سالم است. میزان این

تفاوت در مراجع مختلف بین ۳ تا ۲۰ برابر ذکر شده است. وابستگی‌های اقتصادی و کمبود آگاهی و مهارت مذاکره باعث می‌شود زنان قادر به رد تماس جنسی حفاظت نشده نباشند. علاون بر آن ازدواج زنان با مردانی که در سنین بالاتر هستند و تجربه جنسی بیشتری دارند نیز باعث می‌شود که خطر دریافت آلودگی به نسبت در این گروه افزایش یابد.

۲- انتقال از طریق تماس با خون و ترشحات

تبادل خون می‌تواند باعث انتقال آلودگی گردد. این امر می‌تواند در جریان تزریق خون و فرآورده‌های خونی، استفاده از سرنگ و سوزن مشترک، و تماس‌های تصادفی با ابزار تیز و برنده که قابلیت نفوذ از سطح پوستی مخاطی دارند اتفاق افتد.

در صورت تزریق یک واحد خون آلوده احتمال آلودگی ۹۰ تا ۱۰۰ درصد خواهد بود.

استفاده از سوزن و سرنگ مشترک در بین معتادان تزریقی، دومین راه انتشار HIV در دنیا و به‌خصوص در آسیا، اروپای شرقی و آمریکای جنوبی است. در ایران این روش شایع‌ترین راه انتشار ویروس HIV است. دفعات استفاده از یک سوزن، دفعات تزریق، تعداد افرادی که از یک ابزار مشترک برای تزریق استفاده کرده و شیوع HIV در جامعه از جمله عوامل تأثیرگذار در انتقال هستند.

کلیه ابزار تیز و برنده که قابلیت نفوذ در سطح پوستی مخاطی دارند نظیر ابزار پزشکی و دندانپزشکی آلوده، تیغ اصلاح، سوزن خالکوبی و... بالقوه خطر انتقال انواع عفونت‌های خون‌زاد (blood born infections) نظیر هپاتیت‌های B و C و HIV را دارند و باید در استفاده از آنها نکات لازم رعایت گردد. مع الوصف احتمال انتقال HIV از این طریق بسیار پایین بوده، در صورت فرو رفتن سوزن آلوده یک بیمار در پوست یک نفر پرسنل درمانگر احتمال انتقال تنها یک‌دهم تا سه دهم درصد خواهد بود. تمامی ترشحات بدن قابلیت انتقال عوامل خون‌زاد را ندارند. در یک محیط بیمارستانی ترشحاتی که می‌توانند باعث انتقال شوند عبارتند از خون، مایع نخاع، پلور، پریتون، پریکارد، سینوویال و آمنیون، نمونه‌های بافتی فیکس نشده و محیط‌های کشت ویروس در آزمایشگاه.

مدفوع، ترشحات بینی، خلط، عرق، اشک، ادرار، محتوی معده و بزاق قابلیت انتقال HIV را ندارند مگر اینکه حاوی خون قابل رویت باشند. احتمال انتقال در اهدا اعضاء نیز وجود دارد و اهداکنندگان باید از این نظر بررسی شوند.

جدول ۱: تخمین خطر انتقال HIV در انواع مواجهه ها

خطر انتقال در هر ۱۰۰ مواجهه با یک منبع مبتلا به HIV	راه مواجهه
۱۰۰-۹۰	انتقال خون
۰/۶۷	اشتراک سوزن در مصرف تزریقی مواد
۰/۵۰	مفعول آمیزش مقعدی
۰/۳۰	فرورفتن سوزن در پوست
۰/۲۰-۰/۱۰	مفعول آمیزش واژنی
۰/۰۶	فاعل آمیزش مقعدی
۰/۰۵	فاعل آمیزش واژنی
۰/۰۵	مفعول آمیزش دهانی
۰/۰۱	فاعل آمیزش دهانی

۳- انتقال از مادر به کودک

انتقال HIV از مادر به فرزند یکی دیگر از راه‌های انتقال بیماری است که می‌تواند در حین بارداری، در هنگام زایمان و زمان شیردهی صورت گیرد. احتمال انتقال از مادر به کودک در آفریقا ۴۰-۳۰ درصد و در اروپا و آمریکای شمالی ۲۰-۱۵ درصد است. آمار سرایت در همه جا یکسان نیست. در کشورهای توسعه نیافته این رقم بالاتر و در کشورهای توسعه یافته پایین تر است. به نظر می‌رسد تماس نوزاد با خون مادر به هنگام وضع حمل بیشترین نقش را داشته باشد. خطر انتقال از مادرانی که با ویروسی بالاتری دارند یعنی در مرحله عفونت حاد و یا در مرحله بیماری پیشرفته به سر می‌برند بیشتر است. همچنین شرایطی مثل کوریوآمینونیت، زایمان زودرس، تأخیر در زایمان، کمبود ویتامین A، سن بالای مادر، استعمال دخانیات و سایر مواد مخدر مواردی هستند که موجب افزایش احتمال انتقال بیماری به نوزاد می‌شوند. بیش از ۹۰٪ تمام موارد انتقال در طی ۲ ماه آخر بارداری اتفاق می‌افتد.

نکته: راه‌های انتقال HIV به موارد ذکر شده محدود می‌شود و ترس و وحشت در صورتیکه

هیچیک از تماس‌های فوق رخ نداده بی‌مورد است. HIV از طرق زیر منتقل نمی‌شود:

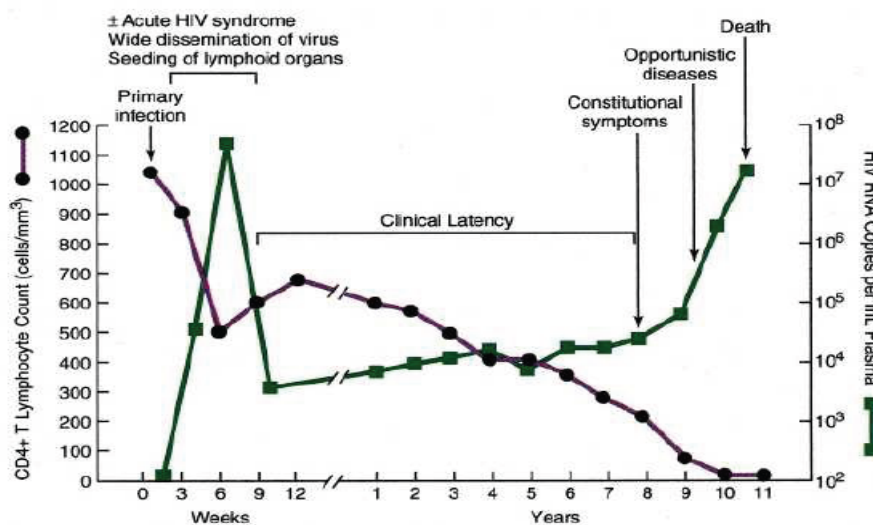
- دست دادن
- بغل کردن یا بوسیدن فرد مبتلا
- نشستن کنار فرد مبتلا
- در محیط‌های عمومی مثل مدرسه یا محل کار
- با خوردن و نوشیدن و یا استفاده از ظروف مشترک

- استفاده از تلفن عمومی
- در استخرهای شنا و توالی عمومی
- تماس پوست سالم با مایعات و ترشحات بدن
- استفاده از توالی، حمام و استخرشنای عمومی
- گزش حشرات

سیر طبیعی عفونت اچ‌ای وی

اگرچه سیر عفونت اچ‌ای وی در میان بیماران ممکن است متغیر باشد، اما الگوی شایعی در بیماران دیده می‌شود (شکل ۱). عفونت اولیه با اچ‌ای وی به ایجاد یک پاسخ ایمنی سلولی و همورال نسبت به ویروس می‌انجامد که با دوره طولانی نهفتگی (متوسط ۱۰ سال) همراه است که بیمار طی آن معمولاً بی علامت است. از نظر میزان پیشرفت بیماری افراد به سه دسته Rapid progressors، Typical progressors، و Long term non progressors تقسیم می‌شوند. Rapid progressors ۱۰-۵٪ موارد را تشکیل داده در این افراد مرحله بالینی ایدز در عرض ۳-۲ سال بعد از عفونت بروز می‌کند. Typical progressors عمده موارد را تشکیل داده و در واقع سیر معمول عفونت HIV بدین صورت است. گروه در طی ۸-۱۵ سال بیمار وارد مرحله ایدز می‌شود. عده معدودی از بیماران هستند که علیرغم گذشت بیش از یک دهه از عفونت اولیه هنوز سطح CD4 پایداری دارند. به این عده که حدود ۵٪ موارد را تشکیل میدهند و Long term non progressors می‌گویند.

شکل ۱: سیر طبیعی عفونت HIV و روند تغییرات CD4 و بار ویروسی در طی زمان

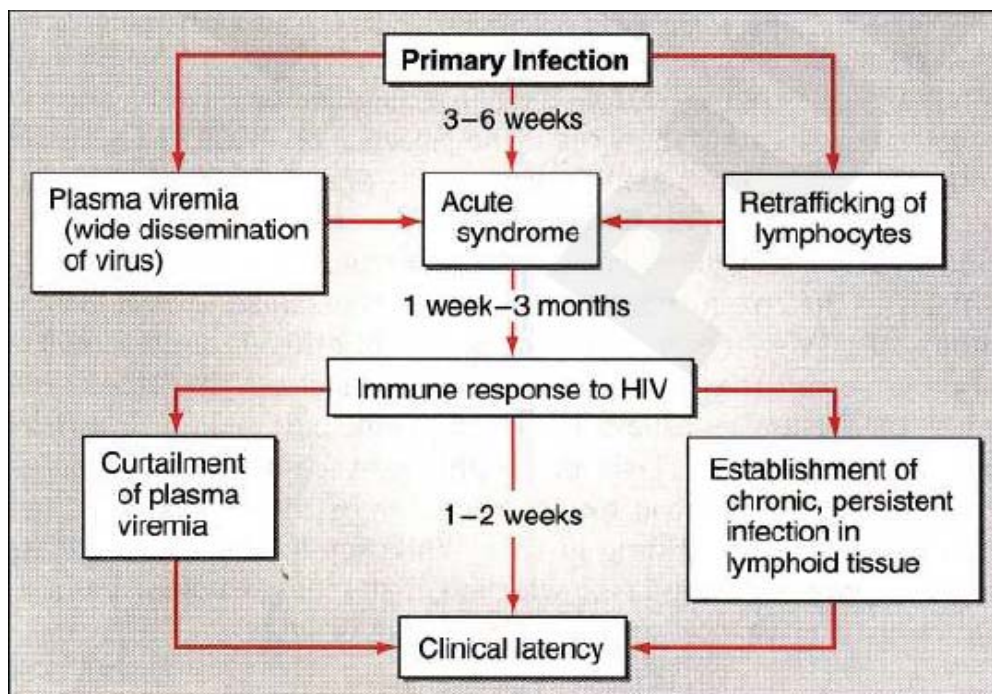


Typical course of an HIV-infected individual. (From A Fauci et al: Ann Intern Med 124 :654, 1996 .)

سندرم حاد اچ‌ای وی

در ۵۰ تا ۷۰ درصد بیماران مبتلا به عفونت اولیه اچ‌ای وی، حدود سه تا شش هفته بعد از تماس با ویروس، یک سندرم شبیه به مونونوکئوز ایجاد می‌شود (شکل ۲). این دوره با ویرمی شدید همراه است و طی یک تا سه هفته پاسخ ایمنی به اچ‌ای وی ایجاد می‌شود. اگرچه ایمنی ویژه اچ‌ای وی که طی این دوره ایجاد می‌شود با کاهش ویرمی همراه است ولی نمی‌تواند به ریشه‌کنی کامل ویروس بیانجامد. هر چند گروه قابل توجهی از بیماران سندرم حاد ضد رتروویروسی را تجربه نمی‌کنند، ولی حوادث فوق در اغلب بیماران رخ می‌دهد.

شکل ۲: دیاگرام تغییرات در مرحله عفونت حاد اولیه با HIV



The acute HIV syndrome .. (Adapted from G Pantaleo et al: N Engl J Med 328:327, 1993).

دوره بدون علامت:

پس از عفونت اولیه، انتشار ویروس، ظهور ایمنی ویژه اچ‌ای وی و توقف ظاهری تکثیر ویروس، اغلب بیماران یک دوره نهفته را تجربه می‌کنند که سال‌ها طول می‌کشد. اما کلمه «نهفته» گمراه‌کننده است، چرا که در این دوره سیستم ایمنی بتدریج تخریب می‌شود. تکثیر ویروس در ارگان‌های لنفوئید همراه با طیفی از وقایع ایمنی که به طور مسقیم و غیر مستقیم توسط ویروس ایجاد می‌شود منجر به کاهش سلول‌های CD4 می‌گردد. تخریب ایمنی الزاماً همراه با سطح بالای ویروس در خون نیست.

بیماری آشکار بالینی

تخریب پیشرونده سیستم ایمنی که در اغلب بیماران رخ میدهد، سرانجام به بیماری آشکار بالینی و یا ایدز با علائم و نشانه‌های زمینه‌ای پایدار و شدید یا عفونت‌ها یا بدخیمی‌های فرصت طلب می‌انجامد. اگرچه ارتباط بین تخریب سیستم ایمنی و بیماری‌ها مرتبط با HIV استثناهایی دارد (مانند لنفادنوپاتی ژنرالیزه پایدار در اثر پاسخ ایمنی شدید به ویروس، سارکوم کاپوزی تحت تاثیر تعامل پیچیده فاکتورهای رشد و بیماری‌های نورولوژیک احتمالا تحت تاثیر ویروس و محصولات آن) از سال ۱۹۹۶ با معرفی بازدارنده‌های پروتئاز در درمان ضد رتروویروسی، پی آمد عفونت اچ‌ای وی متحول شده است. بررسی‌های متعددی نشان داده‌اند که در فاصله زمانی ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۰ در ایالات متحده آمریکا، مرگ ناشی از ایدز، عفونت‌های فرصت طلب و بستری ناشی از آن ۶۰ تا ۸۰ درصد کاهش یافته است.

مرحله بندی سازمان جهانی بهداشت

تعریف مورد مبتلا به HIV و مرحله بندی بالینی در سال ۱۹۹۰ توسط سازمان جهانی بهداشت ارائه شد و در سال ۲۰۰۵ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مرحله بندی بر اساس یافته‌های بالینی موثر در تشخیص، ارزیابی و درمان HIV/AIDS در افراد بالای ۱۵ سال تدوین شده است. این سیستم مرحله بندی در بسیاری از کشورها برای تعیین واجدین شرایط درمان ضد رترو ویروسی به کار می‌رود. در ایران تصمیم‌گیری برای شروع درمان براساس مرحله بالینی و شمارش سلول‌های CD4 انجام می‌شود.

جدول ۲: تقسیم بندی بالینی HIV و ایدز بوسیله سازمان بهداشت جهانی

مرحله بالینی یک:

- بدون علامت
- لنفادنوپاتی منتشر و پایدار

مرحله بالینی دو:

- کاهش وزن کمتر از ۱۰٪ کل وزن بدن
- تظاهرات پوستی مینور مثل درماتیت سبورئیک، خارش، زخم‌های دهانی عودکننده، عفونت قارچی ناخن
- هرپس زوستر در پنج سال گذشته
- عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی عودکننده مثل سینوزیت چرکی و غیره

مرحله بالینی سه:

کاهش وزن بیش از ۱۰٪ کل وزن بدن، اسهال طول کشیده بدون توجیه (بیش از یک ماه)، تب طول کشیده بدون توجیه (مداوم یا گهگاهی) بیش از یک ماه، برفک دهانی، لوکوپلاکی پرزی دهانی، سل ریوی در یک سال اخیر، عفونت‌های باکتریایی شدید (پنومونی، پیومیوزیت)

مرحله بالینی چهار:

سندروم تحلیل منتشر بدن، پنومونی پنوموسیستیس کارینی، توکسوپلاسموز مغز، کریپتوسپوریدیوز با اسهال برای بیش از یک ماه، کریپتوکوکوز خارج ریوی، بیماری سیتومگالو ویروسی ارگانی غیر از کبد/طحال/غدد لنفاوی، عفونت با هرپس سیمپلکس پوستی مخاطی بیش از یک ماه یا احشایی برای هر مدت زمانی، لوکوانسفالوپاتی پیشرونده چند کانونی، عفونت‌های قارچی منتشر مثل هیستوپلاسموز، کاندیدیاز مری/ تراشه برونش یا ریه، مایکوباکتریوز آتیبیک منتشر، سپتی سمی سالمونلای غیر تیفوئیدی، سل خارج ریوی، لنفوم، سارکوم کاپوشی، انسفالوپاتی HIV

تشخیص آزمایشگاهی

انواع آزمایش‌های تشخیصی برای عفونت HIV عبارتند از:

الف) تست‌های سنجش آنتی بادی :

۱. آزمون الیزا Elisa: براساس سنجش آنتی بادی HIV بوده ۹۳٪ تا ۱۰۰٪ حساسیت دارد. میزان اختصاصی بودن این روش (با چند بار آزمایش) تقریباً ۹۹٪ است.
۲. تست‌های تشخیص سریع: این تست‌ها نیز بر پایه پاسخ ایمنی طراحی شده‌اند. مع الوصف اختصاصیت کافی را ندارند و مانند الیزا لازم است با تست‌های اختصاصی تر مورد تأیید قرار گیرند.
۳. Dried Blood Spot: در این روش بجای استفاده از نمونه کامل خون، از با استفاده از لنت نمونه قطره خون بر روی فیلتر کاغذی گرفته خشک شده مورد استفاده قرار می‌گیرد. با توجه به اینکه کمتر تهاجمی بوده، حمل و نگهداری نمونه‌ها آسان تر است کاربرد مناسبی در مطالعات میدانی دارد. انجام آزمایش بر روی این نمونه نیز با روش الیزا صورت می‌گیرد و احتیاج به تأیید دارد.
۴. Western blot: این آزمون وجود IgG علیه چند نوع پروتئین ویروسی را بررسی می‌کند و نسبت به الیزا اختصاصی تر است ولی حساسیت کمتری دارد. این آزمون به عنوان یک آزمون

تأییدکننده به کار می‌رود.

ب) تست‌های سنجش ویروس

۱. PCR و سایر تست‌های ژنومی: با توجه به این که در این آزمون ژنوم ویروس مورد مطالعه قرار گیرد لذا در تشخیص زودرس بیماری ویا نوزاد متولد شده از مادر آلوده مفید است. بخاطر حساس بودن زیاد، موارد مثبت کاذب این آزمون بالا است.

۲. آنتی ژن P24: در این روش آنتی ژن ویروس مورد بررسی قرار می‌گیرد. لذا می‌تواند در تشخیص زود هنگام آلودگی کمک‌کننده باشد. البته در مراحل عفونت بدون علامت و یا درمان ضد ویروس، با توجه به اینکه تعداد ویروس موجود در خون کم است ممکن است منفی کاذب داشته باشیم.

تشخیص قطعی HIV با دو نوبت الیزا مثبت و تأیید آن با وسترن بلات صورت می‌گیرد.
درخواست تست HIV باید همراه با مشاوره و با رضایت آگاهانه بیمار صورت گیرد.
ارائه خدمات درمانی به شرط منفی بودن نتیجه تست HIV

با توجه به اینکه از بدو ورود ویروس به بدن تا رسیدن سطح آنتی بادی به حد قابل تشخیص در آزمایش ممکن است بین ۲ هفته تا ۶ ماه طول بکشد، در افرادی که رفتارهای پرخطر داشته اما تست منفی دارند لازم است ۳ ماه بعد و در صورت تداوم رفتار، هر شش ماه آزمایش تکرار شود. از آنجا که آنتی بادی مادر از طریق جفت وارد بدن جنین شده تا ۱۸ ماهگی در بدن باقی می‌ماند الیزا مثبت در یک نوزاد ارزش تشخیصی ندارد و باید با PCR و یا انجام تست آنتی بادی بعد از ۱۸ ماهگی تأیید شود.

درمان

خوشبختانه پیشرفت‌های زیادی در درمان HIV صورت گرفته است. اگرچه روش‌های درمانی موجود بدن را از ویروس پاک نمیکنند ولی تکثیر ویروس را مهار کرده وضعیت بالینی بهتری را برای بیمار ایجاد می‌کنند. اهداف درمان ضد رتروویروسی عبارتند از: دستیابی به حداکثر سرکوب پایدار ویروس، حفظ عملکرد ایمنی یا به حال اول برگرداندن آن، بهبود کیفیت زندگی و کاهش موربیدیتی و مورتالیتی ناشی از HIV. در مناطقی از دنیا که به ARVs دسترسی دارند، درمان موثر ضد رترو

ویروسی (ART) شامل سه داروی ضد رتروویروسی (ARVs) یا بیشتر، میزانهای سلامت و بقای بیماران مبتلا به HIV را بسیار بهتر کرده است. در کشورهای پیشرفته بیش از ۲۰ نوع داروی ضد رترو ویروسی در اشکال دارویی مختلف بصورت مجزا و یا ترکیبی در دسترسند. برای تجویز رژیمهای مؤثر درمانی می‌توان از ترکیبی از این داروها استفاده کرد. ART محدودیتهایی دارد. ART عفونت HIV را به طور کامل مداوا نمی‌کند و مستلزم مصرف داروهای متعدد به مدت طولانی (معمولا مادام‌العمر) است. رژیم‌های ART گران قیمت هستند و ممکن است باعث انواع عوارض جانبی نامطلوب (گاه شدید) شوند و برای مؤثر بودن و جلوگیری از ظهور مقاومت، نیازمند پایبندی دقیق بیمار به درمان است و متأسفانه شکست در آن ناشایع نیست (به دلیل همکاری ناقص و یا سایر عوامل). شکست یک رژیم ARV در صورت همراهی با مقاومت دارویی معمولا به این معنی است که رژیم‌های بعدی هم کمتر احتمال موفقیت دارند. سه دسته اساسی داروهای ضد رتروویروسی عبارتند از nucleoside reverse transcriptase (مانند Zidovudine, Lamivudine, Didanosine, non nucleoside reverse transcriptase (مانند Nevirapine, Efavirenz) و مهارکننده‌های پروتئاز (مانند Indinavir, Ritonavir, Lopinavir)

پیشگیری

علیرغم پیشرفت‌های زیاد در این زمینه هنوز واکسن و درمان قطعی برای HIV/AIDS وجود ندارد. معالوفصاف با توجه به محدود بودن راه‌های انتقال پیشگیری از آن آسان است. استفاده از روش‌های مناسب پیشگیری که مؤثر و کارا باشد اهمیت زیادی دارد. با توجه به اینکه راه‌های انتقال عمدتا با رفتار انسان رابطه دارند آموزش به منظور ترویج رفتارهای سالم نقش اساسی دارد. هدف آموزش در این بیماری به‌طور عمده بر تغییر رفتارهای مخاطره‌آمیز، کاهش خطر تماس و انتقال، کاهش اضطراب روانی-اجتماعی و کمک به بیماران در جهت تطابق با این مراقبت معطوف می‌باشد. باتوجه به وجود خطر بالقوه برای همهٔ آحاد جامعه لازم است آموزش فراگیر صورت گیرد.

پیشگیری در تماس جنسی:

- به تعویق انداختن سن اولین رابطه جنسی
- وفاداری به همسر یا شریک جنسی و داشتن تنها یک شریک جنسی،
- استفاده از کاندوم به طرز صحیح
- درمان کامل بیماری آمیزشی (شامل درمان بیمار و شریک جنسی)

- پرهیز از مصرف مواد مخدر یا محرک (مصرف این مواد هوشیاری را زائل کرده، قدرت تصمیم‌گیری برای برقراری روابط جنسی سالم را مختل می‌کند.

به‌طور خلاصه اساسی‌ترین روش پیشگیری در انتقال از طریق جنسی پرهیز از روابط جنسی نامطمئن و در صورت وجود این روابط، استفاده از کاندوم است.

پیشگیری در اعتیاد تزریقی

- پرهیز از مصرف مواد یا اقدام برای ترک،
- در صورتیکه امکان پرهیز از مصرف مواد مخدر وجود ندارد، پرهیز از تزریق مواد مخدر و استفاده از اشکال غیر تزریقی یا درمان با جایگزین‌های اوپیوئیدی مانند متادون،
- در صورت عدم امکان پرهیز از تزریق مواد، استفاده از وسایل تزریق یک بار مصرف، پرهیز از اشتراک در ابزار تزریق، یا استریل کردن وسایل تزریق با جوشاندن یا مواد ضدعفونی‌کننده مثل وایتکس،
- تغییر رفتارهای مرتبط با تزریق یا روابط جنسی، در جهت کاهش آسیب، جز با آموزش و مشاوره ممکن نخواهد بود. در این رابطه دسترسی به لوازم مورد نیاز نظیر سرنگ و سوزن، سایر ابزار تزریق، کاندوم و... نقش اساسی دارد.

پیشگیری در انتقال خون و فرآورده‌های خونی و پیوند اعضا

- غربالگری کلیه خونهای اهدائی از نظر آلودگی به HIV با روش‌های استاندارد تشخیصی.
- غربالگری اهدا کنندگان از نظر وجود عوامل خطر، از طریق آگاه‌سازی و انجام مشاوره با داوطلبان اهدا خون جهت پرهیز از اهدا در صورت وجود عوامل خطر.
- حذف کلیه جنبه‌های انتفاعی از اهدا خون (دریافت وجه، جایگزین کردن خون برای بیماران که نسبت با اهدا کننده دارند و...) به منظور تکیه بر جنبه‌های انسان دوستانه اهدا خون.
- پرهیز از تجویز بیمورد خون یا فرآورده‌های خونی و به حداقل رساندن مصرف خون.

پیشگیری در سرایت از طریق مادر به فرزند

- ارزیابی خطر در کلیه زنان باردار و مشاوره تشخیصی HIV برای زنان در معرض خطر.
- شروع درمان پیشگیری دارویی در حین حاملگی و حین زایمان در مادر و ادامه درمان پیشگیری در نوزاد بعد از تولد تا یکماه. لازمست مادران باردار HIV+ هر چه سریعتر (ترجیحاً از هفته ۱۴

- حاملگی) تحت درمان با حداقل سه داروی ضدترتروویروسی قرار گیرند.
- منع شیردهی مادر آلوده به فرزند و استفاده از شیر مصنوعی. در کشورهای فقیر که مرگ و میر کودکان در اثر سوءتغذیه بسیار شایع است ممکن است هنوز تغذیه انحصاری با شیرمادر در ماه‌های اول بعد از تولد توصیه می‌شود.

پیشگیری در حین ارائه خدمات درمانی

- با توجه به اینکه ممکن است مبتلایان HIV بدلیل ابتلا همزمان به یک بیماری روانی بستری شوند، ضرورت دارد روانپزشکان اطلاعات لازم را در این زمینه داشته باشند. برای پیشگیری از بروز تماس باید موارد ذیل را رعایت نمود.
- تمام نمونه‌های خون و مایعات بدن باید آلوده فرض شوند. به هیچ وجه ضرورت ندارد کلیه بیماران قبلاً از نظر HIV مورد غربالگری قرار گیرند و احتیاطات استاندارد باید در مورد همه بیماران بکار رود.
- در صورت نیاز به معاینه، قبل از معاینه هر بیمار و در فاصله معاینه هر دو بیمار باید دستها شسته شوند.
- در صورت وجود احتمال تماس با خون یا مایعات بدن (به جز عرق)، چه خونی و چه غیرخونی از دستکش استفاده شود،
- استفاده از گان، ماسک و پوشش چشم، معمولاً لزومی ندارد؛ مگر زمانی که خطر پاشیدن خون و ترشحات به صورت، پوست و لباس وجود داشته باشد.
- سوزن‌های مصرف شده را هرگز نباید درپوش گذاشت، خم کرد و یا شکست بلکه باید بلافاصله پس از مصرف در محفظه‌های مخصوص غیرقابل نفوذ (نظیر قوطی شیرخشک) انداخت و زمانی که ۳/۲ تا ۴/۳ حجم این محفظه‌ها پرشد، آنها را از گردونه مصرف خارج کرده و پس از گندزدایی به زباله بیمارستانی انداخت در صورت امکان بهتر است از کاترهای الکتریکی یا مکانیکی استفاده کرد.
- اتاق ایزوله جز در شرایطی که بیمار محیط را آلوده می‌کند نیاز نیست. از آنجا که بیماری‌های Blood borne از طریق محیط منتقل نمی‌شوند نیاز به جداسازی این بیماران نیست.
- غذای بیماران را می‌توان مانند سایرین در ظروف عادی توزیع کرد و به جداسازی ظروف نیازی نیست.
- برای ضدعفونی وسایل چندبار مصرف، حتی المقدور باید از روش استریلیزاسیون حرارتی و در صورت عدم دسترسی، از مواد پاک‌کننده دارای قابلیت ضدعفونی کردن در سطح بالا استفاده کرد.

در خصوص لوازمی نظیر دستگاه فشار خون که فقط با پوست تماس دارند، تمیز کردن وسیله (شستن با مواد شوینده معمولی) کافی است.

- افرادی که دچار ضایعات پوستی، زخم‌های باز، درماتیت و ... میباشند، باید تا بهبودی کامل، از مراقبت مستقیم بیماران و تماس با وسایل آلوده معاف شوند؛ در صورتی که این امکان وجود نداشته باشد، استفاده از دو دستکش توصیه شده است.

- آموزش مداوم احتیاط‌های استاندارد به تمام کارکنان بهداشتی درمانی و حتی افراد نظافت‌چی ضروری است.

در صورتی که طی یک حادثه شغلی ارائه دهندگان خدمت در معرض تماس با ویروس قرار گرفته باشند ضرورت دارد بر حسب شدت و میزان خطر تماس تحت درمان با دو یا سه داروی ضد رتروویروسی قرار گیرند. مدت این درمان حداقل یکماه خواهد بود و ضرورت دارد هرچه سریعتر حتی المقدور ظرف ۶ ساعت پس از تماس درمان شروع شده باشد. معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی باید قبلاً اسامی مراکزی را که بصورت شبانه روزی قادر به ارائه دارو هستند به سایر مراکز درمانی اعلام کنند. ادامه درمان و پیگیری‌های بعدی بعهده مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری خواهد بود.

وضعیت همه گیری در ایران

اولین مورد ابتلا به اچ‌آی‌وی در ایران در سال ۱۳۶۵ گزارش شد. از آن پس تا سال ۱۳۷۴ در گزارش‌های سالیانه، موارد شناخته شده افزایشی اندک و تدریجی داشت. در سال ۱۳۷۵ با شناسایی همه‌گیری در برخی از زندان‌های کشور، موارد شناخته شده به یکباره افزایش چشمگیر یافت. در این سال انتقال از راه مصرف تزریقی مواد به میزان ۲۳ برابر نسبت به سال قبل از آن افزایش یافت و برای اولین بار به‌عنوان شایع‌ترین راه انتقال مطرح گردید و از آن پس به‌عنوان شایع‌ترین راه انتقال باقی مانده است. تعداد موارد ثبت شده‌ی انتقال از راه تزریق تا سال ۱۳۸۴ بطور مداوم افزایش یافته و در سال ۱۳۸۵ کاهشی در حدود ۱۶٪ نسبت به سال قبل داشته و در سال‌های بعد نسبتاً ثابت مانده است (اداره کنترل ایدز، آذر ۱۳۸۸).

طبق گزارشات فصلی اداره کنترل ایدز در پائیز ۱۳۸۸ تعداد کل موارد ثبت شده، تعداد موارد مبتلا به ایدز و مورد فوت اعلام شده است. با توجه به اینکه تعداد موارد ثبت شده تنها بیانگر حداقل میزان موجود می‌باشد، سازمان جهانی بهداشت و UNAIDS اقدام به طراحی یک برنامه نرم‌افزاری ویژه برای تخمین موارد مبتلا نموده‌اند. استفاده از این نرم افزار همراه با یک مطالعه

مروری صورت می‌گیرد. بر اساس آخرین مطالعه‌ها که با روش توصیه شده در ایران صورت گرفت برآورد می‌شود حدود ۸۰ هزار مبتلا به HIV در ایران زندگی می‌کنند.

سهم راه انتقال جنسی در موارد شناسایی شده تا سال ۱۳۸۵ بطور نسبی ثابت مانده و در حدود ۵ الی ۸ درصد بوده ولی عدد مطلق آن بطور مداوم افزایش یافته‌است و از ۵۰ نفر در سال ۱۳۷۹ به حدود سه برابر سال در ۱۳۸۵ رسیده‌است. از آن پس این نسبت روندی فزاینده یافته و به حدود ۱۳٪ کل مبتلایان شناسایی شده در سال ۱۳۸۷ رسیده‌است. عمده این تغییر ناشی از افزایش شناسایی زنان مبتلاست. (اداره کنترل ایدز، آذر، ۱۳۸۸).

در مجموع بررسی داده‌های سیستم ثبت موارد، دیده‌وری‌ها و مطالعات زیستی-رفتاری و مطالعات منفرد حاکی از آن است که:

شیوع عفونت اچ‌آی‌وی در جمعیت عمومی پایین است. چنانکه در دیده‌وری‌های زنان باردار در طی این سال‌ها موردی شناسایی نشده‌است.

شیوع عفونت در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در اواخر دهه هفتاد و اوائل دهه هشتاد شمسی رشدی سریع را تجربه نمود و از حد بحرانی ۵٪ گذشت. اما به نظر می‌آید با گسترش نسبی فعالیت‌های کاهش آسیب در زندان و در جامعه در اواسط دهه هشتاد شمسی، از سرعت رشد پرشتاب آن کاسته شد. در سال ۱۳۸۶ به صورت میانگین، ۱۴٫۳٪ از مصرف‌کنندگان تزریقی اچ‌آی‌وی مثبت بوده‌اند. این میزان در استان‌های مختلف از حداقل صفر تا ۳۵٫۷٪ متغیر بوده است. در این میان در ۲ استان شیوع عفونت بین ۵ تا ۲۰٪ و در ۵ استان بیش از ۲۰٪ بوده است (زمانی، ۲۰۰۸).

شیوع اچ‌آی‌وی در زندانیان نیز الگویی شبیه به آنچه در مورد مصرف‌کنندگان تزریقی مواد ذکر شد، تجربه کرده‌است؛ اما مقدار شیوع همواره پایین‌تر بوده و در آخرین دیده‌وری زیستی-رفتاری در سال ۱۳۸۸ در مردان زندانی ۱/۲۷٪ و در زنان زندانی ۰/۷۵٪ بوده است. (نواده، ۱۳۸۸).

داده‌های برخی مطالعات پراکنده حاکی از آن است که شیوع اچ‌آی‌وی در زنان تن‌فروشی که مصرف‌کننده تزریقی مواد نیستند، هنوز به ۵٪ نرسیده‌است. در این زمینه یک مطالعه جامع کشوری هم اکنون در این گروه در دست اجراست و بزودی نتایج آن بدست خواهد آمد. درباره شیوع اچ‌آی‌وی در مردانی که با سایر مردان رابطه جنسی دارند، مطالعات بسیار محدودند و نمی‌توانند به نتیجه‌گیری قابل تعمیم منجر شوند.

ارائه خدمات HIV به مبتلایان در ایران

در سال ۱۳۸۱ اولین برنامه استراتژیک کشور در زمینه کنترل HIV توسط کلیه سازمانها و

نهادهای دست‌اندرکار نوشته شده به اجرا درآمد. در حال حاضر سومین برنامه کشوری در این زمینه در دست طراحی است. استراتژی‌های اصلی این برنامه‌ها شامل آموزش و اطلاع‌رسانی، سلامت خون، مشاوره و آزمایش داوطلبانه، کاهش آسیب، پیشگیری و مراقبت و درمان بیماری‌های آمیزشی، مشاوره - مراقبت و درمان مبتلایان به HIV و خانواده آنها، حمایت اجتماعی، برقراری نظام مراقبت اپیدمیولوژیک و مدیریت داده‌ها و تقویت زیرساخت‌های لازم است.

در راستای ارائه خدماتی که در این استراتژیها دیده شده ساختاری تحت عنوان مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری طراحی شد. در حال حاضر در کلیه استانها کشور حداقل یک مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری وجود دارد. گروه هدف این مراکز عبارتند از بیماران HIV و خانواده و شرکاء جنسی آنها، افرادی که به رفتارهای پرخطر مرتبط با HIV مبادرت داشته‌اند مثل مصرف کنندگان تزریقی مواد، افرادی که رفتارهای جنسی پرخطر داشته‌اند، مبتلایان به بیماری‌های آمیزشی و نیز افراد داوطلب. خدماتی که در این مراکز ارائه می‌شود عبارتند از آموزش، مشاوره، تست داوطلبانه HIV، درمان بیماری‌های آمیزشی، مراقبت و درمان HIV شامل کنترل‌های دوره‌ای، آزمایشات لازم، درمان ضدترتروویروسی و درمان عفونت‌های فرصت طلب بصورت سرپایی، درمان‌های پیشگیری برای موارد مادر به کودک یا تماس‌های تصادفی شغلی یا غیرشغلی. کلیه خدمات در این مراکز بصورت رایگان، بدون نیاز به ثبت اسم و مشخصات و با حفظ اسرار مراجع ارائه می‌شود.

برای برخورداری بیماران از مراقبت و درمان لازم است متخصصین و پزشکان، موارد شناخته شده HIV را به این مراکز و با مرکز بهداشت شهرستان جهت ایجاد هماهنگی لازم ارجاع دهند.

نکات مهم بالینی این بخش

- ✓ بر طبق آخرین آمار منتشر شده توسط برنامه مشترک سازمان ملل در زمینه ایدز (UNAIDS)، افزایش HIV و شیوع بیماری افزایش قابل توجهی داشته است که از طرفی مربوط به بروز موارد جدید و از طرفی دیگر مربوط به افزایش دسترسی به درمان‌های ضد رتروویروسی در سطح جهان است.
- ✓ از نظر شدت، همه‌گیری HIV/AIDS کشورهای جهان به این سه دسته تقسیم می‌شود: همه‌گیری محدود، همه‌گیری متمرکز، همه‌گیری منتشر.
- ✓ عامل این بیماری ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) است. این ویروس رتروویروس و عضوی از زیر خانواده لتی ویروس هاست، که حاوی RNA و دارای پوشش می‌باشد. تاکنون چهار نوع رتروویروس انسانی شامل HTLV1، HTLV2، HIV1 و HIV2، شناخته شده است.
- ✓ مشخصه عفونت HIV، نقص ایمنی ناشی از نقصان مداوم و پیشرونده در تعداد و عملکرد لنفوسیت‌ها است.
- ✓ راه‌های انتقال HIV شناخته شده و محدود است. این راهها محدود می‌شود به تماس جنسی، تماس با خون و ترشحات و انتقال از طرق مادر به کودک. خطر انتقال در بین این راهها با هم یکسان نیست.
- ✓ اگرچه سیر عفونت اچ‌ای وی در میان بیماران ممکن است متغیر باشد، اما الگوی شایعی در بیماران دیده می‌شود.
- ✓ مرحله‌بندی بالینی توسط سازمان جهانی بهداشت بر اساس یافته‌های بالینی موثر در تشخیص، ارزیابی و درمان HIV/AIDS در افراد بالای ۱۵ سال تدوین شده است. در ایران تصمیم‌گیری برای شروع درمان براساس مرحله بالینی و شمارش سلول‌های CD4 انجام می‌شود.
- ✓ اهداف درمان ضد رتروویروسی عبارتند از: دستیابی به حداکثر سرکوب پایدار ویروس، حفظ عملکرد ایمنی یا به حال اول برگرداندن آن، بهبود کیفیت زندگی و کاهش موربیدیتی و مورتالیتی ناشی از HIV.
- ✓ با توجه به اینکه راههای انتقال عمدتاً با رفتار انسان رابطه دارند آموزش به منظور ترویج رفتارهای سالم نقش اساسی در پیشگیری دارد.

- AIDS Epidemic Update, December 2009, UNAIDS , 6-10
- Mandle, Douglass and Bennette, Principles of Infectious disease, seventh edition, 2010, 1663-8
- S. Kartikeyan, R.N. Bharmal, R.P. Tiwari, Nicholas Piramal India Limited, Mumbai, P.S. Bisen, HIV and AIDS: Basic Elements and Priorities, 2007 Springers, 82-4
- Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV-Infected Adults and Adolescents.DHHS, June 18, ۲۰۰۸, USA.
- Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States.DHHS, July 8, 2008, USA.
- Post-exposure prophylaxis to prevent HIV infection: joint WHO/ILO guidelines on post-exposure prophylaxis (PEP) to prevent HIV infection .World Health Organization, 2007.
- Updated US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR Recommendations and Reports. September 30, 2005; 54 (RR-9):1.
- گزارش جمهوری اسلامی ایران درباره پایش اعلانیه تعهد مصوب اجلاس ویژه مجمع عمومی سازمان ملل متحد در زمینه اچ‌آی‌وی و ایدز، وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی، ۱۳۸۸
- دستور العمل کشوری مدیریت مواجهه شغلی با اچ‌آی‌وی، ویروس هپاتیت B و ویروس هپاتیت C توصیه‌هایی برای پروفیلاکسی پس از تماس. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی معاونت سلامت - مرکز مدیریت بیماری‌ها، ۱۳۸۸.
- برنامه کشوری کنترل ایدز و بیماری‌های آمیزشی، ۸-۱۳۸۶، وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی، دبیرخانه کمیته کشوری کنترل ایدز

استیگما، تبعیض و
ملاحظات اخلاقی،
قانونی در
HIV/AIDS

یکی از نکات مهم در بررسی، تشخیص و درمان HIV/AIDS، استیگمای حاصل از این بیماریست که البته نقش آن در ایجاد تأثیرات روانی و مسائل اجتماعی افرادی که با HIV زندگی می‌کنند، غیر قابل انکار است. همچنین شناخت و رعایت حقوق این افراد، در مراجعه‌ی به موقع، برای اقدام به درمان و ادامه آن بسیار تأثیرگذار است.

استیگما

استیگما در لغت به معنای انگ، بدنامی، وضعیتی که جامعه آن را نامطلوب تلقی می‌کند و در بیماری به نگرشی گفته می‌شود که فرد مبتلا از آن احساس شرم می‌کند و آن را باعث ننگ خود فامیل یا اجتماع می‌داند. افرادی که چنین نگرشی دارند فکر می‌کنند که فرد دارای آن ویژگی، "بد" و یا "بی ارزش" و "متفاوت" است و باید از جامعه دور شود. افراد دارای این نگرش نمی‌توانند با فرد بیمار همدلی کنند و از او دوری می‌جویند (افتخار، ۱۳۸۸).

تبعیض

زندگی افراد مبتلا به HIV/AIDS به طور کلی، زیر سایه این بیماری قرار می‌گیرد، آنها به دلیل تفاوتی که با دیگران دارند مورد تبعیض قرار می‌گیرند. به دلیل پیش داوری و ترس از سرایت بیماری، این بیماران حتی در مورد انتخاب مسکن، شغل، مراقبت‌های بهداشتی و حمایت عمومی نیز مورد تبعیض قرار می‌گیرند، که نتیجه اش رفتار غیر منصفانه و غیر عادلانه از طرف جامعه است. در اکثر موارد وقتی یکی از اعضاء خانواده به بیماری مبتلا می‌شود، به نقطه‌ی اصلی توجه خانواده، که مهم‌ترین نهاد برای حمایت از بیمار است، تبدیل می‌شود. اما این موضوع در مورد بیمارانی که با HIV زندگی می‌کنند صدق نمی‌کند و آنها حتی از طرف خانواده و دوستان خود هم طرد می‌شوند. بعضی‌ها شغل خود را از دست داده‌اند و بعضی هم به خاطر اینکه به HIV مبتلا بودند کشته شده‌اند.

ملاحظات اخلاقی و قانونی

تمام بیماران از حقوق خاصی برخوردار هستند که توجه و رعایت آنها، بخشی از فرآیند درمان است. در مورد HIV/AIDS نیز باید این حقوق از سوی جامعه، دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی مورد احترام قرار گیرد. مواردی مثل حق ازدواج، تولید مثل و محدودیت‌های آن برای بیماران مبتلا، رازداری اطلاعات پزشکی و افشاء و گزارش بیماری از سوی مراکز درمانی به خانواده یا محل کار فرد مبتلا، مقابله با هر نوع تبعیض از جمله در امر تحصیل یا اشتغال یا دسترسی به امکانات درمانی

هم چنین کسب رضایت قبلی برای انجام آزمایش‌های مختلف از جمله مسائل مهم در زمینه حقوق افراد HIV مثبت و مبتلایان به AIDS می‌باشد که بر عهده اجتماع و دولت است.

همه گیر شناسی

استیگما و تبعیض مربوط به HIV/AIDS امری جهانی است که در همه کشورها با هر مذهب و فرهنگی وجود دارد. بیماران در خانواده، مدرسه، محل کار، سیستم‌های مراقبتی، همیشه و در همه حال با آن روبرو هستند. تقریباً همه بیمارانی که با HIV زندگی می‌کنند با استیگما روبرو بوده‌اند. برطبق یک مطالعه (اسندمن^۱، روترن-بورنز^۲، کامولدا^۳، ویس^۴، راموس^۵، ۲۰۰۶)، ۸۹٪ از جوانان مبتلا به HIV، گزارش کرده‌اند که استیگما را تجربه کرده‌اند. این میزان در بیمارانی که همجنس باز یا دو جنس خواه هستند، بیشتر از آنهایی است که دیگر جنس خواه هستند. نگرش‌ها و رفتارهای مربوط به استیگما، همراه دائم و همیشگی افرادی است که با HIV زندگی می‌کنند (ممان^۶ و همکاران، ۲۰۰۹). در بین بیماری‌های مزمنی مثل دیابت یا صرع، AIDS با بالاترین نرخ انگ روبرست (فرناندس^۷ و همکاران، ۲۰۰۷). نکته اساسی در این بخش این است که، درک نشدن از طرف جامعه و ترس از فاش شدن بیماری در اکثر این بیماران وجود دارد که در نهایت باعث منزوی شدن آنها می‌شود (نجومی، ۱۳۸۷).

سبب شناسی

افراد HIV مثبت به خاطر روش‌های مهم انتقال HIV، که رفتارهای پرخطری مثل: تزریق مواد و استفاده از سوزن مشترک برای معتادان و رابطه جنسی حفاظت نشده و خارج از چارچوب، تن فروشی، روابط جنسی با شرکای مختلف جنسی بین مردان است، با استیگما و تبعیض ناعادلانه‌ای روبرو هستند. چون این تصور به وجود می‌آید که تمام این افراد در اثر رفتارهای نادرست به این ویروس مبتلا شده‌اند. حتی گاهی مردم فکر می‌کنند AIDS، تنبیهی برای رفتارهای غیر اخلاقی است. دلیل اصلی استیگما و تبعیض مربوط به HIV/AIDS، از کم اطلاعی درباره نحوه انتقال بیماری شروع می‌شود. تصورهای غلطی در مورد راه‌های انتقال این بیماری است. تصور اشتباه دیگر، این

¹ - Swendeman
² - Rotheram-Borus
³ - Comulada
⁴ - Weiss
⁵ - Ramos
⁶ - Maman
⁷ - Fernandes

است که افرادی که رفتارهای پرخطر دارند حتماً به HIV مبتلا می‌شوند و نباید فراموش کرد که صرف تعلق داشتن به این گروه‌ها، افراد را آسیب پذیر می‌کند بلکه رفتار آنها که گاه تنها به شرایط اجتماعی و اقتصادی آنان وابسته است، باعث آسیب پذیری بیشتر می‌شود. به این ترتیب بهتر است به جای قضاوت درباره این که چگونه فردی به HIV مبتلا شده است پرهیز کنید و به جای اینکه، به نحوه انتقال ویروس فکر کنیم، به افراد آسیب دیده، محیط کار و خانواده آنها بپردازیم.

استیگما و انگ حاصل از HIV/AIDS به وسیله افراد و جوامع تقویت می‌شود. ترس از انتقال، رنج و در نهایت مرگ، باعث می‌شود افراد HIV مثبت، بار سنگین فشار روانی را تحمل کنند (اسندمن، روترن- بورنز، کامولدا ویس، راموس، ۲۰۰۷). تا جایی که هویت اصلی فرد با این موضوع ارتباط مستقیم پیدا می‌کند. برای نمونه در بعضی از بیماری‌ها فرد مبتلا را با نام آن بیماری صدا می‌زنند به طور مثال کور، شل و ... اما در مورد HIV/AIDS این دیدگاه یک گام هم فراتر رفته و به دلیل ترس بسیار زیاد از آن، حتی اسم این افراد به زبان آورده نمی‌شود. استیگما یک وضعیت بد اخلاقی (ارزشی) و یا اجتماعی است که فرد دارای بیماری با آن مواجه است. با اینکه این موضوع در همه جوامع مشترک است اما دلایل زیربنایی آن از یک منطقه به منطقه دیگر تفاوت دارد. همچنین در مطالعه ای، زنان با بیماری‌های روانی (SMI)^۱ با استیگما و تبعیض روبرو بودند که ممکن است باعث افزایش خطر بیماری‌های دیگری، مثل HIV شود (کولینز^۲، الکلینگتون^۳، انگر^۴، سویتلند^۵، رایت^۶، زیبرت^۷، ۲۰۰۸).

¹ - Sever mental illness

² - Collins

³ - Elkington

⁴ - Unger

⁵ - Sweetland

⁶ - wright

⁷ - Zybert

نمونه بالینی از اثرات استیگما:

"در دقایق پایانی شیفت که با خستگی اتمام شیفت را انتظار می‌کشید سرنگ بیمار HIV مثبت به دست او فرو رفته بود. می‌دانست که باید هر چه زودتر برای درمان ضد ویروس به مرکز درمانی ایدز مراجعه کند. تصویر روبرو شدن با پزشک دیگر و شرح دادن ماجرا، این که آیا او باور می‌کند یا فکر می‌کند که رفتار پرخطر دیگری داشته است، مثبت شدن آزمایش خود و برخورد دیگران با او و توضیحاتی که به شوهرش می‌داد از جلوی چشمش گذشت. با خود اندیشید شانس مثبت شدنش تنها ۰.۳۲٪ است و بر اساس آمار می‌تواند قویا روی مثبت نشدن خود تکیه کند و لازم نیست خود را نگران کند. روپوش را درآورد و راهی منزل شد تا خستگی روزانه را کنار شوهر و فرزندش از تن به در کند!"

AIDS علاوه بر اینکه یک مشکل بهداشتی است، مشکل اجتماعی و فرهنگی نیز هست که در جامعه از دیدگاه بدی برخوردار است. به این ترتیب استیگمای وابسته به آن مشکلات اجتماعی و روانی زیادی را ایجاد می‌کند که بر کیفیت زندگی اثر گذار است در نتیجه طول زندگی را هم تحت الشعاع قرار می‌دهد.

انگ مربوط به HIV، به همین سادگی که بیان می‌شود، نیست و می‌توان از آن به عنوان یک فرآیند کاهنده نام برد، که به شکل معنی داری فرد را در چشم دیگران بی اعتبار کرده، تبدیل به یک مسأله روزانه می‌شود که بیماران را درگیر می‌کند و ناخودآگاه آشکارا و پنهان با آنهاست.

رفتارهای نامناسب و تحقیرآمیز، تابو بودن بیماری و منع‌های اخلاقی و فرهنگی موجب انزوای بیمار گشته، فرصت آموزش را از وی می‌گیرد. وحشت از مرگ، وحشت طرد و تنهایی، انگ اجتماعی، اخراج از محل کار و بدنامی از طرف دوستان و خانواده سبب می‌شود افرادی که گمان می‌کنند ممکن است آلوده باشند، احساس شرمندگی، کم ارزشی، گناه و یأس کنند یا به افسردگی مبتلا شوند که این حس به خانواده‌های آنان هم منتقل می‌شود. انگ و تبعیض با هم یکی از بزرگترین موانع برخورد موثر با این بیماری مسری هستند و دولت‌ها را از به رسمیت شناختن و اقدام به موقع علیه ایدز دلسرد می‌کنند و این به دلیل ماهیت استیگما و تبعیض است چون باعث می‌شود تلاش‌ها به عقب برگردد، پی‌گیری‌ها تضعیف شود و مانع پیشرفت در این زمینه هستند. تمام اینها بیماران را مجبور می‌کند از مداخله در فعالیت‌های اجتماعی مثبت و مفید کناره‌گیری کنند و از حقوق خود

محروم شوند و بدتر از همه وضعیت خودشان را تا جایی که مقدور است مخفی نگه دارند که این خود موجب ترس از مراجعه و آزمایش، طی نشدن فرآیند درمان، گسترش آلودگی و شیوع سریع آن می‌شود، نکته دیگر اینست که به دیگران که ممکن است این بیماری را از آنها گرفته باشند اطلاع ندهند تا آنها هم برای درمان خود اقدام کنند و این چرخه انتقال و شیوع بیشتر و بیشتر ادامه یابد.

ترس از افشای این موضوع از طرف کادر درمانی، مسأله دیگری است که مانع از اقدام به موقع، جهت گرفتن حمایت و درمان است.

انگ به عنوان یک یاد آوری کننده‌ی بیماری عمل می‌کند و شرایط سختی را برای بیماران، که سعی می‌کنند با این مشکل کنار بیایند، به وجود می‌آورد. در مورد خانواده‌هایی که یکی از اعضایشان مبتلا به HIV است، انگ و ترس از برملا شدن این راز بیشتر از خود این عفونت آسیب زاست و مواردی مثل شرایط بد اقتصادی و یا فاکتورهای زندگی پرخطر را به وجود می‌آورد.

باید توجه کرد که معمولاً HIV/AIDS در سنین جوانی و میانسالی خود را نشان می‌دهد. دقیقاً وقتی که افراد می‌خواهند حرفه خود را شروع کنند یا می‌خواهند کار خود را تثبیت کنند و بیشترین بهره‌وری را داشته باشند. استیگما و تبعیض همچنین طرد شدن، می‌تواند در زندگی اجتماعی و اقتصادی افراد خیلی موثر باشد و همینطور جامعه، علاوه بر هزینه درمانی که باید برای این بیماری متقبل شود از نظر بیکاری این قشر نیز آسیب پذیر می‌شود. در نهایت باعث افزایش فقر می‌شود و در دستاوردهای توسعه انسانی افت می‌کند.

در بحث پیامدهای انگ مربوط به HIV/AIDS باید توجه داشت در اینجا غیر از اقشار عادی جامعه کادر درمانی هم نقش دارند. افراد HIV مثبت، در سیستم‌های مراقبتی با انگ، خصومت، تبعیض و طرد روبرو می‌شوند که به چندین شکل دیده می‌شود:

انکار درمان، یا درمان پایین‌تر از حد استاندارد

ترس از مبتلا شدن در کارکنان ممکن است باعث نقض درمان این افراد یا درمان پایین‌تر از استاندارد شود. دلیل اصلی در دسترس نبودن لوازم مورد نیاز افراد مبتلا به AIDS، در خیلی از بیمارستان‌ها هزینه بالای آنهاست. پرسنل به دلیل ترس از عدم محافظت از خودشان، ممکن است در درمان مضایقه کنند.

این باور که درمان HIV/AIDS اقتصادی نیست، دلیل دیگری برای انکار درمان است. چرا که این اعتقاد به این معناست که HIV/AIDS درمان ناپذیر است و منابعی را که می‌توان برای بیماری‌های دیگر در نظر گرفت از بین می‌برد.

این حالت تبعیض آگاهانه است نوع دیگر آن به شکلی است که خود افراد هم از آن آگاه نیستند و

شامل موارد زیر است:

همدلی نکردن با افرادی است که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند:

درمانگر باید بتواند خود را به جای بیمار گذاشته و در عین حفظ فاصله عاطفی با بیمار، احساسات و عواطف او را درک کند و به آن پاسخ مناسب نشان دهد یکی از ظرفیت‌های مهم درمانگر است که می‌تواند منجر به بهبود رابطه بیمار و پزشک و افزایش همکاری درمانی بیمار شود پزشکی که به HIV به دیده استیگما می‌نگرد نمی‌تواند با بیماران همدلی کند و هر چند که سعی کند ظاهر خود را حفظ کند نمی‌تواند همدلی واقعی داشته باشد. همدلی از درون فرد بر می‌خیزد و بیمار، همدلی تصنعی را خواهد فهمید.

احترام نگذاشتن به بیمار یک ملاک خوب برای خودارزیابی درمانگر آن است که ببیند آیا به بیمار HIV مثبت همانند دیگر بیماران احترام می‌گذارد یا نه. آیا همانند دیگر بیماران جلوی پای او بلند می‌شود؟ آیا همانند دیگر بیماران با او خوش و بش می‌کند؟ آیا به طور خلاصه و در اصطلاح او را تحویل می‌گیرد؟ آیا در جمع همکاران دیگر و پشت سر بیمار، از او با احترام یاد می‌کند؟ عدم رازداری و مراقبت نکردن کافی از بیمار نوع دیگری از انگ زدن ناآگاهانه است. دیده شده که پزشکان چنان چه احساس خوبی به بیمار داشته باشند ممکن است زمان ویزیت را افزایش دهند و وقت بیشتری صرف ویزیت بیمار کنند. جذابیت‌های ظاهری، تحصیلات و سطح مالی و دیگر متغیرهای مربوط به بیمار می‌تواند بر درمانگر اثر گذاشته و ناخودآگاه وقت بیشتری صرف بیمار کند. در عوض کوتاه کردن جلسه ویزیت از میل درمانگر به ختم زود هنگام جلسه و از نگرش منفی به بیمار می‌آید. همچنین نگرش منفی موجب می‌شود به دقت به حرف‌های بیمار گوش نکنند، حرف‌هایش را جدی نگیرد و اقدامات مورد نیاز بیمار را انجام ندهد (افتخار، ۱۳۸۸).

راه کارهایی برای کاهش استیگما و تبعیض و پیشگیری از HIV روانپزشکانی که با این بیماران کار می‌کنند باید آگاه باشند که مسائل اخلاقی و قانونی این بیماری ممکن است با وظایف حرفه‌ای و اخلاقی و قانونی آنها روبرو شود. مدیریت بیماران مبتلا به HIV مسائل زیادی از این دست را، در بر می‌گیرد. بعضی از آنها مانند بقیه بیماری‌هاست. یک بیماری عفونی خود عامل بالقوه‌ای، برای سرایت و انتقال به دیگران است. بقیه موارد هم مثل بقیه مریض‌هایی که با مرگ روبرو هستند و با بیماری‌های روانپزشکی و سلامت روان در ارتباط هستند، می‌باشد.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که اخیراً پیشرفت علم پزشکی در کاهش استیگما و افزایش کیفیت زندگی این بیماران موثر بوده است

برنامه‌های ملی مقابله با HIV، می‌تواند راه پیشگیری، درمان و خدمات مراقبتی را ساده‌تر کند و استیگما و تبعیض را کاهش دهد. تبعیض و استیگما، فشار و آسیب‌پذیری بیماری را، زیاد می‌کند. رعایت حقوق انسانی در HIV/AIDS علاوه بر حفظ شأن انسانی به ارتقاء بهداشت عمومی هم کمک می‌کند. به این دلیل که برای بیماران فضای مطمئن و امنی را ایجاد می‌کند و می‌توان روش‌های پیشگیری، ابتلا و دوری از رفتارهای پرخطر را نیز به افراد دیگر جامعه اطلاع‌رسانی کرد.

با وجود تلاش‌های آموزشی متمرکز، بخش‌های مختلف عمومی هنوز نمی‌دانند HIV چگونه منتقل می‌شود. باید به تمام سطوح اجتماع روش‌های انتقال بیماری را آموزش داد و با تکرار این مطلب که در مکان‌های عمومی جامعه مثل: محل کار، مدرسه، رستوران، مکان‌های ورزشی مثل استخر و... بدون نگرانی از مبتلا شدن به HIV، می‌توان با افرادی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند مشارکت داشت و از ترس بی‌مورد و در نتیجه استیگما و تبعیض جلوگیری کرد.

باید تأکید شود HIV/AIDS یک بیماری مثل دیگر بیماری‌هاست و مردمی که با این بیماری زندگی می‌کنند نیازمند مراقبت و حمایت هستند.

برگزاری برنامه‌هایی که مباحث جمعی بین سیاستگذاران، متخصصان بهداشت، مددکاران، فعالان حقوق بشر، بیمارانی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند و احاد مردم، به منظور ترویج درک بیشتر از دامنه‌ی مشکل و نگرش متضاد با تبعیض، در این امر می‌تواند مفید واقع شود.

تصویب و تدوین قانون برای حفظ حقوق بیمارانی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند در کاهش استیگما موثر است و دولت‌ها را پاسخگویی کمک می‌کند.

از حقوق بیمارانی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند در حوزه بهداشت و سلامت شامل می‌توان به موارد اشاره کرد:

- افرادی که HIV مثبت هستند در صورت این که خواهان کمک باشند باید بدون تبعیض حمایت شوند.

- تأکید بسیاری بر رازداری، حفظ حریم خصوصی و حمایت از حقوق بشر در این زمینه شده است که یک پاسخ اخلاقی به استیگما، تبعیض و طردشدن است و موجب می‌شود، افرادی که با HIV زندگی می‌کنند، احساس ارزشمندی خود را حفظ کنند. در مورد انجام آزمایش نباید اجبار باشد و پس از آن باید وضعیت بیماران محرمانه بماند. انگ بدنامی، افرادی را که با HIV زندگی می‌کنند، را درگیر می‌کند و مردم فکر می‌کنند که آنان برای سلامتی دیگران خطرناکند. تبعیض، مبتلایان را از حقوقشان، آزادی، اختیارات و چیزهایی که برای دیگران مانعی ندارد و بدون سوال پذیرفته

- شده است، محروم می‌کند. به حاشیه راندن مبتلایان را به این سمت می‌کشاند که از فضاهای عمومی که در آن سهیم هستند محروم کند و کنار گذاشته شوند.
- در زمان بستری بیماران حق دارند بتوانند آزادانه در بیمارستان جابه جا شوند و در یک بخش خاص قرنطینه نشوند.
 - به آنها درباره پیشگیری از HIV و بهداشت باروری و جنسی آموزش داده شود و اطلاع رسانی کنند.
 - تمام خدمات پیشگیری و مراقبت از سلامت از جمله در زمینه‌های عفونت‌های آمیزشی، سل، مشاوره و آزمایش داوطلبانه و کاندوم برای زنان و مردان در دسترس باشد.
 - در این بین بحث حقوق انسانی را می‌توان به زیر بخش‌های حقوق زنان و کودکان که آسیب‌پذیرتر هستند تقسیم کرد، در این رابطه موارد زیر قابل توجه هستند:
 - در صورت مواجهه با مسائلی مثل تجاوز، به خدمات پیشگیری دسترسی داشته باشند از رویارویی با رفتارهای خشن و نامناسب جلوگیری شود. رفع محدودیت‌هایی مثل رضایت همسر یا ولی برای گرفتن خدمات لازم. باید توجه داشت که حفاظت از حقوق زنان به حفظ بهداشت عمومی بیشتر کمک می‌کند.
 - می‌توان با بیماران ارتباط اجتماعی مطلوب برقرار کرد و بیماران را، از وجود انجمن‌های حمایت‌کننده مطلع کرد. برای بهبود توانایی بیماران در مهارت‌های اجتماعی می‌توان اطلاع رسانی کرد و آموزش ارتباطات برای اثبات منافع و خدمات مشاوره بسیار مهم است (نجومی ۱۳۸۷).
 - به عنوان یک راهکار دیگر، می‌توان تمهیداتی اندیشید که افرادی که با HIV زندگی می‌کنند خودشان به هم کمک کنند و این در مراکز درمانی هم به شکل سرپایی و هم به شکل بستری قابل اجرا باشد به طور مثال در چین به این مساله توجه ویژه‌ای شده است مراکزی برای درمان بیماران مبتلا به اچ‌ای وی و ایدز ساخته شده به نام مراکز روبان قرمز که در این اماکن مبتلایان می‌توانند به دور از انگ و تبعیض صحبت کنند با افرادی که مثل خودشان هستند آشنا شوند. انواع مراقبت‌ها و آموزش‌های حرفه‌ای را دارند ژورنالی با کمک خود بیماران منتشر می‌شود با نام دست در دست. و محیط امن و دوستانه‌ای برای این افراد ایجاد شده است
 - تجربه نشان داده که یک جنبش قوی از بیماران و حمایت از آنان در از بین رفتن استیگما موثر است.
 - درمان‌های روانشناختی و مطابق با نیازهای جامعه وقتی همراه درمان‌های طبی می‌شود، اثر بیشتری دارد و باعث می‌شود کیفیت زندگی بیماران بهتر شود. (نجومی)

- وقتی درمان موفق و منابع مراقبتی خوبی برای بیماری وجود داشته باشد از بین رفتن استیگما هم آسان تر می شود جایی که امید هست و مردم کمتر از HIV می ترسند بیشتر امکان دارد که خودشان را برای HIV تست نموده و وضعیت خود را فاش کنند و اگر لازم است برای گرفتن درمان تلاش کنند. برای این امر مهم احتیاج به برنامه ریزی های اثرگذار و خدمات کافی داریم.
- در بعضی از کشورها قوانین جزایی برای افرادی که با HIV زندگی می کنند و این ویروس را به دیگران انتقال می دهند اضافه شده که خیلی از کارشناسان را در افزایش خطر و تهدید بهداشت عمومی دلوپس می کند. چون فشار منفی برای انجام تست برای پیشگیری از HIV ممکن است قوانین پایه مدنی، مثل حق راز داری را از بین ببرد. برای همین مطلب موسسه ی مرکز بهبود آموزش ایدز و اجتماع بهداشت در سال ۲۰۰۳ در جهت جستجوی راه های کاهش استیگما، تبعیض و محافظت انسانها و جامعه تاسیس شد .

مواردی که در این سازمان ها پی گیری می شود عبارتند از:

- (۱) به عنوان سازمان های کمک کننده ای که در تکرار انجام برنامه های ضد استیگما فعالیت می کنند.
 - (۲) ایجاد زمینه ای برای تحقیق در این خصوص و الگوهای موجود، همچنین تلفیق اطلاعات.
 - (۳) ایجاد شبکه همکاری تکنیکی برای فعالیت های ابتدایی مربوط به استیگما.
 - (۴) همکاری همه جانبه دانش موجود به منظور برنامه های موثر و تکرار شونده در این زمینه.
- همانطور که بیان شد انگ ناشی از HIV با تمام اعضاء جامعه در ارتباط است بخش مهمی که باید به آن در کاهش استیگما و تبعیض توجه کرد کارکنان سیستم های مراقبت بهداشتی هستند. اگر این افراد ترس و نگرانی از HIV داشته باشند سخت است که بیماران را به خوبی بپذیرند.
- کارکنان به خصوص پرستاران برای از بین بردن افسانه هایی که در مورد HIV/AIDS وجود دارد نقش مهم و حائز اهمیتی دارند و می توان با تلاش های هوشمندانه و آموزش مناسب آنها را، هم برای کمک به خود و هم کمک به دیگران آماده کرد (وانس^۱، دنهام^۲ و دنهام، ۲۰۰۸)
- موردی که باید به کارکنان آموزش داد:
- چگونه در محیط کاری که بیمارانی با HIV/AIDS مثبت هستند، می توانند از خود محافظت کنند.
- لوازم مورد نیاز برای بیماران در بیمارستان وجود داشته باشد و همه از اینکه کمبودی، باعث افزایش خطر انتقال بیماری نخواهد شد، آسوده خاطر باشند.
- حفظ اطلاعات به شکل محرمانه برای تمام بیماران صرف نظر از وضعیت بیماری آنها.
- ارائه مشاوره و حمایت از خانواده های بیماران HIV به شکل مناسب.

¹ - Vance

² - Denham

آموزش مهارت‌هایی به خانواده‌های بیماران که آنها را در مقابله با این بیماری توانمند می‌کند و بتوانند مراقبت و پشتیبانی لازم را به بیماران ارائه دهند.

نکات مهم بالینی این بخش

- ✓ دلیل اصلی استیگما و تبعیض مربوط به HIV/AIDS، از کم اطلاعی درباره نحوه انتقال بیماری شروع می‌شود.
- ✓ افراد HIV مثبت مانند تمام بیماران، از حقوق خاصی برخوردار هستند که توجه و رعایت آنها، بخشی از فرآیند درمان است
- ✓ رفتارهای نامناسب و تحقیرآمیز، تابو بودن بیماری و منع‌های اخلاقی و فرهنگی موجب انزوای بیمار گشته، فرصت آموزش را از وی می‌گیرد.
- ✓ استیگما و تبعیض بیماران را مجبور می‌کند از مداخله در فعالیتهای اجتماعی مثبت و مفید کناره‌گیری کنند و از حقوق خود محروم شوند و بدتر از همه وضعیت خودشان را تا جایی که مقدور است مخفی نگه دارند که این خود موجب ترس از مراجعه و آزمایش، طی نشدن فرآیند درمان، گسترش آلودگی و شیوع سریع آن می‌شود.
- ✓ در مرحله بعد این خطر وجود دارد که به نزدیکانی که ممکن است این بیماری را از آنها گرفته باشند و یا انتقال داده باشد، اطلاع ندهند تا آنها هم برای درمان خود اقدام کنند و این چرخه انتقال و شیوع بیشتر و بیشتر ادامه می‌یابد.
- ✓ در پایان باید توجه داشت چون بیشتر کسانی که به این ویروس مبتلا هستند از آن ناآگاه هستند. بنابراین مسئولیت محافظت در نهایت با هر فرد است، نه فقط افراد مبتلا به این ویروس.

منابع

- Cohen, M.A., Jack, M., Gorman, (2008). *COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF AIDS PSYCHIATRY*, Oxford University press.
- Citron, K., Brouillette, M., Beckett, A., (2005). *HIV and Psychiatry Training and Resource Manual*, Cambridge university press.
- افتخار، مهرداد؛ نگاهی به استیگمای (انگ زنی) HIV و ایدز (۱) و (۲)؛ سایت سازمان نظام پزشکی ایران (۱۳۸۸/۹/۴) <http://www.irimc.org/>
- Collins Pamelam, Y.; Elkington Katherine, S.; Unger, H.; Sweetland, A.; Wright Eric, R.; Zybert Patricia, A. (2008). Relationship of Stigma to HIV Risk Among Women with Mental Illness. *The American journal of orthopsychiatry*. 78(4):498-506.
- Vance, R.; Denham, R.; Denham, S. (2008). HIV/AIDS related stigma: Delivering appropriate nursing care. *Teaching and Learning in Nursing*, 3, 2, 59-66
- Maman, S.; Ablner, L.; Parker, L.; Lane, T.; Chirowodza, A.; Ntongwisangu, J.; Srirak, N.; Modiba, P.; Murima, O.; Fritz, K. (2009). A comparison of HIV stigma and discrimination in five international sites: The influence of care and treatment resources in high prevalence settings. *Social Science & Medicine*. 68:2271-2278.
- Fernandes, P.; Salgado, A.; Noronha, F.; Barbosa, E.; Souza, J.; Sander, L. Li. (2007) Prejudice towards chronic diseases: Comparison among epilepsy, AIDS and diabetes. *Seizure*, 16, 4, 320—323.
- Swendeman, D.; Rotheram-Borus, M. J.; Comulada, S.; Weiss, R. and Ramos, M. E. (2006). Predictors of HIV-Related Stigma Among Young People Living With HIV. *Health Psychology*. 25(4), 501-509.
- A HUMAN TOUCH HEALS PAIN, WORLD AIDS CAMPAIGN 2002.
- <http://www.unaids.org> UNAIDS – joint united nations program on HIV/AIDS, Criminalization of HIV transmission. Stigma and discrimination UNAIDS (01 October 2008), Faces against HIV stigma and discrimination, Reducing HIV stigma and discrimination: a critical part of national AIDS programs - a resource for national stakeholders in the HIV response, (4/9/1388)
- <http://www.hivaidsstigma.org/> (15/9/1388)
- <http://www.stigmaindex.org/> (15/9/1388)
- <http://iscanews.ir>
- نجومی، مرضیه؛ عنبری، خاطره. (۱۳۸۷) مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز و HIV مثبت با افراد سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، دوره پانزدهم شماره ۱۶۹، ۵۸-۱۷۶.
- نجومی، مرضیه؛ احساس خوب داشتن و بیماری ایدز، هفته نامه سپید، (۱۳۸۸/۳/۲۸). www.sepidweekly.ir

اختلالات شناختي و ابسته
به
HIV/AIDS

مقدمه

اختلالات شناختی در بیماران مبتلا به بیماری ایدز شایع می‌باشد. محققین هنگام بروز اپیدمی HIV متوجه شیوع بالای مشکلات شناختی و عوارض ناشی از آن در این گروه از بیماران شدند. مدت کوتاهی پس از آلودگی، ویروس وارد سیستم اعصاب مرکزی می‌گردد. با پیشرفت بیماری نورو توکسین‌های التهابی¹ که موجب آسیب عملکرد و انهدام سلولی می‌شوند ترشح می‌گردد. که این امر موجب بروز مشکلات شناختی در بیماران مبتلا به HIV می‌گردد. در نتیجه بسیاری از بیماران مبتلا به HIV شروع به بروز مشکلات شناختی می‌نمایند. با وجود چنین بیماری همراه در این بیماران، لازم است که پزشکان هر گونه تغییر در عملکرد روانی فرد² را به دقت ارزیابی نمایند. تشخیص باید براساس یک شرح حال کامل طبی و روانپزشکی، وضعیت روانی و نورولوژیک و در صورت امکان بررسی‌های نوروسایکولوژیک باشد. این بررسی باید وضعیت بالینی مریض (مشخص کردن مرحله بیماری) را براساس شاخص‌های پاراکلینیکی و میزان سرمی ویروس مشخص نماید.

مکانیسم

مکانیسمی که باعث بروز این اختلالات می‌گردد روشن نشده است. اما بنظر می‌رسد تکثیر ویروس در CNS و فعال شدن میکروگلیال‌های عفونی شده و آزاد شدن توکسین‌های التهابی مثل سیتوکین و عامل نکروز دهند تومور و نقص در سیستم ترمیمی باعث بروز اختلال عملکرد یا آسیب یا مرگ نورونی و در نتیجه بروز علائم شناختی می‌گردد. منطقه‌ای که در CNS بیشترین احتمال درگیری را دارد منطقه ساب کورتکس subcortex بخصوص مدار fronto-striata می‌باشد. ویروس توسط ماکروفاژها و منوسیت‌های عفونی شده از BBB عبور کرده و تخریب میلین که یک بافت چربی و عایق‌کننده نرون‌ها می‌باشد را آغاز می‌نماید. اختلالات شناختی ناشی از عفونت به تنهایی نمی‌باشد زیرا بسیاری از علائم در انتهای سیر بیماری بروز می‌نمایند. محققین اعتقاد دارند که دمانس ناشی از HIV ممکن است با سایر اختلالاتی که به لحاظ مکانیسم شبیه اختلال فوق می‌باشند نیز همراه و پیچیده‌تر گردد از جمله دمانس آلزایمر که بیماران HIV مبتلا به اختلالات شناختی در معرض این گونه دمانس نیز می‌باشند. بصورت گسترده‌تر شکایت‌های شناختی را می‌توان ناشی از تأثیر واکنش‌های ناشی از تداخل بین

¹ - Proinflammatory Neurotoxin

² - Mental Status

زنجیره ویروس و عوامل میزبان دانست.

فاکتورهای موجود در میزبان که در بروز و شدت علائم شناختی تأثیر دارند:

- ۱- وضعیت سیستمیک بیمار
- ۲- آسیب‌پذیری بیولوژیک و ذاتی فرد به اختلالات شناختی
- ۳- تأثیرات نروسایکیاتریک ناشی از داروهای ضد ویروس که در این بیماران بکار می‌رود.
- ۴- وضعیت روانی فرد قبل از بروز بیماری
- ۵- سوءمصرف مواد (Gulie)
- ۶- تأثیرات روانشناختی ناشی از ابتلا به یک بیماری تهدیدکننده (Gulie)
- ۷- سن بالا بخصوص سن بالای ۵۵ سال.
- ۸- هر گونه کاهش در تعداد سلول‌های CD4 (که باعث افزایش احتمال ابتلا به اختلال شناختی می‌شود).
- ۹- عدم فت درمان Highly activated antiretroviral therapy که باعث کاهش احتمال بروز اختلالات شناختی می‌شود.
- ۱۰- وجود سایر عفونت‌های همزمان مانند HBV، HCV.
- ۱۱- آنمی
- ۱۲- وزن کم
- ۱۳- بروز زودرس علائم شناختی.
- ۱۴- افسردگی
- ۱۵- کمبود ویتامین B12 و B6

HIV related cognitive disorder

بیشتر اختلالات شناختی ناشی از عفونت مستقیم ویروس می‌باشد که نتیجه این عفونت شامل سه گروه اختلال می‌باشد. اختلالات خفیف شناختی و موتور بدون علامت و دمانس ناشی از ایدز که نوع خفیف و بدون علامت در یک سر طیف خفیف اختلالات و دمانس در سر دیگر طیف اختلالات شدید می‌باشد.

با توجه به مطالعات انجام شده روی این اختلال و پیشرفت‌های حاصل شده انجمن متخصصین مغز و اعصاب آمریکا (AAN) در سال ۱۹۹۱ معیارهای کیفی اختلال عمده شناختی را بیان کرد. اختلالات CNS وابسته به HIV به دو گروه می‌باشد.

۱- اختلال شناختی بدون علامت ACD^۱

۲- اختلال خفیف شناختی و موتور وابسته به HIV MCMD^۲

۳- اختلال دمانس وابسته به HIV (HAD)^۳

American Academy of Neurology Criteria for HIV-Associated Neurocognitive Disorders

HIV-1-Associated Dementia (HAD)*

Criteria for 1 and 2 must be met:

1. Scores 1 standard deviation (SD) below age- and education-adjusted norms on two of eight neuropsychological tests or 2 SD below the norms on one of eight tests
2. Requires assistance or has difficulty (due to either physical or cognitive deficit) in at least one of the following instrumental activities of daily living:

Using the telephone

Handling money

Taking medication

Performing light housekeeping

Doing laundry

Preparing meals

Shopping for groceries

Getting to places out of walking distance

and must meet either 1 or 2 of the following:

1. Any impairment in the following: lower extremity strength, coordination, finger tapping, alternating hand movements, leg agility, or performance on grooved pegboard 2 SDs below mean (dominant hand)
2. Self-reported frequent depression that interferes with function, loss of interest in usual activities or emotional lability, or irritability

Staging of HAD: mild, moderate or severe, based on degree of functional deficit

HIV-Associated Minor Cognitive/Motor Disorder (MCMD)*

Does not meet criteria for HAD and meets 1 and 2 of the following:

1. Deficit in at least two of the following: Mental slowing: digit symbol at least 1 SD below age- and education-adjusted norms Memory: Rey Auditory Verbal Learning Test (total) at least 1 SD below norms
Motor dysfunction: any impairment in finger tapping, or pronation or supination
Incoordination: mild impairment in gait or clumsiness
Emotional lability, or apathy or withdrawal
and
2. Deficit in at least one of the role function measures attributed in part to cognitive function: Need for frequent rests Cut down on amount of time in activities Accomplish less than desired Cannot perform activities as carefully as one would like

¹ - Asymptomatic Cognitive Disorder

² - HIV- associated Minor cognitive and Motor disorder (MCMD)

³ - HIV- associated DeMentia

Limited in work or activities
Difficulty performing activities
Require special assistance to perform activities

* *Symptoms should not be exclusively caused by other etiologies, i.e., CNS opportunistic infections, systemic disease, substance abuse.*

Source: Adapted from American Academy of Neurology AIDS Task

در واقع فرق عمده این دو اختلال در شدت اختلال بوجود آمده در عملکرد نروسایکولوژیک و عملکرد روزانه فرد می‌باشد.

اپیدمیولوژی

اختلالات شناختی در ۵۰ تا ۶۵ درصد از بیماران HIV مشاهده می‌گردد. نوع شدید آن در مراحل انتهایی بیماری هنگامی که سیستم ایمنی بسیار ضعیف شده است روی می‌دهد. در خصوص اپیدمیولوژی این اختلال ارقام متفاوتی وجود دارد اما همگی در نهایت بر این نکته تأکید دارند که اگر چه با درمان مؤثر ضدویروسی عفونت‌های همزمان و همراه کاهش یافته‌اند، اما از شیوع اختلالات شناختی مانند موارد ذکر شده کاسته نشده است.

قبل از درمان HAART مدت زمان حیات بیماران از زمان تشخیص حدود شش ماه بود اما به شروع درمان ذکر شده این زمان به ۴۴-۳۸ ماه افزایش یافته است. در مدت زمان کوتاهی پس از شروع HAART کاهشی در شیوع اختلالات شناختی مشاهده شد اما با توجه به افزایش طول عمر این بیماران مجدد شیوع این اختلال افزایش یافت و الگوی درگیری از ساب کورتکس به کورتکس در حال انتقال می‌باشد.

در میان بیماران مبتلا به HIV که درمان HAART می‌گیرند شیوع مرگ و میر در آنهایی که علائم شناختی دارند بیش از بیمارانی است که علائم شناختی ندارند. در مجموع شیوع دمانس ناشی از HIV به تناسب افزایش سن، افزایش نیافته است که نشان دهنده تأثیر مثبت HAART می‌باشد. در خصوص تأثیر سن بر شیوع اختلالات شناختی گفتنی است که شیوع این اختلال در بیماران بالای ۵۰ سال بیش از بیماران زیر ۴۰ سال می‌باشد. در یک مطالعه در سانفرانسیسکو شیوع دمانس (۱۹۹۱) ۳/۷٪ و در سال (۲۰۰۳) ۰/۲۴٪ گزارش شد که نشان دهنده کاهش شیوع می‌باشد. یک مطالعه دیگر شیوع اختلالات شناختی قبل از HAART را تا ۷٪ گزارش کرده است. در مجموع قبل از درمان HAART شیوع علائم شناختی بین ۶۰-۴۰٪ بوده که ۱۵٪ آن را بیماران دمانس و ۵٪ را اختلالات خفیف شناختی تشکیل می‌دادند.

یک تحقیق در استرالیا چنین کاهشی را در فراوانی اختلالات شناختی طی سال‌های ۱۹۹۷-۱۹۹۲

گزارش کرد. اما طی این مدت آنها دریافتند که دمانس ناشی از ایدز هنوز هم در بیشتر بیماران تازه مبتلا شده مشاهده می‌شود که این میزان از ۴/۴٪ در سال ۱۹۹۲ به ۶/۵٪ در سال ۱۹۹۷ افزایش یافت. نکته جالب توجه افزایش در متوسط تعداد CD4 از ۷۰ به ۱۷۰ در میکرولیتر است. نکته قابل توجه دیگر این که علی‌رغم پیشرفت در درمان‌های ضدویروس (درمان HAART) هنوز هم بروز و شیوع بیمار این گروه از اختلالات ثابت مانده است و این تئوری را به ذهن متبادر مینماید که مغز به صورت یک مخزن برای ویروس HIV است و داروهای موجود نفوذ کامل به این محل‌ها را ندارند. مطالعات نشان داده است که در حال حاضر ۸۸٪ بیماران زیر ۴۰ سال و ۵۶٪ بیماران بالای ۵۰ سال هیچگونه اختلال شناختی ندارند. در خصوص زمان بروز بیماری در یک مطالعه که توسط روبرتسون در سال ۲۰۰۷ انجام شد نشان داد که ۴۰٪ بیماران مبتلا طی ۵ ماه پس از ابتلا به بیماری علائم اختلالات شناختی را بروز می‌دهند. همچنین آنها دریافتند که ۲۱٪ این بیماران که در هنگام بررسی، هیچگونه مشکل شناختی نداشتند بعدها علی‌رغم درمان مؤثر ضد ویروس دچار اختلالات شناختی می‌شوند.

اختلالات شناختی وابسته به ایدز

این اختلالات بصورت نقص در توجه، سرعت تجزیه و تحلیل، یادگیری جدید و عملکرد اجرایی (executive) می‌باشد. این الگوی نقایص مانند سایر دمانس‌های درگیرکننده ساب کورتکس (مانند هانینگتون و پارکینسون) می‌باشد. اگرچه آفازی و آگنوزیا که یک اختلال Higher cortical می‌باشد و در این گروه از بیماران مشاهده نمی‌شود اما در مراحل انتهایی بیماری ممکن است مشاهده شود. اختلالات موتور بصورت اشکال در نوشتن، ناپایداری هنگام^۱ راه رفتن، تشدید رفلکس‌ها، کندی موتور و نقص در کنترل حرکات موتور و دست و پا چلفتی بودن^۲ نیز مشاهده می‌شود. نمونه‌ای از شکایات بیماران به شرح زیر است: «در تمرکز کردن دچار اشکال هستم»، «خوب نمی‌توانم هنگام صحبت کردن دیگران تمرکز کنم»، «مانند گذشته هنگام کار کردن سریع نیستم». نکته مهم جهت تشخیص این است که حتماً بیمار باید درجاتی از افت عملکرد در فعالیت‌های روزانه داشته باشد.

نقص همزمان در موتور، عاطفه و رفتار می‌تواند وجود داشته باشد که البته در نوع دمانس بیشتر مشاهده می‌شود. این نقائص حتماً باید به مدت یک ماه حضور داشته باشند و نباید ناشی از سایر

^۱ - gait unsteadiness

^۲ - clumsiness

عفونت‌های فرصت‌طلب دیگر همراه باشند.

شایان ذکر است که بعضی از بیماران مبتلا به HIV دچار نقص در قسمت‌های نروسایکولوژیک می‌باشند اما در عملکرد روزانه دچار اشکال نمی‌باشند. این گروه از بیماران در زیر گروه، بیماران مبتلا به اختلال‌شناختی قرار نمی‌گیرند.

افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به HIV شایع است که در بررسی‌های بالینی این بیماران باید مورد توجه قرار گیرد. اما نکته مهم این است که محققین برآنند تا روشن نمایند آیا اختلالات شناختی ناشی از افسردگی است یا ناشی از بیماری مغزی بوجود آمده یا هر دو.

Minor cognitive – motor disorder

همانطور که در جدول آمده است اختلال شناختی می‌تواند بصورت خیلی خفیف (subtle) باشد اما میزان اختلال عملکرد ایجاد شده باید شدید باشد.

این بیماران از فراموش کاری، کاهش توجه تمرکز، آشکار دریافتن کلمات و بی‌کفایتی شناختی (cognitive inefficiency) شکایت دارند. این بیماران همچنین دچار تغییر شخصیت نیز می‌شوند.

این بیماران دچار کاهش اعتماد به نفس شده و توانایی و کارآمدیشان در محل کار برای خودشان زیر سؤال می‌رود. آنها همیشه نگرانند که چرا مغزشان خوب کار نمی‌کند و نگران گسترش این وضعیت به دمانس می‌باشند.

متأسفانه شیوع این اختلال برخلاف نوع دمانس علی‌رغم درمان HAART هیچ‌گونه کاهش نیافته است و همچنان شایع می‌باشد.

نکته مهم در این بیماران این است که علائم ممکن است آنقدر خفیف باشد که نادیده گرفته شود. اساساً علائم این بیماران مشابه علائم دمانس ناشی از HIV باشد اما بصورت بسیار خفیف‌تر مانند کندی شناخت و موتور.

گاهی شکایات این بیماران یک شکایت منفرد بصورت افزایش زمان مورد نیاز برای خواندن یک کتاب یا اختلال در اعمال موتور ظریف مثل کاربا پیانو که با اشتباه و کندی همراه می‌شود. یک علامت دیگر در این افراد که نشان دهنده اختلال موتور و عدم هماهنگی است سکندری خوردن (stumbling) هنگام راه رفتن می‌باشد.

در خصوص آمار ذکر شده در مورد فراوانی MCMD باید ذکر شود که این فراوانی مربوط به مراحل انتهایی بیماری HIV (Last-stage) می‌باشد و این فراوانی در مراحل اولیه روشن نیست نکته دیگر اینکه آیا MCMD فرد را مستعد ابتلا به دمانس می‌نماید یا نه هم مدارک قابل قبولی در دست

نمی‌بایست.

سیر بیماری اغلب ثابت و پایدار است و گاهی دوره‌های تشدید علائم نیز مشاهده می‌شود. اما گاهی سیر بیماری رشد سریع و پیشرونده دارد و علائم پیشرفت تشدید می‌شوند. این وضعیت با سلامت عمومی مریض و وضعیت ایمنی وی مرتبط می‌باشد. بیماران با وضعیت ایمنی ناکارآمد در معرض سیر سریع و پیشرونده می‌باشند. در صورت تغییر وضعیت ناگهانی در وضعیت روانی فرد (Mental state)، بروز سایکوز، تشنج و یا سایر علائم نورولوژیک باید به فکر تشخیص‌های دیگر غیر از HIV باشیم.

کیفیت و امید به زندگی در این بیماران کاهش می‌یابد. بیکاری، فقدان کمپلینس و احساس ناکارآمدی در محل کار از فاکتورهای همراهی کننده با این بیماری می‌باشد. همچنین واکنش مریض به اختلال شناختی و افت عملکرد بسیار متفاوت می‌باشد. هر اقدام درمانی می‌بایست متمرکز بر جلوگیری از پیشرفت بیولوژیک و افزایش تطابق و عملکرد مریض با توجه به وضع موجود باشد.

غالباً این اختلال شناختی و افسردگی با هم وجود دارند و تمایز این دو اختلال از یک دیگر بسیار مشکل می‌باشد وجود آیاتی، فقدان انرژی و فقدان انگیزه، به همراه اختلالات شناختی در غیاب خلق افسرده یا غمگینی باید به وجود اختلال شناختی خفیف فکر کرد. و این علائم کمتر بنفع افسردگی اساسی می‌باشد.

شکایت‌های عصبی شناختی می‌تواند همراه خلق افسرده بروز نماید اما الزاماً با اختلال مشخص در عملکرد روانی عصبی همراه نمی‌باشد و فرد بیمار هیچ گونه افت عملکردی نشان نمی‌دهد. نکته دیگر اینکه روانپزشکان می‌توانند به بیماران گوشزد نمایند که در صورت بهبودی افسردگی علائم نقائص شناختی آنها نیز بهتر خواهد شد.

از دیگر علائم در این بیماران اضطراب می‌باشد که اگر چه مطالعات کافی در این خصوص بعمل نیامده است اما بنظر می‌رسد رابطه اضطراب با اختلال شناختی مانند افسردگی است. اما نکته حائز اهمیت این است که در صورت وجود نقص در عملکرد اجرایی لوب فرونتال (frontal executive function) بیماران ممکن است قادر به ارزیابی صحیح اختلال شناختی خود نباشند.

از سوی دیگر بیماری مبتلا به اختلال شناختی ممکن است کمپلینس کافی به درمان نداشته باشند که این نکته خود موجب مشکلات بیشتر، عدم پاسخ درمانی کافی و احیاناً تشدید مشکلات نروسایکیاتریک شود. روانپزشک نقش مهمی در تشخیص افسردگی و رابطه‌اش با فقدان کمپلینس دارد و گاهی تأخیر در درمان شناختی به منظور درمان افسردگی و افزایش کمپلینس نیز توصیه

می شود.

در صورت وجود سندرم افسردگی، جدا از سیر بیماری و اینکه بیمار در چه مرحله‌ای از بیماری HIV است افسردگی حتماً باید با بهبودی نهایی درمان شود. در این گونه موارد انجام تستهای نوروسایکولوژیک به منظور مشخص کردن منشا اختلال شناختی که آیا ناشی از افسردگی یا HIV است غیرالزامی است. اگرچه درمان HAART می‌تواند موجب بهبودی کلی در اختلال سایکوموتور بشود. اما در بهبودی سایر علائم افسردگی نقش ندارد و برای درمان افسردگی داروهای ضدافسردگی الزامی است. این تست‌ها برای تشویق مریض به ادامه درمان و حفظ کمپلیانس، بررسی منشأ احتمالی اختلال شناختی و ارائه اطلاعات به بیمار مهم می‌باشد.

HIV- Associated dementic (HAD)

برای تشخیص سه معیار لازم است: ۱- تست مثبت HIV آنتی بادی، ۲- وجود اختلال در کارکرد موتور، شناختی و رفتاری و ۳- رد سایر عوامل مثل توکسوپلاسموزیس، کمبود ویتامین B12، آلزایمر و سایر علل.

این اختلال شایع‌ترین و سخت‌ترین مشکل ناشی از درگیری سیستم اعصاب مرکز با این ویروس می‌باشد که گاهی موارد تشخیص آن دشوار و مشکل می‌باشد. این اختلال از سال ۱۹۸۳ زمانی که برای اولین بار شناخته شد تا کنون با اسامی مختلفی از قبیل AIDS Encephalopathy، Subacute Encephalopathy، AIDS dementia complex و نهایتاً HIV associated dementia شناخته می‌شود. این اختلال یک اختلال نورولوژیک وابسته به عفونت HIV و AIDS می‌باشد. یک انسفالوپاتی متابولیک ناشی از عفونت HIV که با همکاری سیستم ایمنی بخصوص ماکروفاز و میکروگلیاها به وجود می‌آید.

مطالعات نشان داده است که DNA ویروس در ماکروفاژهای خون محیطی PBMC در بیماران مبتلا به که وابسته به دمانس می‌باشند بالاتر از بیمارانی می‌باشد که مبتلا به اختلالات شناختی نمی‌باشند. ۴۸ هفته پس از درمان تعداد سلول‌های CD4 افزایش یافته و RNA ویروس در سرم بیمار غیرقابل بررسی می‌شود. اما سطح DNA در PBMC در بیماران دمانسی همچنان بالا می‌ماند در حالی که در بیماران غیردمانس سطح DNA کاهش می‌یابد. احتمالاً از این شاخص برای پیشگویی کردن در خصوص آینده وضعیت شناختی فرد و احتمال ابتلا می‌توان استفاده کرد.

نکته دیگر این که HAART سطح پلاسمایی RNA کاهش و CD4 را افزایش می‌دهد. اما بعضی

بیماران پس از دریافت این درمان همچنان دارای مشکل شناختی بوده و از شدت آن کاسته نمی‌شود. در این بیماران سطح RNA در CSF بالا بوده و حتی با درمان کاهش نمی‌یابد موارد فوق نشان می‌دهد که حتی درمان‌های مؤثر نمی‌توانند درون سلول‌ها یا BBB نفوذ کرده و در واقع مغز به عنوان یک مخزن برای ویروس عمل می‌نماید.

اما مناطق درگیر در CNS این بیماران عبارت است از: *Periventricular area*, *Basel ganglia*, *Haypotalamic area* و *Reticular system*.

HAD عبارت است از یک نقص پیشرونده در قوای شناختی مریض همراه تغییرات رفتار، عاطفه (Affect) و موتور که بصورت جدی موجب افت توان و ظرفیت فرد در زندگی روزمره می‌گردد. این بیماران همچنین دچار تحریک‌پذیری، گوشه‌گیری، خستگی، فقدان انرژی و بی‌انگیزگی می‌شوند. اختلالات همراه عبارتند از افسردگی که شایع‌ترین است و با شیوع کمتر مانیا، هیپومانیا و مهارگسیختگی. با درمان HAART فرکانس دمانس کاهش یافته است.

دمانس ناشی از HIV یک دمانس *Subcortical* می‌باشد و علاوه بر علائم عمومی دمانس سه علامت مهم دمانس نیز مشاهده می‌شود که عبارتند از افت شناختی، کندی موتور و تغییرات رفتاری. در قسمت تغییرات رفتاری چند علامت منحصر به فرد در این بیماران مشاهده می‌شود: ۱- آتش‌افروزی ۲- رفتارهای خشن ۳- رفتارهای تکراری برداشتن وسایل دیگران. در خصوص آتش‌افروزی بیشتر با مصرف سیگار و در درجه بعد با کندی موتور که ممکن است سیگار هر جایی رها شود یا خوب خاموش نشود.

از دیگر علل مطرح وجود نروپاتی است که اینها حرارت را خوب درک نمی‌کنند و این نکته به آتش‌افروزی کمک می‌نماید.

مشکل دیگر درگیری منطقه رتین در چشم به دلیل ویروس *CMV* است که دچار مشکل بینایی می‌شوند و ممکن است خطر را تا مراحل آخر درک ننمایند.

خشونت مانند سایر دمانس‌ها ناشی از آتروفی کورتکس یا *Subcortex* است اما یک عامل دیگر دلیریوم است که بیوست، عفونت ادراری و تنفسی، مصرف الکل و یا انسفالوپاتی کبدی فرد را مستعد دلیریوم می‌نماید.

از دیگر علل زمینه‌ساز خشونت وجود اختلال در محور I یا II است. از دیگر عوامل ذکر شده در خشونت آزیتاسیون است که با درمان دارویی بخوبی برطرف می‌شود. داروهای آنتی‌سایکوتیک، ضد تشنج و بنزودیازپین جهت درمان این علامت استفاده می‌شود.

علل برداشتن وسایل دیگران عبارت است از مهارگسیختگی، اختلال حافظه یا عدم کنترل رفتاری

است و بیشترین چیزی که دزدیده می‌شود غذا و سیگار است.

ریسک فاکتورهای بروز دمانس عبارتند از:

- ۱- سن بالا
 - ۲- سطح تحصیلی پایین
 - ۳- آنمی
 - ۴- ضربه مغزی
 - ۵- عدم دریافت HAART
 - ۶- وجود علائم خفیف شناختی قبل از ابتلا به بیماری HIV
 - ۷- \downarrow CD4 که احتمال ابتلا دمانس را بسیار افزایش می‌دهد.
 - ۸- سطح پلاسماوی ویروس که رابطه متقابل با بروز دمانس دارد.
 - ۹- در خصوص وجود رابطه بین مصرف مواد و بروز دمانس مدارک دقیقی در دست نمی‌باشد اما با مصرف مزمن چنین رابطه‌ای وجود دارد.
 - ۱۰- عفونت همزمان
 - ۱۱- وجود apolipoprotein E4
- در خصوص شدت دمانس مشخص شده است میزان کاهش CD4 و بالا بودن سطح سرمی ویروس و مرحله بیماری HIV رابطه مستقیم با شدت دمانس دارد.

تشخیص افتراقی دمانس

- ۱- بیماری‌های CNS مثل عفونت، انسفالیت، نورسفلیس تومورها، اختلالات روانی عصبی
- ۲- بیماری‌های سیستمیک مثل آنمی، هیپوتیروئیدی، سوءتغذیه، کمبود B12
- ۳- بیماری‌های روانپزشکی و مطالعات نشان داده است که ۶۰-۷۰٪ بیماران HIV قبل از ابتلا به عفونت یک یا بیشتر اختلال روانپزشکی دانسته‌اند
- ۴- سوء مصرف مواد
- ۵- عوارض نرونی عصبی داروهای ضد ویروس HIV
- ۶- عوارض متابولیک داروهای HIV مثل دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی و حوادث عروق مغزی
- ۷- تداخلات دارویی

تشخیص

در این بیماران علاوه بر انجام تست‌های نروسایکولوژیک، باید بررسی هماتولوژیک و بیوشیمیایی نیز انجام شود. همچنین بررسی CSF و تصویربرداری نیز الزامی است در تصویربرداری MRI از C.T اسکن حساس تر است و بهتر می‌تواند آتروفی‌ها را بخصوص در Subcortex نمایان سازد. در EEG یک کندی غیراختصاصی مشاهده می‌شود که البته کمکی به تشخیص نمی‌نماید.

مراحل	خصوصیات
نرمال یا ۰	وضعیت موتور و روائی نرمال
تحت بالینی یا ۰/۵	علائم مشکوک شناختی یا موتور بدون هیچ‌گونه افت در کار، زندگی یا عملکرد
خفیف ۱	علائم اختلال در شناخت یا موتور، اما در غالب جنبه‌های زندگی مشکل ندارد
متوسط ۲	قادر به کار نیست اما از خود مراقبت می‌نماید
شدید ۳	ناتوانی شناختی و موتور
۴	زندگی نباتی

بررسی وضعیت شناختی

۱. MMSE (Mini Mental Status Examination): کاربرد این روش برای بدست‌آوردن یک دید تشخیصی می‌باشد و بیشتر ابزاری برای غربالگری است و لازم به ذکر است که در دمانس Subcortical غیرحساس است.
۲. HIV. Dementia scal (HDS): که حافظه، توجه و سرعت سایکوموتور را بررسی می‌نماید نمره بالای ۱۰ نشان‌دهنده دمانس می‌باشد حساسیت این تست ۸۰٪ و ۹۱٪ اختصاص است.
۳. Memorvial sloan- Kettering clinical staging system for AIDS Dementia complex این تست شدت اختلال شناختی را بررسی نماید.
۴. از آنجائیکه نوع دمانس در HIV بصورت Subcortical می‌باشد این بیماران دچار اشکال در recal و Poor learning می‌باشند. بر خلاف نوع کورتیکال که دچار فراموشی در ابتدای سیر بیماری می‌شوند. در این بیماران بهتر است اطلاعات در یک وضعیت آشنا مرتب به بیماران گوشزد شود. با توجه به نوع اختلال مربوطه تست California verbal Leernig testII (CVLT-4) که یادگیری و حافظه را می‌سنجد می‌تواند تا حدی اختصاصی عمل نماید. همچنین تست The Hopkines verbal learning test (H VLT.R) با حساسیت کمتر نیز قابل استفاده است.

۵. یکی از معضلات شناختی در این بیماران تعیین میزان آسیب‌شناختی وارد شده است. بصورت صحیح باید وضعیت شناختی بیمار را با وضعیت شناختی وی قبل از بیماری مقایسه کرد که امکان پذیر نمی‌باشد. این عمل به تفسیر دقیق و دوری از در نظر گرفتن خطر بصورت اضافه یا کم کمک می‌نماید. یکی از تست‌هایی که به این منظور استفاده می‌شود تست Wart-u reading test (Wikinson & Robertsun, 2006) است. اگرچه بررسی دقت شناختی افراد بی‌سواد کم سواد یا متعلق به فرهنگ‌های خاص دشوار و گاهی غیرممکن می‌باشد.

۶. اختلال شناختی با کیفیت زندگی مرتبط است و هر چه کیفیت اختلال شناختی بیشتر باشد. کیفیت زندگی پایین‌تر است یکی از تست‌های خوب برای بررسی کیفیت زندگی بررسی performanc در Digit symbol test است که قوی‌ترین تست پیش‌گویی‌کننده کیفیت زندگی است.

اصول کلی درمان

- ۱- بررسی کلی نروسایکتریک
 - ۲- بررسی روانپزشکی و تشخیص‌های افتراقی
 - ۳- بررسی کامل شناختی
 - ۴- تعیین میزان عملکرد فرد
- درمان بموقع و مؤثر ضد ویروس حائز دو نکته است اول اینکه در صورت عدم بروز دمانس شروع آن‌را به تأخیر می‌اندازد و در صورت بروز تا حدی سیر آنرا برعکس یا حداقل متوقف می‌سازد.

اهداف درمان بیماران مبتلا به اختلالات شناختی

- ۱- کاهش مورتالیتی و موربیدیتی
- ۲- حفظ و تقویت سیستم ایمنی
- ۳- سرکوب شدید و مداوم سطح سرمی ویروس
- ۴- بهبود کیفیت زندگی

درمان دارویی

- ۱- درمان اولیه
- درمان ضد ویروسی مؤثر

۲- درمان ثانویه

تقویت سیستم ایمنی و تعدیل واسط‌های التهابی

۳- درمان تخفیف دهنده

تقویت نوروترانسمیترها

بهبود وضعیت تغذیه بیمار

درمان ثانویه

گلایکوپروتئین ۱۲۰ باعث افزایش کلسیم در فضای بین سلولی شده و موجب تخریب نرون‌ها می‌گردد. درمان موثر Nimodipine با دوز ۶۰-۳۰ میلی‌گرم ۴ بار در روز می‌باشد.

۱- این دارو حلالیت بالا در چربی داشته و همچنین قدرت نفوذ بالا در CNS دارد.

۲- این دارو مانع ورود کلسیم به فضای بین سلولی می‌شود.

۳- باعث تقویت تأثیر داروی ZDV (زیدو ویدین) می‌گردد.

۴- وراپامین و نیفیدپین دارای چنین خواصی نبوده و به صورت جایگزین قابل مصرف نمی‌باشد.

درمان‌های تخفیف دهنده

- داروهای محرک مثل آمفتامین و متیل فنیدیت

- پیش‌سازهای دوپامین مثل Carbidopa

- مهارکننده‌های سیستم MAO_B مانند Selgeline

- آنتی‌کولین استرازاها

- SNRIS

- Modafinil جهت درمان خستگی

- خستگی و بی‌تفاوتی: این علائم حتی در غیاب افسردگی هم بروز می‌نمایند که دادن داروی

Psychostimulant مانند ریتالین الزامی است و تا سقف ۶۰ میلی‌گرم در روز بلامانع است اما

دوز متوسط روزانه ۲۰ میلی‌گرم است.

- اختلالات رفتاری: اختلالات رفتاری می‌تواند ناشی از مانیا یا درگیری لوب فرونتال باشد که

بصورت اختلال قضاوت، ناپایداری خلق، مهار گسیختگی و تکانشی بودن می‌باشد در این

گونه موارد می‌توان از داروهای زیر استفاده کرد:

۱- سدیم والپرات برای کنترل خلق

- ۲- آنتی سایکوتیک‌های آتیپیک بخصوص ریسپریدون و الاتزاپین برای کنترل تکانش بودن، بی‌قراری، مهارگسیختگی و ناپایداری خلق که در این گونه موارد باید مراقب عوارض آنتی‌کولیرژنیک این داروها باشیم.
- ۳- ریسپریدون روزانه ۲ میلی‌گرم
- ۴- الاتزاپین روزانه ۵-۲/۵ میلی‌گرم

اقدامات غیر دارویی

- ۱- استفاده از دفترچه یادداشت
- ۲- کاهش و ساده کردن وظائف
- ۳- فعال نگاه داشتن بیمار به لحاظ Mental مثل حل جدول، بازی کامپیوتری، یا ورق بازی
- ۴- استراحت کافی
- ۵- کمک به افزایش تمرکز
- ۶- کاهش استرس محیطی این بیماران
- ۷- یادآوری مرتب زمان، مکان و اشخاص به فرد توسط فرد آشنا
- ۸- استفاده از چراغ خواب هنگام شب
- ۹- قراردادن وسایل آشنا برای فرد در اطاق خواب و استراحت
- ۱۰- عدم تغییر پرستار و مراقب
- ۱۱- عدم تغییر در اتاق و استراحت و خواب
- ۱۲- قرار دادن راهنما در بالای درب اتاق‌ها
- ۱۳- قراردادن برگه اطلاعات فردی در لباس فرد
- ۱۴- تشویق به صحبت در مورد موضوعات مورد علاقه
- ۱۵- حذف هر عاملی که بیمار را مضطرب می‌نماید.

پیش‌آگهی

درمان HAART و کاهش سطح سرمی ویروس بصورت مشخص با پیش‌آگهی خوب همراه هستند.

برای درمان این بیماری نیاز به یک تیم متشکل از متخصص عفونی یا داخلی نورولوژیست، روانپزشک و نوروسایکولوژیست می‌باشد.

- 1- Bartlett JG, Gallant JE. [2005-2006 Medical Management of HIV Infection](#) . Baltimore: Johns Hopkins University Division of Infectious Diseases; 2005. Available online at hopkins-aids.edu/mmhiv/order.html
- 2- Brew BJ. Evidence for a change in AIDS dementia complex in the era of highly active antiretroviral therapy and the possibility of new forms of AIDS dementia complex. *Aids* 2004,18 Suppl 1:S75-78.
- 3- Clifford DB (2002). AIDS dementia [review]. *Med Clin North Am* 86(3):537–550.
- 4- Cohen MA, and Alfonso CA (1998). Psychiatric care and pain management of persons with HIV infection. In GP Wormser (ed.), *AIDS and Other Manifestations of HIV Infection*, third edition (pp. 475– 503). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- 5- Grant, I. and Atkinson, J. H. Neuropsychiatric aspects of HIV-1 infection and AIDS. In Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th edn., B. J. Sadock, and V.A. Sadock, eds.pp. 308–36. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins, 2000.
- 6- Gray, F., Adle-Biassette, H., Chrétien, F., Lorin de la Grandmaison, G., Force, G., Keohane, C. (2001). "Neuropathology and neurodegeneration in human immunodeficiency virus infection. Pathogenesis of HIV-induced lesions of the brain, correlations with HIV-associated disorders and modifications according to treatments". *Clin. Neuropathol.* 20 (4): 146–155. [PMID 11495003](#).
- 7- Lyketsos CG, and Federman EB (1995). Psychiatric disorders and HIV infection: impact on one another. *Epidemiol Rev* 17:152–164.
- 8- Masliah, E., Heaton, R.K., Marcotte, T.D. et al. Dendritic injury is a pathological substrate for human immunodeficiency virus-related cognitive disorders. *Annals of Neurology*, 42 (1997): 963–72.
- 9- McArthur JC, McClernon DR, Cronin MF, et al. (1997). Relationship between human immunodeficiency virus-associated dementia and viral load in cerebrospinal fluid and brain. *Ann Neurol* 42:689–698.
- 10- McDaniel JS, Purcell DW, Farber EW. *Severe mental illness and HIV-related medical and neuropsychiatric sequelae* . *Clin Psychol Rev.* 1997;17(3):311-25.
- 11- McGuire D. Neurologic Manifestations of HIV . In: Peiperl L, Coffey S, Volberding PA, eds. *HIV InSite Knowledge Base* [textbook online]; San Francisco: UCSF Center for HIV Information; June 2003. Available online at hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-04-01-02. Accessed February 7, 2006.
- 12- Neuenburg JK, Brodt HR, Herndier BG, et al. HIV-related neuropathology, 1985 to 1999: rising prevalence of HIV encephalopathy in the era of highly active antiretroviral therapy . *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2002 Oct 1;31(2):171-7.
- 13- Neuenburg JK, Brodt HR, Herndier BG, et al. HIV-related neuropathology, 1985 to 1999: rising prevalence of HIV encephalopathy in the era of highly active antiretroviral therapy . *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2002 Oct 1;31(2):171-7.
- 14- Perry S, Jacobsberg LB, Fishman B, Frances A, Bobo J, and Jacobsberg BK (1990). Psychiatric diagnosis before serological testing for the human immunodeficiency virus. *Am J Psychiatry* 147:89–93.

- 15- Price RW. AIDS Dementia Complex . In: Peiperl L, Coffey S, Volberding PA, eds. *HIV InSite Knowledge Base* [textbook online]; San Francisco: UCSF Center for HIV Information; June 1998. Available online at hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-04-01-03. Accessed February 7, 2006.
- 16- Price, R. W. and Brew, B. J. The AIDS dementia complex. *Journal of Infectious Diseases*, 158(1992): 1079–83.
- 17- Price, RW. *Management of the Neurologic Complications of HIV-1 Infection and AIDS*. In: Sande MA, Volberding PA, eds. *The Medical Management of AIDS*, 6th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1999:217-240.
- 18- Rev Med Suisse' 2009 Apr 29;5(201):955-6, 958-61.[New spectrum of HIV-associated cognitive disorders in the HAART era] [Article in French]Du Pasquier R, Cavassini M, Simioni S, Annoni JM, Giacobini E, Hirschel B. Service de Neurologie, CHUV, Lausanne.
- 19- Robertson KR et al. *The prevalence and incidence of neurocognitive impairment in the HAART era*. *AIDS* 21: 1915 – 1921, 2007.
- 20- Robertson KR et al. *The prevalence and incidence of neurocognitive impairment in the HAART era*. *AIDS* 21: 1915 – 1921, 2007.
- 21- Sacktor N, Lyles RH, Skolasky R, et al. (2001a). HIV-associated neurologic disease incidence changes: Multicenter AIDS Cohort Study, 1990–1998. *Neurology* 56:257–260.
- 22- Sacktor N, Skolasky RL, Tarwater PM, et al. Response to systemic HIV viral load suppression correlates with psychomotor speed performance . *Neurology*. 2003 Aug 26;61(4):567-9.
- 23- Tan, S. V. and Guilloff, R. J. Hypothesis on the pathogenesis of vacuolar myelopathy, dementia, and peripheral neuropathy in AIDS [comment]. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 65(1) (1998): 23–8.
- 24- Tozzi V, Balestra P, Murri R, Galgani S, Bellagamba R, Narciso P, Antinori A, Giulianelli M, Tosi G, Fantoni M, Noto P, Ippolito G, Wu AW, *WINMI L Spallanzani, Rome, Italy* Impact of cognitive impairment on quality of life in HIV-infected patients. *Int Conf AIDS 2002 Jul 7-12; 14:(abstract no. B10317*.
- 25- Valcour VG et al. *Cognitive impairment in older HIV-1-seropositive individuals: prevalence and potential mechanisms*. *AIDS* 18 (suppl. 1): S79 - 86, 2004. Becker JT et al. *Prevalence of cognitive disorders differs as a function of age in HIV virus infection*. *AIDS* 18 (suppl. 1): S11 – S18, 2004. Cherner M et al. *Effects of HIV-1 infection and aging on neurobehavioral functioning: preliminary findings* *AIDS* 18 (suppl. 1): S27 – S34, 2004. Justice AC et al. *Psychiatric and neurocognitive disorders among HIV-positive and negative veterans in care: Veterans Aging Cohort Five-Site Study*. *AIDS* 18 (suppl. 1): 49 -59, 2004.
- 26- Valcour VG et al. HIV DNA and cognition in a Thai longitudinal HAART initiation cohort: The SEARCH 001 Cohort Study. *Neurology* 2009 Mar 17; 72:992.
- 27- Williams JBW, Rabkin JG, Remien RH, Gorman JM, and Ehrhardt AA (1991). Multidisciplinary baseline assessment of homosexual men with and without human immunodeficiency virus infection II. Standardized clinical assessment of current and lifetime psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 48:124–130
120 PSYCHIATRIC DISORDERS AND HIV INFECTION.

اختلالات شخصیت در HIV/AIDS

رفتارهای پرخطر نه تنها باعث انتقال HIV می‌شوند بلکه درمان افراد مبتلا را هم با مشکل مواجهه می‌کنند. این رفتارها اغلب با اختلال افسردگی اساسی، سوءمصرف و یا وابستگی به مواد و دیگر بیماری‌های روان‌پزشکی مزمن همبودی دارند. اما هیچ یک از آنها به اندازه مشکلات شخصیت به درمان افراد مبتلا صدمه وارد نمی‌کنند.

علی‌رغم سیر تدریجی و ماهیت ژنتیکی ویروس HIV و اثرات بالقوه آن بر روی فکر، احساس و رفتار، در حال حاضر مطالعات چندانی درباره نقش شخصیت بر روی انتقال HIV وجود ندارد، ولی در هر حال نوع شخصیت با رفتارهای پرخطر، با افت کیفیت زندگی و عدم پذیرش درمان ارتباط دارد. بعلاوه مراقبت از افراد HIV مثبت باعث فرسودگی اطرافیان بیمار می‌شود و پزشکان معالج نیز در ایجاد یک رابطه درمانی مناسب با این بیماران دچار شکست می‌شوند. بنابراین شناخت صفات شخصیتی برای پیشگیری و یا کاهش رفتارهای پرخطر و نیز کاهش فشار بر روی بیمار و افرادی که با او زندگی می‌کنند و در نتیجه بهبود پیش‌آگهی بسیار مفید است.

مفهوم شخصیت

شخصیت یک الگوی ذهنی، احساسی و رفتاری ثابتی است که فکر، احساس و رفتار فرد بر اساس آن شکل گرفته و قابل پیش‌بینی می‌شود. فرد بوسیله‌ی این الگو خود و محیط اطرافش را درک و درباره آنها فکر می‌کند. شخصیت از ترکیب خلق و خو و مزاج (که ارثی است) و کاراکترها (که آموخته می‌شوند) بوجود می‌آید.

افراد بر اساس میزان داشتن یک صفت شخصیتی خاص و نیز نوع اثر آن بر رفتارشان با یکدیگر تفاوت دارند. صفات شخصیتی ماهیت مثبت یا منفی ندارند؛ آنها ممکن است در یک موقعیت سازگارانه و در موقعیت دیگر ناسازگارانه باشند. وقتی صفات شخصیتی یک فرد از سطحی که در اغلب جوامع دیده می‌شود غلیظ‌تر و به حد کافی غیر منعطف و ناکارآمد باشند و باعث دیسترس و یا اختلال در عملکرد فرد شوند، اختلال شخصیت تشخیص داده می‌شود. در واقع اختلال شخصیت عبارت است از افزایش شدت صفات شخصیتی نرمال که نتیجه‌ی آن ایجاد یک حالت ناتوان‌کننده است. به علت این صفات غیرانطباقی زندگی برای بیمار و نیز اطرافیان او با ناراحتی توأم خواهد شد.

برون‌گرا-درون‌گرا و باثبات-بی‌ثبات

بر اساس مدل آیزنک، شخصیت را می‌توان در دو بعد برون‌گرا-درون‌گرا (Extrovert-Introvert) و باثبات-بی‌ثبات (Stable-Instable) تعریف کرد.

بعد برون‌گرا-درون‌گرا میزان تمایل افراد به پاسخ برانگیختگی یا مهارشدگی را در برابر یک محرک نشان می‌دهد. افرادی که برون‌گرا هستند: (۱) به زمان حال بسیار توجه دارند؛ (۲) رفتارشان تحت تأثیر احساساتشان است و (۳) بدنبال رسیدن به لذت هستند. احساسات این افراد بر افکارشان غالب است و انگیزه اولیه آنها لذت فوری و یا رها شدن آنی از ناراحتی‌ها است. افراد برون‌گرا اجتماعی، ریسک‌پذیر، متهور، خوش‌بین، بی‌خیال و تکانشی هستند. در مقابل افراد درون‌گرا: (۱) توجه زیادی به گذشته یا آینده دارند؛ (۲) با شناخت و آگاهی رفتار می‌کنند و (۳) از پیامدهای ناگوار اجتناب می‌کنند. منطق آنها بر احساساتشان غالب است و انگیزه آنها ناشی از ارزیابی عملکرد گذشته خود و تمایل به اجتناب از پیامدهای ناگوار آینده است. آنها اگر بدانند که یک فعالیت لذت‌بخش ممکن است منجر به تبعات نامناسبی در آینده شود، از انجام آن خودداری می‌کنند. افراد درون‌گرا ساکتند، تکانشی عمل نمی‌کنند، خوش‌رفتار و قابل اعتماد و تا حدودی بدبینند.

بعد باثبات-بی‌ثبات به میزان احساساتی بودن و یا بی‌ثباتی احساسی افراد اشاره دارد. افراد باثبات به آرامی و در حداقل میزان برانگیخته می‌شوند و به سرعت به وضعیت پایه بازمی‌گردند. در مقابل افراد بی‌ثبات احساسات بسیار شدید و متغییری دارند که به آسانی برانگیخته می‌شوند و به آرامی به وضعیت پایه بازمی‌گردند.

ارتباط با رفتارهای پرخطر HIV

با کنار هم قرار دادن این دو بعد چهار نوع شخصیت خواهیم داشت که هر یک ویژگی‌های خاص خود را در ارتباط با رفتارهای پرخطر منجر به HIV مثبت شدن دارند.

افراد بی‌ثبات-برون‌گرا مستعدترین گروه برای درگیر شدن در رفتارهای پرخطر منجر به HIV مثبت شدن هستند. این افراد با احساسات خود اشتغال ذهنی دارند و بر اساس آنها رفتار می‌کنند. احساساتشان بسیار ناپایدار و متغیر و رفتارشان غیرقابل پیش‌بینی و بی‌ثبات است. نکته بسیار جالب در آنها تناقض بین افکار و رفتار آنها است. آنها علی‌رغم اینکه درباره‌ایدز و رفتارهای پرخطر می‌دانند ولی می‌توانند رفتارهای پرخطر را انجام دهند. تجارب گذشته و پیامدهای آینده در تصمیم‌گیری این افراد نقش بسیار اندکی دارند و در حقیقت برای آنها زمان حال است که بسیار ارزشمند است و به گذشته و آینده‌ی خود نمی‌اندیشند. به دلیل نوسانات خلقی شدید در این افراد و

ناتوانی در تحمل عواطف دردناک، مانند غم و کسلی، آنها تمام تلاش خود را برای فرار از این احساسات انجام می‌دهند. بنابراین هدف آنها رسیدن به لذت فوری و دور کردن درد و ناراحتی بدون در نظر گرفتن شرایط است.

احتمال انجام رفتارهای پرخطر در افراد بی‌ثبات- برون‌گرا زیاد است. آنها کمتر از کاندوم استفاده می‌کنند (چون کاندوم اوج لذت جنسی را کاهش می‌دهد) و بیشتر تمایل به انجام رفتارهای جنسی محافظت نشده و اژینال یا مقعدی دارند. آنها فقط به لذت جنسی توجه دارند و توجهی به بیماری‌هایی که از راه جنسی منتقل می‌شوند، ندارند. افزون بر این، افراد بی‌ثبات- برون‌گرا مستعد استفاده از الکل و سوء مصرف مواد هستند و الکل و داروها را به عنوان راهی برای کسب لذت و کاهش خستگی می‌دانند. این افراد دوست دارند که انواع مختلفی از مواد را تجربه کنند، میزان مصرف را افزایش دهند و برای افزایش لذت از روش تزریقی استفاده کنند. برای آنها حفظ سلامتی‌شان اهمیت کمتری دارد. در مطالعات انجام شده، برون‌گرایی ارتباط زیادی با بی‌بند و باری جنسی، تمایل به برقراری روابط جنسی تازه، تمایل به رابطه با شرکای جنسی متعدد، سوء استفاده از هروئین و سایر مواد دارد. خطر خودکشی در افراد HIV مثبت که سوء مصرف مواد نیز دارند بالا است.

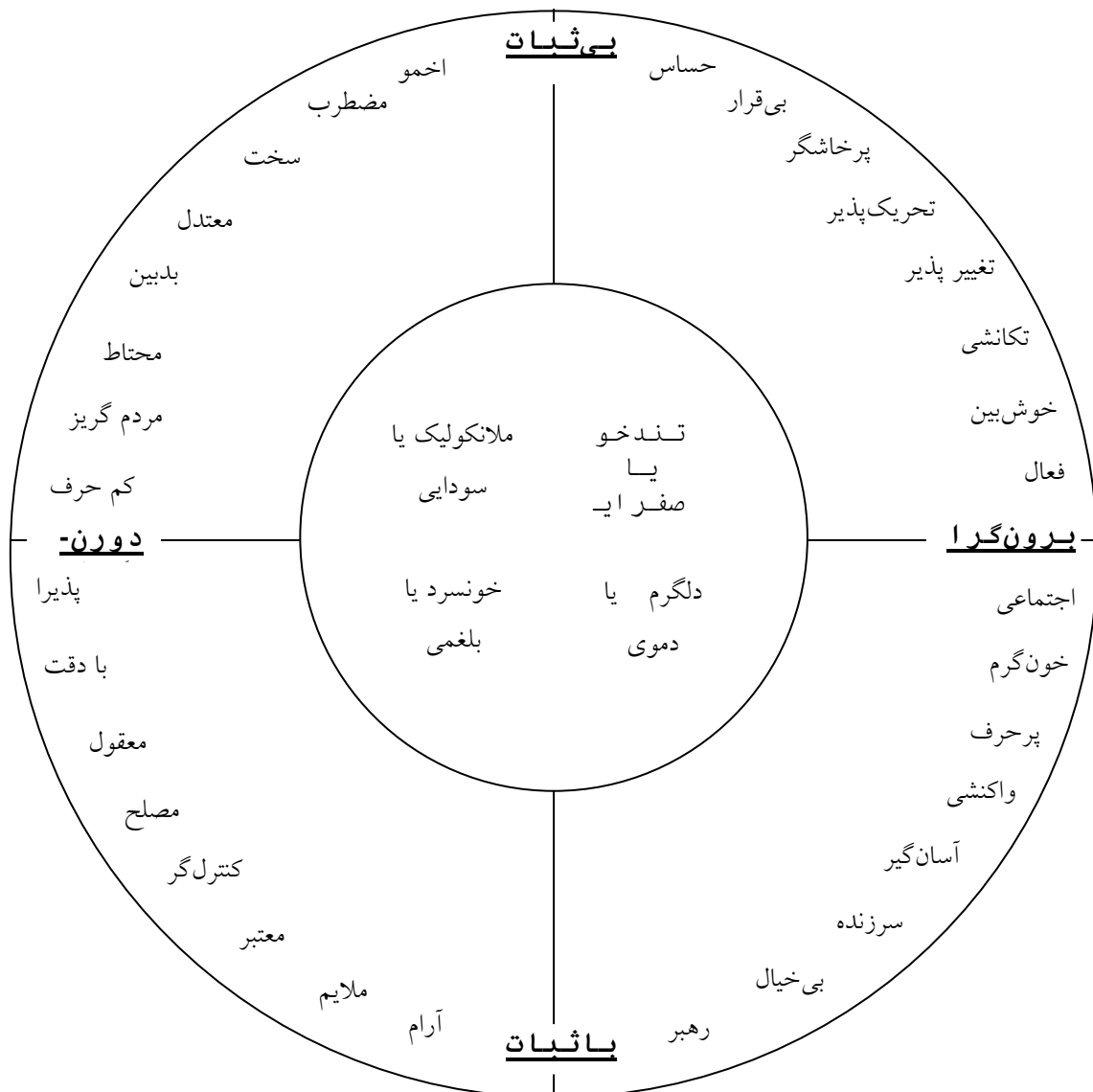
به زبان DSM-IV-TR از نمونه‌های بارز تیپ شخصیتی بی‌ثبات- برون‌گرا اختلال شخصیت مرزی است. در یک بررسی در سال ۲۰۰۴ از میان ۷۴ بیمار HIV مثبت که سوء مصرف اپیوم داشتند یا وابسته به اپیوم بودند، ۸۰/۹ درصد بیماران حداقل یک رفتار پرخطر در ۶ ماه گذشته داشتند که به وسیله آن امکان انتقال عفونت HIV وجود داشته است. عدم استفاده از کاندوم شایع‌ترین رفتار پرخطر بود. ۵۸/۱ درصد این افراد حداقل یک اختلال شخصیت داشتند و شایع‌ترین آنها اختلال شخصیت مرزی بود (هارو^۱، سی‌موتئو^۲ و همکاران، ۲۰۰۴).

در مطالعه دیگری که در سال ۱۹۹۹ بر روی ۵۰ بیمار معتاد تزریقی HIV مثبت انجام شد، دیده شد که ۶۶٪ این افراد حتی پس از اطلاع از HIV مثبت شدن خود به رفتارهای پرخطرشان ادامه می‌دهند و این امر با میزان اطلاع آنها از HIV ارتباطی نداشت. رفتارهای پرخطر مرتبط با مواد، با شدت بیماری روان‌پزشکی و مهارت‌های ضعیف رفتاری و رفتارهای پرخطر مرتبط با رفتار جنسی با انگیزه‌ی پایین و مهارت‌های ضعیف رفتاری مرتبط بودند. هنگامی که این افراد تحت درمان با نگهدارنده با متادون قرار گرفتند میزان رفتارهای پرخطر آنها کاهش یافت (آوانتس^۳ و همکاران، ۱۹۹۹).

¹ Haro

² Cmoteu

³ Avants



دایره هانس آیزنک^۱: مرکز دایره چهار مزاج معروف را نشان می‌دهد و محیط دایره تعدادی از صفات و نوع رفتارهای افراد در جامعه را نشان می‌دهد. مابین محیط و مرکز دایره ارتباط وجود دارد. برون‌گرایی و دورنگرایی در یک طیف و باثبات‌بی‌ثبات در یک طیف دیگر قرار دارند.

¹ - Hans Eysenck circle

تیپ شخصیتی باثبات-برون‌گرا نیز خطر ابتلا به HIV را بالا می‌برد اما نسبت به شخصیت‌های بی‌ثبات-برون‌گرا تفاوت‌هایی دارند. این افراد نیز به زمان حال توجه می‌کنند و در جستجوی لذت هستند ولی به اندازه افراد بی‌ثبات-برون‌گرا به آسانی برانگیخته نمی‌شوند، به اندازه آنها احساسات متغیر ندارند و در بدست آوردن لذت زیاد پافشاری زیادی ندارند. خوش‌بینی این افراد باعث افزایش خطر ابتلا به HIV می‌شود چون باور این مطلب که ممکن است مبتلا شوند برایشان سخت است.

افراد درون‌گرا در معرض خطر کمی برای ابتلا به عفونت HIV قرار دارند. این افراد بیشتر به آینده توجه می‌کنند و از پیامدهای منفی تجربیات خود اجتناب می‌کنند. اعمال آنها بیشتر براساس منطق و شناخت است و همین مسأله موجب می‌شود که از رفتارهای پرخطر پرهیز کنند و رفتارهای ایمن و محافظت شده‌ای را انتخاب کنند.

بیماران بی‌ثبات-درون‌گرا بسیار مضطرب، عبوس و بدبین هستند. به طور معمول این افراد از دارو و اعمال جنسی برای لذت بردن استفاده نمی‌کنند بلکه برای رهایی از رنج و ناراحتی به این رفتارها ادامه می‌دهند. آنها از پیامدهای ناگوار رفتارهای خود در آینده آگاهند اما نمی‌توانند با توجه به این باور رفتارهای خود را کنترل کنند.

افراد باثبات-درون‌گرا رفتارهای پرخطر خود را کنترل می‌کنند. به لذت‌های فوری شدید علاقه‌ای ندارند و حضور آنان در کلینیک HIV بسیار نادر است. مهم‌ترین علت آلوده شدن آنها تزریق خون آلوده و یا وارد شدن تصادفی سوزن‌آلوده به بدنشان است. در هر صورت تماس آنان با عفونت از هر راهی برایشان بسیار تروماتیک و دردناک است و باعث تغییرات اثرگذاری بر روی عملکردشان می‌شود.

تازه جویی^۱

تازه جویی یعنی تمایل فرد به جستجوی چیزهای جدید و تجارب عمیق و تند بدون توجه به پیامدهای منفی احتمالی. این حالت قویاً با رفتارهای پرخطر منجر به HIV مثبت شدن در ارتباط است و در افراد برون‌گرا دیده می‌شود.

همه‌گیرشناسی

در یک مطالعه در آمریکا که بر روی افراد HIV مثبت انجام شده است، شیوع تیپ شخصیتی بی‌ثبات-برون‌گرا ۶۰ درصد، باثبات-برون‌گرا ۲۵ درصد، بی‌ثبات-درون‌گرا ۱۴ درصد و باثبات-

^۱ Novelty seeking

درون‌گرا ۱ درصد بوده است (مرجع روان‌پزشکی کاپلان، ۲۰۰۵).

اگر بخواهیم بر اساس تقسیم‌بندی DSM-IV-TR صحبت کنیم، شیوع اختلالات شخصیت در افراد HIV مثبت ۱۹ تا ۳۶ درصد و در افراد در معرض خطر عفونت HIV بین ۱۵ تا ۲۰ درصد است که بسیار بیشتر از شیوع آن در جمعیت عمومی است (۱۰ درصد). بر این اساس، اختلال شخصیت ضداجتماعی شایع‌ترین اختلال شخصیت در بین این بیماران است. شیوع سوء مصرف مواد، اعتیاد تزریقی و استفاده از سرنگ مشترک در افراد با اختلال شخصیت بخصوص اختلال شخصیت ضداجتماعی نسبت به کسانی که اختلال شخصیت ندارند بیشتر است. حدود ۵۰ درصد بیماران که سوء مصرف مواد دارند معیارهای اختلال شخصیت ضداجتماعی را نیز دارند. این افراد به راحتی قانون را زیر پا می‌گذارند و در حوزه روابط بین فردی هم به همین ترتیب عمل می‌کنند. بعلاوه افراد با اختلال شخصیت ضداجتماعی در طول عمرشان شرکای جنسی بیشتری نسبت به جمعیت عمومی دارند و رابطه جنسی مقعدی محافظت نشده و نیز عفونت‌های منتقله از راه جنسی در آنها شایع‌تر است.

دومین اختلال شخصیت شایع در میان بیماران HIV مثبت اختلال شخصیت مرزی است. اختلال شخصیت مرزی همراه با بی‌ثباتی احساسی و روابط بین فردی مختل و اختلال کنترل تکانه می‌باشد که هر کدام از این موارد فرد را به سوی رفتارهای پرخطر جانبی سوق می‌دهند. این افراد تمایل زیادی به انجام رفتارهای جنسی پرخطر، محافظت نشده و تکانشی و سوء مصرف مواد دارند (سیکما^۱ و مید^۲، ۲۰۰۵). در یک مطالعه بر روی زنان بستری که دارای اختلال شخصیت مرزی بودند نیمی از خانم‌ها، روابط جنسی‌ای داشتند که در آن شرکای خود را به خوبی نمی‌شناختند و در یک نمونه دیگر، نصف بیماران بستری با تشخیص اختلال شخصیت مرزی روابط بین فردی مختل در رابطه جنسی خود را ذکر می‌کردند (هال^۳ و همکاران، ۱۹۹۳).

تشخیص اختلالات شخصیت در کلینیک باید با احتیاط گذاشته شود. DSM-IV-TR برای تشخیص اختلالات شخصیت وجود دارد ولی استفاده از آن احتیاج به زمان و تجربه بالایی دارد. شاید برای این بیماران بررسی طیفی که تیپ شخصیتی و رفتاری آنها در آن قرار دارد عملی‌تر باشد (مانند مدل آیزنک). همچنین چسباندن برجسب اختلال شخصیت برای بیمار دارای بار روانی است و نوعی انگ محسوب می‌شود.

^۱- Sikkema

^۲- Meade

^۳- Hull

پیش آگهی

در مطالعات بین وجود اختلال شخصیت و پیشرفت بیماری (HIV مثبت و ایدز) ارتباط دیده شده است. معمولاً در افراد HIV مثبت کناره‌گیری اجتماعی، کاهش تجربیات احساسی و افزایش فعالیت سیستم اتونوم دیده می‌شود که این حالات با افزایش بار ویروسی و شکست درمان آنتی رتروویرال مرتبط است. در یک بررسی مروری مشخص شد که نوع شخصیت، راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد و دیسترس‌های روانی-اجتماعی با پیشرفت عفونت HIV به سمت ایدز، پیشرفت مرحله بیماری ایدز، کاهش تعداد CD4ها و لنفوسیت‌های T و افزایش مرگ و میر ارتباط دارند (یوچی چینا^۱ و همکاران ۲۰۰۹).

پذیرش درمان آنتی رتروویرال در بیماران با اختلال شخصیت

پذیرش کامل درمان HAART برای نتیجه بخش بودن درمان بسیار مهم است. مطالعات کمی درباره اثر فاکتورهای شخصیتی روی پذیرش درمان دارویی انجام شده‌اند. صفات شخصیتی به طور مستقیم روی پذیرش درمان اثر ندارند ولی به طور غیر مستقیم اثر دارند. به عنوان مثال صفات شخصیتی با کیفیت زندگی ارتباط دارند و عملکرد کلی مطلوب در زندگی و پایین بودن نگرانی از درمان HAART با پذیرش درمان ارتباط دارند (فرانک^۲ و همکاران، ۲۰۰۲).

پذیرش درمان در این بیماران با سایر بیماران متفاوت است. در حالت کلی و در بین تمام بیماری‌ها و بیماران پذیرش درمان حدود ۵۰٪ و در بیماران HIV مثبت حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد است. عواملی که باعث کاهش پذیرش درمان در بیماران HIV/AIDS می‌شوند عبارتند از: زمان طولانی درمان دارویی، ماهیت پیشگیری‌کننده‌ی درمان و عدم وجود درمان قطعی، دوره‌های بی‌علامت بیماری، متعدد بودن دوز و نوع داروها.

در افراد با تیپ شخصیتی بی‌ثبات-برون‌گرا عدم پذیرش درمان شایع‌تر است. در واقع همین صفات که آنها را در معرض خطر HIV قرار داده‌اند باعث عدم پذیرش درمان هم می‌شوند. مهم بودن زمان حال و لذت‌جویی تحمل عوارض ناخواسته دارویی را برای آنها بسیار مشکل می‌کند، بخصوص اینکه اثرات درمانی مثبت HAART نیز بلافاصله ظاهر نمی‌شود. همچنین تبعیت از برنامه دارویی دقیق و منظم برای آنها مشکل است.

افراد بی‌ثبات-برون‌گرا ممکن است به پیگیری درمان متمایل باشند ولی احساسات متغیر و آشفته

¹ - Yochi Chida

² - Frank

آنان باعث می‌شود که به برنامه دارویی روزانه خود توجهی نداشته باشند و حتی برخلاف آن عمل کنند، مثلاً ممکن است با وجودیکه از خطرات فراموش کردن دوزهای درمانی خود آگاهی دارند عصبانیت از شریک جنسی خود را دلیلی برای عدم مصرف دارو بدانند. این بیماران ممکن است عوارض دارویی را نیز متفاوت از سایر بیماران و به صورت اغراق آمیز گزارش کنند. بعلاوه آگاهی از منافع درمان در آینده نقشی را در این بین بازی نمی‌کند. همین موضوع علت اصلی قطع درمان دارویی در بیمارانی تحت درمان با HAART است.

به زبان DSM-IV-TR در بیماران HIV مثبت یا ایدز که اختلال شخصیت ضد اجتماعی یا مرزی دارند عدم پذیرش درمان شایع‌تر است. در یک بررسی که بر روی ۱۰۷ بیمار HIV مثبت که دارای حداقل یک بیماری روانپزشکی و وابستگی به حداقل یک ماده بودند انجام شد افراد با اختلال شخصیت مرزی حداقل پذیرش درمان دارویی را داشتند (پلمر^۱ و همکاران، ۲۰۰۳).

اثرات مستقیم بیماری‌های روانپزشکی بر روی رفتارهای پرخطر مرتبط با انتقال عفونت HIV:

بیماری‌های روانپزشکی شدید^۲ با تأثیر بر روی شناخت و احساس، تخریب رفتارهای اجتماعی و افزایش رفتارهای پرخطر جنسی، باعث افزایش خطر انتقال عفونت HIV و AIDS می‌شوند. برای مثال قضاوت ضعیف و تصمیم‌گیری‌های نادرست ممکن است باعث روابط جنسی محافظت نشده با شرکای متعدد شود. تصمیم‌گیری غلط، دید منفی نسبت به آینده و فقدان کنترل تکانه موجب می‌شوند که فرد انگیزه کافی برای استفاده از کاندوم و روابط جنسی محافظت شده را نداشته باشد. روابط بین فردی مختل نیز باعث روابط ناپایدار شرکای جنسی با یکدیگر و مختل شدن کیفیت روابط بین آنها می‌شود و بنابراین ممکن است آنها نتوانند به روابط تک‌شریکی خود ادامه دهند و دست به روابط با چند شریک جنسی بزنند.

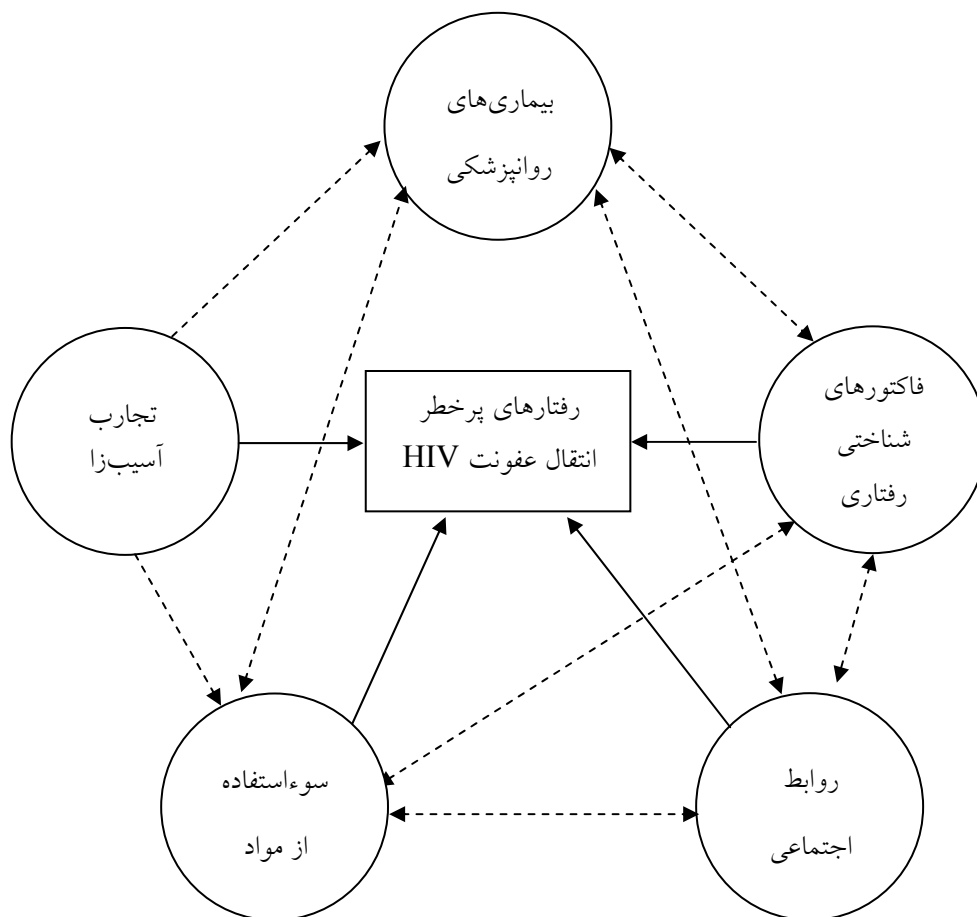
نداشتن مهارت گفتگو و جرأت‌مندی و کاهش اعتماد به نفس باعث بهره‌کشی جنسی در میان این افراد می‌شوند. بیماران با چند تشخیص روانپزشکی، بیماران شدید روانپزشکی و سوء مصرف‌کنندگان مواد که مهارت‌های رفتاری و ذهنی دارند در معرض خطر داشتن شرکای جنسی متعدد هستند.

در یک بررسی در سال ۲۰۰۳ که بر روی ۲۱۳ بیمار HIV مثبت که ۸۱٪ آنها خانم بودند انجام شد مؤلفه‌های شخصیتی، استفاده از مواد و رفتارهای پرخطر جنسی مورد مطالعه قرار گرفتند. در این بررسی ارتباط مستقیم بین رفتارهای پرخطر جنسی و صفات شخصیتی خاص به دست نیامد ولی ارتباط مستقیم بین صفات شخصیتی و رفتارهای جستجوی مواد وجود داشت. تکانشی بودن باعث افزایش رفتارهای جستجوی مواد و رفتارهای جنسی پرخطر می‌شد و یک فاکتور خطر جهت انتقال

¹ - Plmer

² - Sever mental illness

عفونت HIV به شمار می‌رفت (جی مور، ۲۰۰۵)



خطرات انتقال عفونت HIV در بیماران شدید روانپزشکی

تقریباً حدود ۶۰-۳۰٪ بزرگسالان با بیماری‌های شدید روانپزشکی اختلال شخصیت نیز دارند (تیر^۲، ۲۰۰۰). در این افراد همراهی با اختلال شخصیت با افزایش رفتارهای پرخطر جنسی ارتباط دارد. آنها شرکای جنسی خود را در کلینیک‌های روانپزشکی ملاقات می‌کنند و به بهره‌کشی جنسی از آنان می‌پردازند.

¹ - Jmoore

² - Tyer

علائمی از بیماری‌های روانپزشکی که با رفتارهای پرخطر منجر به عفونت HIV مرتبطند

Area of Functioning	Specific Impairments
Cognitive	Poor judgment Poor reality testing Poor decision making Negative view of the future Low self steam (eg, worthlessness)
Emotional	Affective lability Generalized avolition and anergia
Social	Difficulty initiating and maintaining relationships Poor communication Skills (eg., hish conflict, low intimacy)
Behavioral	Decreased impulse control Self destructive tendencies
Sexual	Hypersexuality Decreased Libido Sexual dysfunction

درمان

مداخلات درمانی متعارف در ایدز بیشتر بر روی کاهش خطر انتقال عفونت، پیامدهای رفتار پرخطر مانند استفاده نکردن از کاندوم و پیشگیری از عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی متمرکز هستند. اما این‌گونه برنامه‌ها برای بیماران با مشکلات شخصیتی غیرمؤثرند. درمان این بیماران اغلب برای پزشکان معالج مایوس کننده، مشکل و یک چالش واقعی است. این بیماران علی‌رغم آگاهی از خطرات رابطه جنسی محافظت نشده و تبعات عدم پذیرش درمان به این روابط ادامه می‌دهند و درمان را رد می‌کنند. آنها ممکن است از سردردشان به خاطر استفاده از SSRI شاکی باشند ولی ظاهراً از تزریق هروئین به رگ کاروتید خود هیچ رنجی نمی‌برند. این بیماران ممکن است حتی تا ۶ ماه هم جهت ویزیت به ملاقات پزشک نیایند ولی از ۱۵ دقیقه تاخیر در ملاقات پزشک معالج خود شاکی شوند. تغییر مستقیم و موفق چنین ویژگی‌های شخصیتی‌ای با تلاش مستقیم پزشک بدلیل سالیان درازی که فرد با آنها زندگی کرده است به ندرت قابل انجام است. اما اصلاح رفتارها که نشانه این صفات هستند امکان پذیر است.

در بین انواع مختلف مداخلات غیر دارویی، مفیدترین روش در درمان بیماران بی‌ثبات-برون‌گرا، رویکرد شناختی رفتاری است. موارد پنج‌گانه زیر اصول کلی این نوع درمان را نشان می‌دهند:

۱- به جای احساسات روی افکار متمرکز شوید. یاد دادن این نکته به بیماران بی‌ثبات-برون‌گرا که چگونه مستعد رفتارهای پرخطر می‌شوند برایشان مفید است. در اغلب موارد بیماران علت رفتارهای بی‌منطقشان را احساسات خود می‌دانند. در واقع آنها درک درستی از فرایندهای ذهنی

منجر به رفتارهای پرخطر ندارند. با روان‌درمانی شناختی رفتاری آنها افکار و مفروضات غیرمنطقی خود را می‌شناسند، چگونگی گسترش بی‌منطقی در ذهن خود را یاد می‌گیرند، به تدریج شروع به چالش با آنها می‌کنند، در دنیای واقعی اثر مفروضات خود و مفروضات منطقی‌تر را تست می‌کنند و در نهایت از شناخت و منطق جدید خود برای تغییر رفتار استفاده می‌کنند. آنها یاد می‌گیرند که ذهنیت‌های منطقی و کارآمد را از غیرمنطقی و ناکارآمد تفکیک کنند، رفتارهای سالم را بشناسند و از روی آن عمل کنند.

۲- یک قرارداد رفتاری انعقاد کنید. این قرارداد اهداف درمان را به صورت روزانه یا هفتگی نشان می‌دهد. فایده این قرارداد این است که اولاً تمرکز از «چه می‌خواهی؟» برداشته و در عوض روی «چه کار می‌خواهی بکنی؟» گذاشته می‌شود. بنابراین روش‌های مفیدی مانند تبعیت از برنامه درمان دارویی، شرکت در انجمن‌های الکی‌های گمنام و یا معتادان گمنام در برنامه زندگی بیمار گنجانده می‌شود. ثانیاً این قرارداد یک برنامه ثابت است و برخلاف رویه بی‌ثبات بیماران بی-ثبات برون‌گرا است و بنابراین می‌تواند برخلاف نوسانات احساسی آنها عمل کند. به عبارت دیگر قرارداد رفتاری برنامه‌ای است که بیمار را از نظر شناختی روی تغییر رفتار متمرکز نگاه می‌دارد. یک مثال از قرارداد رفتاری استفاده از درمان نگهدارنده با متادون است که باعث کاهش تزریق مواد، کاهش استفاده مشترک از سرنگ، کاهش رفتارهای پرخطر جنسی، کاهش تعداد شرکای جنسی، افزایش پذیرش درمان آنتی رتروویرال و بهبود پیش‌آگهی بیماران HIV مثبت می‌شود (میشل^۱، فارل^۲، ۲۰۰۵).

۳- از یک برنامه پاداش‌دهی منسجم استفاده کنید. بیماران خصوصاً آنهایی که بی‌ثبات برون‌گرا هستند وابسته به پیامدهای لذت‌بخش رفتارهای خود هستند، بنابراین در درمان آنها تنبیه و نصیحت بی‌فایده است. در عوض می‌توان درمان را طوری طراحی کرد که برای هر تغییر رفتاری مثبت یک پاداش در نظر گرفته شود مانند لباس خریدن پس از ۴ هفته مصرف مرتب دارو، یا کمک به او برای مرتب کردن منزل پس از ۱ هفته ترک الکل. بعلاوه مهم است که او مهارت‌های جدیدی را در ذخیره رفتاری خود وارد کند مانند یاد گرفتن رابطه بهتر داشتن با فرزندان و یاد گرفتن روش‌های افزایش لذت جنسی علی‌رغم استفاده از کاندوم. یک پاداش خیلی مفید در این افراد پایش تعداد CD4ها است و نشان دادن افزایش آن در درمان به عنوان نتیجه تلاش بیمار. برای افزایش مشارکت در درمان گفتن جملاتی مانند «در این ماه تعداد CD4ها بالاتر رفته است» بسیار مفیدتر از جملاتی مانند «اگر همکاری کنی بیماری کنترل خواهد شد» است. به عبارت

¹ - Michael

² - Farrell

- دیگر بیمار باید طعم خوش موفقیت را بچشد.
- ۴- با سایر افراد تیم پزشکی همکاری کنید. پزشکی که وظیفه درمان دارویی بیماران بی‌ثبات-برون-گرا را به عهده دارند، در طول درمان معمولاً خسته و دلسرد می‌شوند. بنابراین آموزش به آنها درباره شخصیت، مشکلات شخصیتی و اثر شخصیت بر روی رفتار این افراد توسط یک متخصص بهداشت روان بسیار مفید خواهد بود. به علاوه هماهنگ بودن تیم درمان در پیروی منسجم از قراردادهای رفتاری در افزایش پذیرش به درمان بیمار بسیار کمک کننده خواهد بود.
- ۵- از روش‌های پیشگیری از عود استفاده کنید. این روش‌ها از روش‌های کنترل سوء مصرف مواد اقتباس شده‌اند. هر رفتار پرخطر خود شامل یک سلسله رفتارهایی است که در نهایت منجر به رفتار مورد نظر می‌شوند. شناسایی این رفتارها و استفاده از مدل‌های رفتار درمانی برای قطع کردن آنها می‌تواند منجر به کنترل شدن رفتار نهایی شود. به عنوان مثال در هر یک از مراحل «موجود بودن سرنگ در منزل، وسوسه تزریق، بهانه آوردن برای رفتن به حمام، تزریق» می‌توان مداخله کرد مثلاً از بیمار خواست که در زمان وسوسه نداشتن تمامی سرنگها را از منزل بیرون بریزد، یا از همسرش خواست که به بهانه‌های او توجهی نکند و یا از تکنیک‌های شناختی برای مقابله با وسوسه استفاده کرد.
- ۶- در صورت لزوم از دارو استفاده کنید. هر نوع اختلال روان‌پزشکی همراه که داروها روی آن اثر دارند (مانند افسردگی، اختلال دوقطبی، اختلالات اضطرابی و ...) باید توسط دارو درمان شوند. در هنگام تجویز داروها توجه به ویژگی‌های شخصیتی بیمار بسیار مهم است، مثلاً بهتر است تا حد امکان از تعداد داروهای کمتر و با عوارض کمتر استفاده کرد و روش مصرف تا حد امکان ساده باشد.

نتیجه

منش‌ها و صفات شخصیتی برای هر فرد ثابت هستند و در طول زندگی با افراد همراه بوده و تغییر آن مشکل است ولی این به معنای آن نیست که درمان برای کاهش رفتارهای پرخطر بیهوده است. روانپزشکان می‌توانند با درک شخصیت بیمار و نقش آن در کنارآیی بیمار با بیماری، راهبردهای درمانی مؤثری را انتخاب کنند. با روان‌درمانی و شناساندن جنبه‌هایی از شخصیت که مزاحم درمان هستند بیمار یاد می‌گیرد که چگونه رفتارهای پرخطر خود را کنترل کند. در این بین روان‌پزشکان وظیفه مهمی دارند و آن هدایت درمان بیمار و راهنمایی سایر متخصصین پزشکی است.

نکات کلیدی مهم این بخش

- ✓ افرادی که دارای شخصیت بی‌ثبات-برون‌گرا هستند بسیار مستعد رفتارهای پرخطر برای انتقال عفونت HIV هستند.
- ✓ بیماران بی‌ثبات-برون‌گرا وابسته به لذت‌های زودگذر هستند، خلق بی‌ثبات دارند، در زمان حال زندگی می‌کنند و دایم در پی دور کردن رنج و ناراحتی از خود هستند ولی به قیمت به دست آوردن رنج و ناراحتی دراز مدت.
- ✓ شیوع اختلالات شخصیت در بیماران HIV مثبت ۱۹ تا ۳۶ درصد و در افراد در معرض خطر عفونت HIV ۱۵ تا ۲۰ درصد گزارش شده است.
- ✓ شایع‌ترین اختلالات شخصیت در بیماران HIV مثبت، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلال شخصیت مرزی است.
- ✓ درمان دارویی روانپزشکی و روان‌درمانی در بیماران HIV مثبت و ایدز که اختلال شخصیت دارند در بهبود پیش‌آگهی و کاهش خطر انتقال عفونت بسیار مهم است.

- Citron K, Brouillette M, Beckett A: HIV and Psychiatry Training and Resource Manual. Cambridge university press. 2005.
- Cohen MA, Gorman JM: Comprehensive textbook of AIDS psychiatry. Oxford university press. 2005.
- Casta PTJ, Andwidiger TA: Personality disorders and the five-factor model of personality. Second edition. American Psychological Association. 2002.
- David J, Moore J, Nampton AT, Kinson: Temperament and risky behaviors: a pathway to HIV?. Journal of Affective Disorder. 2005. 88: 191-200.
- Frank J, Penedo, Jeffereys, Gonzalez: Personality Quality of Life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS. Journal of Psychosomatic Research. 2002: 271-278.
- Haro G, Cmateu, et al: The role of personality disorders on drug dependence treatment outcomes following inpatient detoxification. European Psychaitry. 2004: 187-192.
- Hodgins R, Mccosker J, Stoddrad A: Cocaine use and risky injection and sexual behavior. Drug Alcohol Dependence. 2005. 37: 7-14.
- Jaimel. Kelly, B. SC., Nancy, M. HIV risk behaviors in male substance abusers with and without antisocial personality disorder. Journal of Substance Abuse Treatment. (2000)19: 59-66.
- Brouillette MJ, Beckett A: HIV and Psychiatry. Second edition.
- Mead CS, Skkkerma KJ: Correlates of HIV testing among psychiatric outpatients. AIDS Behaviors. 2005. 9: 465-473.
- Farrell M, Gowing L: Effectiveness of drug dependence treatment in HIV Prevention. International Journal of Drug Ploicy. 2005. 65: 567-575.
- Sadock BJ, Sadock VA: Comprehensive textbook of psychiatry. 2005.
- Sackett DL, Snow JS.: The magnitude of compliance and non compliance. Compliance in health care. 1998. CPP: 11-45.
- Advants SK, Warburton LA, Hawkins KA, Margolin A. Continuation of high risk behavior by HIV Positive drug users Treatment implications. Journal of Substance Abuse Treatment. 1999. 15-22.
- Palmer NB, Salcedo J, et al: Psychiatric and social barriers to HIV medication adherence in triply diagnosed methadone population. AIDS Patient Care. 2003. 17: 635-644.
- Weissman MM: The epidemiology of personality disorders: a 1990 update. Jornal Perdis. 1993. 7: 440-.....
- Chida T, Vedhara K: Adverse psychosocial factors predict poor, prognosis in HIV disease A meta analystic review of prospective investigations. Brain Behavior and Immunity. 2009. 23: 434-445.

اختلالات دوقطبی و
مانیا در
HIV/AIDS

بیماری دوقطبی نوعی اختلال خلقی است که در بیمار آن دوره‌هایی از مانیا یا هیپومانیا را تجربه می‌کند. بسیاری از این بیماران در سیر بیماری خود دوره‌هایی از افسردگی را هم پشت سر می‌گذارند.

همه گیر شناسی

افرادی که آزمایش HIV آن‌ها مثبت است نسبت به جمعیت عمومی در ریسک بالاتری برای اختلالات خلقی هستند. مطالعات در مورد شیوع مانیا در ایدز اندک است. گرچه بروز مانیا در ایدز کمتر از افسردگی است ولی بالاتر از جمعیت عمومی می‌باشد و این میزان در صورت پیشرفته بودن بیماری ایدز بیشتر می‌شود. در یک مطالعه در پیگیری ۱۷ ماهه در بیماران مبتلا به ایدز حدود ۸٪ بیماران به سندرم مانیا مبتلا شدند.

بیماری دوقطبی نیز سبب افزایش ریسک عفونت HIV می‌شود. تعداد کمی از مطالعات گزارش کردند که شیوع بیماری دو قطبی نوع یک، دو قطبی نوع دو (BIID)، سیکلوتایمی و هایپر تایمیک در ایدز افزایش می‌یابد.

سبب شناسی

مانیا در ایدز می‌تواند اولیه و یا ثانویه باشد. مانیا اولیه به دلیل بیماری دوقطبی قبلی و یا در افراد با سابقه خانوادگی بیماری دوقطبی ایجاد می‌شود. مانیا ثانویه به علت گرفتاری مستقیم سیستم عصبی، از دست رفتن ارگان‌های بدن، مصرف داروهای ضد ویروس، ابتلا به عفونت‌های فرصت طلب، مصرف آنتی بیوتیک‌ها و ایجاد می‌شود.

گزارشی از یک بیمار وجود دارد که در اثر مصرف دوز بالای efavirenz دچار مانیا با تحریک پذیری شده است. این بیمار بعد از شروع درمان با دوز پایین ریسیریدون در عرض ۴۸ ساعت به درمان پاسخ داده است.

در صورتی که CD4 بیمار از ۲۰۰ کمتر باشد احتمال مانیای ثانویه بیشتر است.

درمان به روش HAART باعث کاهش شیوع مانیای ثانویه در ایدز می‌شود.

علائم بالینی

مانیا، هیپومانیا و افسردگی اپیزودهایی هستند که ممکن است در سیر بیماری دوقطبی بروز کنند. اپیزود مانیا ممکن است در هر زمانی از سیر ابتلا به ویروس ایدز رخ بدهد. با بروز اپیزود مانیا تشخیص اختلال دوقطبی برای بیمار مطرح می‌شود که ممکن است به یکی از دو شکل زیر باشد.

یکی از این دو شکل، اختلال اولیه (primary) است. در این وضعیت، فرد از قبل آمادگی ابتلا به اختلال دوقطبی را داشته است ولی HIV به عنوان استرسور عمل کرده و موجب بروز اپیزود شده است. همچنین ممکن است فردی قبل از HIV مثبت شدن مورد شناخته شده اختلال دوقطبی بوده باشد که بیماری وی اکنون به دلیل استرس یا هر علت دیگری عود کرده است. این نوع از مانیا ممکن است در هر زمان از سیر بالینی رخ دهد.

شکل دوم، مانیای ثانویه است که بیشتر در مراحل آخر ایدز رخ می‌دهد. از آنجا که این نوع از مانیا به علت آسیب‌هایی که HIV به مغز می‌زند ایجاد می‌شود، معمولاً (ولی نه همیشه) با تخریب شناختی همراه است. در این موارد فرد معمولاً فاقد سابقه خانوادگی اختلال دوقطبی و یا افسردگی و همچنین سابقه قبلی ابتلا به اختلال دوقطبی است.

در فرم کلاسیک اختلال دوقطبی بیمار اپیزودهای افسردگی اساسی و مانیا را تجربه می‌کند. در دوره‌های مانیا بیماران برآشفته (excited)، پرحرف و اغلب پرتحرک هستند. خلق بیماران مانیک می‌تواند خلق بالا (elevated) گشاده (expansive) یا تحریک‌پذیر (irritable) باشد. بیماران مانیک کنترل تکانه ضعیفی دارند و ممکن است تهاجمی و تهدیدکننده باشند. مختل شدن قضاوت یکی از علائم اصلی مانیا است. آن‌ها ممکن است ولخرج شوند و هنجارهای عمومی و اخلاقی جامعه (از جمله در امور جنسی) را زیر پا بگذارند. اغلب بیماران نسبت به اختلالشان آگاهی کمی دارند یا اصلاً خود را بیمار نمی‌دانند. اعتماد به نفس بیماران اغلب بالا و یا در حد خود بزرگ‌بینی است. نیاز بیماران به خواب کاهش می‌یابد و اغلب توجه بیماران به محرک‌های مختلف جلب می‌شود (حواس-پرتی).

بیماران جذب فعالیت‌های لذت‌بخش از جمله فعالیت‌های جنسی می‌شوند. انرژی بیماران معمولاً افزایش می‌یابد. بیمار به دلیل بی‌ملاحظه بودن در سوء‌مصرف مواد و انجام رفتارهای تکانشی در معرض عفونت HIV قرار می‌گیرد و به این دلیل بیماری دوقطبی سبب افزایش ریسک عفونت HIV می‌شود.

به نظر می‌رسد مانیای ثانویه به ایدز تا اندازه‌ای با مانیای دوقطبی متفاوت باشد. در مانیای ثانویه به ایدز بسیاری از بیماران دمانس و یا آهستگی شناختی (Slowing Cognitive) دارند و قبل از شروع مانیا معمولاً کاهش شناختی پیشرونده وجود دارد. در یک مطالعه در آفریقا دیده شده است، بیمارانی که بر اساس DSM-IV تشخیص مانیا گرفته‌اند و همزمان HIV مثبت نیز می‌باشند، سرکوب ایمنی و اختلال شناختی بیشتری داشته‌اند (ناکیم یولای^۱، ۲۰۰۹).

¹ - Naklmuli-Mpunqu

در مانیای ثانویه به ایدز خلق تحریک‌پذیر بیشتر از سرخوشی دیده می‌شود. گاهی سایکوموتور کند به جای سریع شدن سایکوموتور در این نوع مانیای همراه با دمانس دیده می‌شود. ایدز به همراه مانیا غالباً شدید است و سیر بدخیمی دارد. در یک گروه از بیماران که شروع دیرتری (late onset) داشتند نسبت به بیمارانی که زودتر علائم مانیا را نشان داده بودند، تعداد اپیزود مانیک بیشتر تجربه شد. آن‌ها همچنین تحریک‌پذیرتر بودند و کمتر پرحرفی داشتند. یک تابلوی مانیا در ایدز اعتقاد هذیانی به کشف درمان ایدز و یا درمان شدن فرد می‌باشد. نتایج یک بررسی حاکی از آن است که بیماران دوقطبی نسبت به بقیه بیماران روانپزشکی پذیرش دارویی کمتری نسبت به داروهای ضدویروسی دارند (کمپین^۱ و همکاران، ۲۰۰۴).

اختلال دوقطبی و مصرف مواد به کرات با هم رخ می‌دهد و هر دوی این وضعیت‌ها با تخریب قضاوت و تکانشگری و رفتارهای پرخطر همراه هستند. در یک مطالعه، افراد مبتلا به اختلال دوقطبی و مصرف‌کننده مواد ۶۹٪ رابطه جنسی بدون محافظت و ۳۹٪ شرکای جنسی متعدد داشتند. ۲۴٪ برای داشتن رابطه جنسی پول پرداخت کرده بودند. در بین مواد مصرفی، کوکائین رابطه‌ای قوی با وقوع رفتارهای پرخطر داشت (کریستینامد^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). در مطالعه دیگری ۴۶ نوجوان دوقطبی برای مدت یک سال پیگیری شدند. ۴۷/۸٪ از نوجوانان مصرف همزمان حشیش و الکل داشتند و ۴۵/۷٪ آنها تاریخچه رابطه جنسی پرخطر داشتند (بیکر و همکاران، ۲۰۰۹).

سیر بیماری

مانیای ثانویه به ایدز بیشتر به نظر می‌رسد مزمّن باشد تا اپیزودیک و فروکش کردن خود به خودی آن شایع نیست. معمولاً علائم با قطع درمان عود می‌کند و بیماران به دلیل وجود نواقص شناختی همراه، کمتر بهبود عملکرد پیدا می‌کنند. کمتر ممکن است بیماران به شکل مستقل و بدون کمک درمان را ادامه دهند و اغلب آنها با درمان موافق نیستند.

بررسی اولیه برای مانیا در ایدز

در صورت بروز مانیا، لازم است بررسی اولیه شامل موارد زیر باشد:

- مصاحبه کامل روانپزشکی همراه با بررسی اختلالات شناختی. در صورت وجود علائم شناختی بالینگر باید تقدم و تأخر این علائم را نسبت به علائم خلقی مشخص کند.

¹ - Kemppaine

² -

- بررسی سابقه پزشکی. تاریخچه مصرف داروها و تمام تغییرات پزشکی در ۴ ماه اخیر باید از بیمار اخذ شود.
- سابقه سوءمصرف و وابستگی به مواد باید مورد ارزیابی قرار گیرد همچنین بررسی پزشکی در زمان مراجعه باید به صورت کامل انجام شود.
- تست‌های آزمایشگاهی از جمله سم‌شناسی گرفته شود و بررسی از نظر سیفلیس صورت پذیرد. در صورت شک به درگیری CNS توسط ویروس باید تصویربرداری از مغز و بررسی مایع معزی نخاعی صورت گیرد.
- اگر شک به دلیریوم هایپراکتیو وجود دارد انجام EEG می‌تواند به تشخیص دلیریوم کمک کند. در صورت مسمومیت دارویی نیز انجام EEG به تشخیص کمک می‌کند.

تشخیص‌های افتراقی مانیا در ایدز

همانگونه که پیشتر ذکر شد، مانیا در ایدز می‌تواند به شکل رخداد ابتدایی به علت بیماری دوقطبی باشد و یا ثانویه به علل دیگر ایجاد گردد.

در صورتی که بیمار سابقه خانوادگی اختلال دوقطبی داشته باشد و یا سابقه شخصی بیماری دوقطبی داشته باشد و یا زیر ۳۰ سال باشد. پزشک باید اختلال دوقطبی را در نظر بگیرد. علائم مانیا می‌تواند در اثر یک ماده و یا داروی قانونی و یا غیرقانونی ایجاد شود. تعدادی از داروهای ضدویروس مثل Zidovudine و Didanosine می‌توانند علائم مانیا ایجاد کنند. Clarithromycin و Ethambutol که برای پروفیلاکسی Mycobacterium Avium Complex (MAC) در ایدز مصرف می‌شوند نیز می‌توانند علائم مانیا ایجاد کنند.

مانیا می‌تواند ناشی از اختلال طبی عمومی باشد. علائم به علت درگیر شدن CNS به شکل مستقیم در اثر عفونت بیماری و یا تغییر ساختار CNS می‌تواند ایجاد شود. دلیریوم هایپراکتیو در ایدز نیز جزء تشخیص افتراقی‌های مهم مانیا می‌باشد. با توجه به اهمیت تشخیص دلیریوم و شروع درمان سریع دلیریوم لازم است این اختلال سریعاً تشخیص داده شود.

معرفی مورد: فردی مبتلا به مانیا

بیمار مرد ۲۲ ساله‌ای است که از دو سال پیش HIV مثبت شده است. خانواده او را با شکایت از افزایش انرژی و کاهش نیاز به خواب به بیمارستان آورده‌اند. خانواده گزارش می‌کند که اتاق او پر شده از آشغال‌هایی است که از کوچه و خیابان جمع کرده و ادعا می‌کند که می‌خواهد با آنها وسیله ویژه‌ای اختراع خواهد کرد که او را به شهرت جهانی خواهد رساند. او همچنین ادعا می‌کند که به زودی سرآشپز بزرگی خواهد شد، اما خانواده ابراز می‌کند که ترکیبات مختلفی از غذاهای غیرقابل تحمل و تهوع‌آور درست می‌کند. او گاهی قابلمه را روی گاز می‌گذارد و کلا آن را فراموش می‌کند. همچنین گاه با چراغ خاموش و سرعت زیاد هنگام شب رانندگی می‌کند. این رفتارها یک ماه پیش شروع شده و تدریجا بدتر شده است. بیمار سابقه بیماری روانپزشکی قبلی ندارد و سابقه خانوادگی مشکلات روانپزشکی هم منفی است. البته بیمار سابقه مصرف مت‌آمفتامین را در گذشته برای چند نوبت داشته است. تعداد سلول‌های CD4 او ۸۷ سلول در میلی متر مکعب و بار ویروسی او ۴۵۰۰۰ واحد در میلی لیتر است.

از یک ماه قبل سرتالین (۵۰ میلی گرم) برای بیمار تجویز شده است و سایر داروهای او نیز شامل ایندیناویر، استاوودین و دیدانوزین است. کسی از پذیرش دارویی بیمار در مورد این داروها خبر ندارد. در ارزیابی وضعیت روانی با مرد به‌هم‌ریخته‌ای مواجه می‌شویم که لباس‌هایش رنگ غذا گرفته است. او رفتار آشفتگی دارد و به نظر می‌رسد که اصلاً نسبت به مشکلاتش بینش ندارد. هوشیاری بیمار اختلال ندارد و نمره او در MMSE ۲۰ از ۳۰ است، زیرا او تنها می‌تواند سه کلمه‌ای که برای آزمون حافظه ارائه می‌شود را همزمان تکرار کند ولی هیچ یک از آنها را با تاخیر به یاد نمی‌آورد و همچنین نمی‌تواند یک دستور سه‌مرحله‌ای را اجرا کند. او همچنین نمی‌تواند تمرکز خود را برای هجی کردن معکوس کلمه "لیوان" حفظ کند.

علائم بیمار مطرح‌کننده وجود اپیزود مانیا از یک ماه قبل است. این اپیزود می‌تواند هم در اثر یک اختلال دوقطبی ایجاد شده باشد و هم در اثر درگیری مغزی HIV. نداشتن سابقه بیماری قبلی در بیمار یا خانواده، وجود اختلال در یادآوری با تاخیر سه کلمه و همچنین تعداد CD4 کمتر از ۲۰۰ و بار ویروسی نسبتاً بالا احتمال ثانویه بودن مانیا را بیشتر می‌کنند. اگرچه سن پایین بیمار و نداشتن اختلالات شناختی جدی به ضرر ثانویه بودن علائم هستند. گزارش‌هایی در مورد احتمال ایجاد مانیا با داروی دیدانوزین هم وجود دارد. در بسیاری از بیماران ممکن است مانند این بیمار نتوان فوراً به تشخیص قطعی رسید ولی با توجه به ضرورت مداخله، باید با توجه به مجموع شواهد و عوارض احتمالی درمان نشدن هر یک از گزینه‌ها نسبت به درمان اقدام کرد. برای مثال در مورد این بیمار مانیای ثانویه محتمل‌تر است و درمان بر اساس آن پایه‌ریزی می‌گردد.

درمان

در صورت امکان بهتر است که داروهای بیمار قطع شوند و پس از رفع اپیزود مانیا داروهای ضدویروس (آنتی‌وایرال) با دوز پایین‌تر شروع شوند. روش درمان مانیا در فاز اول عفونت ایدز مشابه بیماری دو قطبی اولیه است. در این مورد

تثبیت‌کننده‌های خلق مثل لیتیوم، والپروات، کاربامازپین و آنتی‌سایکوتیک‌ها به کار می‌رود. این داروها علائم مانیا را کاهش و جلوی عود بیماری را می‌گیرند. وقتی که HIV پیشرفت می‌کند و CD4 بیمار کاهش می‌یابد، بیماری‌های طبی در بیمار بیشتر شده و احتمال درگیری سیستم اعصاب مرکزی نیز در بیمار افزایش می‌یابد. در این زمان استراتژی درمانی ممکن است تا حدی با بیماری دو قطبی اولیه تفاوت کند.

والپروات

والپروات به عنوان خط اول درمان مانیا در عفونت HIV به کار رفته است. والپروئیک اسید برای درمان مانیای ایجاد شده در اثر ضایعات مغزی در بیماری ایدز به کار رفته است (هالمن^۱ و همکاران، ۱۹۹۳). دیوالپروئکس (divalproex) نسبت به والپروات اثر گوارشی کمتری دارد و بهتر تحمل می‌شود. سطح سرمی والپروات برای پاسخ به درمان ۵۰-۱۰۰ mg/dl است.

در یک گزارش افزایش سطح ویروس در خون در اثر مصرف والپروات ذکر شده است؛ البته این اتفاق در کسانی رخ داده که روی رژیم ضد ویروس (آنتی‌ویرال) نبوده‌اند و به طور کلی اثر والپروات روی سطح ویروس در خون قابل اغماض است. با این وجود هنگام استفاده از والپروات پزشک باید حتماً سطح ویروس را در خون پایش نماید.

در بعضی مواقع احتمال هپاتوتوکسی سیتی وجود دارد به خصوص زمانی که بیمار به غیر از ابتلا به ایدز به هپاتیت ویروسی مزمن نیز مبتلا باشد. به این علت زمان استفاده از والپروات سنجش منظم آنزیم‌های کبدی توصیه می‌شود.

زمانی که بیمار به عفونت شدید کبدی مثل مایکو باکتریوم آویوم اینتراسلولار مبتلا است و یا افزایش فشار خون پورت دارد، استفاده از والپروات "ممنوع" است.

والپروات عوارض خونی نیز دارد و روی پلاکت‌ها اثر می‌گذارد. لذا هنگام استفاده از آن انجام CBC نیز توصیه می‌شود.

کاربامازپین

کاربامازپین آنزیم P450 3A4 کبد را القاء می‌کند و با این کار سطح داروهای ضدویروس را زیر سطح درمانی می‌برد و به آن‌ها مقاومت ایجاد می‌کند. این مساله در تمام کلاس‌های دارویی ضدویروس اتفاق می‌افتد. کاربامازپین خطر دلیریوم آنتی‌کولینرژیک را در افراد مبتلا به HIV که دچار

¹ - Halman

دمانس شده‌اند بالا می‌برد. از دیگر عوارض کاربامازپین ایجاد خواب‌آلودگی و ایجاد سرکوب مغز استخوان است. به دلایل گفته شده استفاده از کاربامازپین در مانیای ایجاد شده در ایدز توصیه نمی‌شود.

لیتیوم

لیتیوم در معالجه مانیا در بیماران با آزمایش مثبت HIV مفید بوده است. مواردی از مسمومیت عصبی با لیتیوم در سطح درمانی گزارش شده است که ممکن است به علت تجمع لیتیوم در نوروهای غیرطبیعی بوده باشد. لیتیوم عوارضی مثل دلیریوم، عوارض شناختی، عوارض گوارشی مثل تهوع و استفراغ و اسهال و دیابت بی‌مزه را نیز ایجاد می‌کند.

بیمار مبتلا به ایدز به علت مصرف داروهای ضدویروس و عوارض این داروها از قبیل اسهال و استفراغ و همچنین به دلیل ابتلا به عفونت‌های مکرر در معرض از دست دادن مایعات بدن می‌باشد. به این دلیل سطح لیتیوم در خون این بیماران حتی پس از ثابت شدن سطح دارویی مرتب بالا و پایین می‌رود و این بیماران را در معرض مسمومیت با لیتیوم قرار می‌دهد. به دلایل گفته شده استفاده از این دارو باید در این بیماران با احتیاط صورت گیرد و در صورت استفاده سطح دارو به طور منظم پایش گردد.

لاموتریزین

گرچه هیچ گزارشی از کاربرد لاموتریزین برای درمان مانیا در ایدز نداریم اما گزارش‌هایی از درمان موفق نوروپاتی ایدز توسط لاموتریزین داریم که می‌تواند استفاده از آن را برای درمان این اختلال پیشنهاد کند. وقوع راش با این دارو در بیماران مبتلا به ایدز کمتر بوده است.

گاباپنتین

گزارشی از کاربرد گاباپنتین در ایدز وجود ندارد ولی به دلیل تداخل دارویی کم این دارو، می‌توان به عنوان داروی کمکی از این دارو در ایدز استفاده کرد.

آنتی‌سایکوتیک‌ها

مانیا ممکن است به آنتی‌سایکوتیک‌ها به تنهایی پاسخ بدهد. پزشک بالینی باید در مصرف آنتی‌سایکوتیک‌ها احتیاط کند. بیماران مبتلا به ایدز به اثرات اکستراپیرامیدال داروهای پر قدرت از

جمله ریسپریدون بسیار حساس هستند.

این حساسیت زمانی که بیمار در مراحل آخر ایدز به سر می‌برد و یا دچار دمانس شده است بیشتر هم می‌شود. بیماران مبتلا به ایدز همچنین به اثرات آنتی‌کولینرژیک این داروها نیز بیشتر از بقیه حساس هستند و مستعد سندرم نورولپتیک بدخیم نیز می‌باشند. در سال‌های اخیر آنتی‌سایکوتیک‌های آتیپیک جای آنتی‌سایکوتیک‌های سنتی را گرفته است و به عنوان خط اول درمان محسوب می‌شود.

الانزاپین

به علت اثر خواب‌آور و عوارض اکستراپیرامیدال کمتر و تأثیر ثابت شده آن در درمان مانیا استفاده از آن در درمان مانیای ناشی از ایدز مفید است. بیمارانی که همزمان الانزاپین و ritonavir استفاده می‌کنند به دوز بالاتر از الانزاپین احتیاج دارند. استفاده همزمان آن دو نیمه عمر الانزاپین را از ۳۲ ساعت به ۱۶ ساعت کاهش داده است (پنزر^۱ و همکاران، ۲۰۰۲).

ریسپریدون

استفاده از آن در درمان مانیای ایجادشده در اثر ایدز توسط یک مطالعه گزارش موارد حمایت شده است و دیده شده که ریسپریدون به خوبی در این بیماران تحمل می‌شود و می‌تواند مؤثر باشد. ریسپریدون در دوز ۲ mg و بالاتر عوارض خارج هرمی می‌دهد. در سایکوز ایدز نیز ریسپریدون با حداکثر دوز ۳/۲ mg به‌کار رفته است. گزارش‌هایی وجود دارد که داروهای ضد ویروس مثل ritonavir و indinavir روی متابولیسم ریسپریدون اثر می‌گذارند و می‌توانند عوارض خارج هرمی ناشی از ریسپریدون را تشدید کند و مسمومیت ایجاد کنند. گزارشی از یک بیمار مبتلا به ایدز وجود دارد که به علت ابتلا به مانیا برای او ریسپریدون استفاده شده و فرد پس از شروع دچار کما شده است. بیمار از رژیم دارویی ضد ویروس (indinavir و ritonavir) استفاده می‌کرده و علت کما افزایش سطح ریسپریدون در اثر این تداخل دارویی گزارش شده است (جوور^۲ و همکاران، ۲۰۰۳).

کلوزاپین

به علت عوارض این دارو روی مغز استخوان از این دسته استفاده نمی‌شود. روی موارد جدید آنتی‌سایکوتیک‌ها مثل آری‌پیرازول، کوئتیاپین و زیراسیدون در این دسته بیماران هنوز مطالعات

¹- penzer

²- Jover

زیادی صورت نگرفته است.

بنزودیازپین

بنزودیازپین ممکن است به عنوان داروی کمکی در مانیای ناشی از ایدز مفید باشند. ولی باید توجه داشت که این دسته ممکن است تخریب‌شناختی را در این بیماران بیشتر کند. تعداد زیادی از آنتی‌ویروس‌ها سیتوکروم P450 را مهار می‌کنند و به این دلیل سطح خونی بنزودیازپین‌ها را افزایش می‌دهند.

ECT

اگرچه هیچ گزارشی از کاربرد ECT در مانیای ناشی از ایدز نداریم ولی باید این روش را در بیمارانی که به دلیل شدت بیماری قادر به تحمل دارو نیستند مدنظر داشت. ECT در افراد افسرده مبتلا به ایدز با موفقیت به کار رفته است.

نکات مهم بالینی این بخش

- ✓ بروز مانیا در ایدز کمتر از افسردگی ولی بالاتر از جمعیت عمومی است و با پیشرفت بیماری شیوع آن بیشتر می شود.
- ✓ نوع ثانویه مانیا معمولاً در مراحل آخر بیماری ایدز رخ می دهد و اغلب با تخریب شناختی همراه است. بیماران تحریک پذیرتر و پرخاشگرتر هستند.
- ✓ در صورت همراهی ایدز مانیا با دمانس ممکن است بیمار کم تحرک و کم حرف باشد.
- ✓ ایدز در مانیا اغلب سیر بدخیم و مزمن دارد تا اپیزودیک
- ✓ در مواجهه با بیمار مانیک مبتلا به HIV باید بررسی های کامل از جهت دیگر بیماری های طبی و بررسی های آزمایشگاهی صورت گیرد.
- ✓ در صورت بروز مانیا در بیمار HIV/AIDS بهتر است داروهای بیمار قطع و پس از رفع اپیزود مانیا داروهای ضد ویروس با دز پایین تر شروع شوند.
- ✓ والپروات به عنوان خط اول درمان مانیا در بیمار مبتلا به عفونت HIV به کار می رود.
- ✓ زمان استفاده از والپروات باید سطح ویروس در خون، آنزیم های کبدی و CBC چک شود.
- ✓ کاربامازپین در درمان مانیای ایجاد شده در HIV/AIDS توصیه نمی شود.
- ✓ در صورت استفاده از لیتیوم در بیماران مبتلا به عفونت HIV باید سطح دارو به طور منظم مونیتور گردد و مراقب سطح مایعات بدن بیمار بود.
- ✓ الانزاپین در درمان مانیا در بیمار مبتلا به عفونت HIV داروی مناسبی است.
- ✓ ریسپریدون در بیماران HIV/AIDS به خوبی تحمل می شود ولی باید مراقب تداخلات دارویی با HAART بود.

- Cohen, M.A., Jack, M., Gorman, (2008). *COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF AIDS PSYCHIATRY*, Oxford University press.
-
- Citron, K., Brouillette, M., Beckett, A., (2005). *HIV and Psychiatry Training and Resource Manual*, Cambridge university press.
-
- Kemppaine, J. K., Levine, R., Buffom, M., Halzeme, W., Finely, P., Jensen, P. (200 & 1), Antiretroviral adherence in persons with HIV/AIDS and severe mental illness. *J Nerv Mental Dis.* 192(6): 395-404.
- Nakimuli-Mpungu, E., Mgis, S., Mpungu, S., Katabira, E. (2006), Primary mania versus HIV. Related secondary mania in Uganda, *Am J Psychiatry.* 163 (8): 13 & 9-5.....
- Jover, F., Cuadrado, J. M., Andreus, L., Merino, J., (2002), Reversible coma caused by risperidone-ritonavir interaction. *Clin Neuropharmacol*, 25 (5): 251-3.
- Nakimuli-Mpungu, E., Musisi, S., Mpungu, S., Vatabira, E., (2009). Clinical presentation of bipolar mania in HIV-Positive patients in Uganda. *Psychosomatic*, 50 9.0: 325-3.
- Christina, S., Mende, Finna, S., Graff, Margaret, L., Griffin, Roger, D., Weiss (2008), HIV risk behavior among patients with co-occurring bipolar and substance use disorders: Association with mania and drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 92, 296-300.
- Bakare, M. O., Agomoh, A. O., Ebigo, F. O., Onyeama, G. M., Eaton, J., Onwukwe, J. N., Okonwwo, W. O., (2009), co-morbid disorders and sexual risk behaviors in Nigerian adolescents with bipolar disorder in *Arch med.* (2): 2-16.

اختلالات افسردگی در **HIV/AIDS**

علائم و نشانه‌های افسردگی به فراوانی در مراحل مختلف HIV دیده می‌شوند و باعث دیسترس زیاد و ناتوانی بیماران می‌شوند. در حقیقت افسردگی شایعترین دلیل ارجاع افراد HIV مثبت به روانپزشکان است. در یک بررسی که بر روی ۶۰ بیمار HIV مثبت که به روانشناس مراجعه کرده بودند انجام شد، اختلالات افسردگی شایعترین دلیل مراجعه بود (ست^۱، ۱۹۹۱) و در مطالعه دیگری ۸۵ درصد بیماران HIV مثبت خلق افسرده را گزارش نمودند. در این مطالعه ۲۶ درصد از بیماران بی‌احساسی (apathy) را نیز گزارش کردند که هر چند می‌تواند علامتی از افسردگی باشد اما اثر خلق افسرده بر روی کیفیت زندگی بیماران بیشتر از بی‌احساسی بود. بنابراین پزشکان همچنان باید به خلق افسرده به عنوان یک نشانه مهم توجه کنند (تیت^۲، ۲۰۰۳). به غیر از شیوع فراوان، وجود علائم افسردگی در بیماران HIV مثبت از آن روی اهمیت بیشتری می‌یابد که بر پذیرش درمان (adherence)، کیفیت زندگی و نتیجه درمان بیماران نیز اثر می‌گذارد و درمان را پیچیده می‌کند. با این وجود، چون برخی از علائم افسردگی مانند ضعف، خستگی، بی‌اشتهایی و کاهش وزن ممکن است در سیر HIV نیز دیده شوند (بدون آن که افسردگی وجود داشته باشد)، افسردگی در این بیماران غالباً تشخیص داده نمی‌شود و یا بعد از تشخیص به آن بی‌توجهی شده و درمان مناسب انجام نمی‌شود. اختلالات افسردگی در این بیماران اغلب برای پزشکان یک معضل درمانی است چرا که آنان روش برخورد با آن را به خوبی نمی‌دانند.

همه‌گیرشناسی

در افراد HIV مثبت، اختلالات افسردگی شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی هستند. میزان شیوع افسردگی در بیماران HIV مثبت و ایدز در مطالعات مختلف متفاوت است. شیوع اختلال افسردگی اساسی (MDD) در مطالعات بین ۸ تا ۶۷ درصد گزارش شده است. در یک مطالعه ۸۵ درصد افرادی که آزمایش HIV آنها مثبت بود بعضی از علائم افسردگی را گزارش کردند. در یک مطالعه متاآنالیز (کیسلا^۳ و روبرت^۴، ۲۰۰۱) دیده شده است که افراد HIV مثبت صرف نظر از این که در چه فازی از بیماری قرار دارند دو برابر بیشتر از جمعیت عمومی مبتلا به اختلال افسردگی اساسی هستند و اگر بیمار HIV مثبت به دلیل مشکلات طبی دیگر مانند هیپاتیت C، دیابت یا اختلال عملکرد کلیه بستری شود شیوع اختلالات افسردگی فزونی بیشتری هم می‌یابد.

ارتباط اپیدمیولوژیک HIV و اختلالات افسردگی از سوی دیگری هم قابل بررسی است. از یک

¹- Seth

²- Tate

³- Ciesla

⁴- Roberts

طرف جمعیت در معرض خطر HIV ریسک بالای ابتلا به اختلال افسردگی عمده را نیز دارند. مثلاً شیوع بالای اختلال افسردگی اساسی در بین مردانی که با همجنس سکس دارند (MSM) و بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد نیز دیده می‌شود (۳). از طرف دیگر وجود علائم افسردگی ممکن است سبب شود تا فرد از خود مراقبت کافی نکند و بنابراین افسردگی شانس رفتارهای پرخطر را در گروه در معرض خطر افزایش می‌دهد. بنابراین ابتلا به افسردگی احتمال انجام رفتارهای پرخطر منجر به HIV مثبت شدن را بالا می‌برد و ابتلا به HIV نیز ریسک ابتلا به افسردگی را بالا می‌برد. در مطالعات مختلف فاکتورهای خطر ساز زیر برای ابتلا به اختلالات افسردگی در بیماران HIV مثبت ذکر شده‌اند: سابقه قبلی افسردگی، سابقه خودکشی، سابقه سوء مصرف مواد، سابقه خانوادگی افسردگی و یا خودکشی، جنسیت زن، بیکار بودن، فقدان حمایت‌های اجتماعی، مکانیسم‌های مقابله‌ای ناکارآمد، سابقه فقدان‌های مکرر، بستری شدن در بیمارستان به علت مشکلات طبی مانند دیابت و هیپاتیت C.

سبب شناسی

اختلال افسردگی اساسی در بیماران HIV مثبت و ایدز می‌تواند اولیه یا ثانویه باشد. هنگامی که سندرم افسردگی در سیر بیماری به وجود آید و نتیجه تأثیر فیزیولوژیک مستقیم ویروس HIV باشد می‌توان آن را اختلال خلقی ناشی از HIV (mood disorder due to HIV) نامید. به همین ترتیب ممکن است افسردگی ناشی از بیماری‌های طبی دیگر (که به فراوانی در HIV دیده می‌شوند) و یا داروهای مصرفی بیمار باشد. هنگامی که فرد HIV مثبت و یا مبتلا به ایدز سابقه طولانی افسردگی را دارد و یا سابقه خانوادگی اختلالات خلقی مانند MDD و یا اختلال دو قطبی را ذکر می‌کند می‌توان تشخیص اختلال خلقی اولیه را با اطمینان بیشتری مطرح کرد. به هر حال باید توجه داشت که تفکیک اولیه و یا ثانویه بودن افسردگی در بسیاری از موارد دشوار است و همیشه امکان پذیر نیست. در چنین مواردی توجه به عوامل خطر ساز ابتلا به افسردگی در این بیماران کمک کننده است.

جنبه‌های عصبی-روانشناختی HIV و ایدز که با علائم افسردگی خود را نشان می‌دهند می‌توانند ناشی از اختلالات غدد درون‌ریز، بیماری‌های فرصت طلب، سوء تغذیه، بیماری‌های همراه (comorbid) و عوارض جانبی داروهای مورد استفاده در HIV و ایدز باشند. ارتباط بین شدت پیشرفت HIV و شدت علائم افسردگی هنوز به طور دقیق روشن نشده است و در مطالعات نتایج متفاوتی ذکر شده است. در یک مطالعه آینده‌نگر (رابکین^۱، ۱۹۹۷) که بر روی ۱۲۱ مرد (۶۹ نفر HIV مثبت و ۵۲ نفر HIV منفی) و ۶۶ زن (۳۶ نفر HIV مثبت و ۳۰ نفر HIV منفی) با ۷ بار پیگیری برای

^۱ - Rabkin

مدت ۳ سال انجام شد، نشان داده شد که شدت افسردگی با تعداد CD4 سرم ارتباط دارد و در صورت وجود تعداد CD4 کمتر از ۲۰۰ ریسک ابتلا به اختلال افسردگی اساسی ۲/۵ بیشتر از واقعی است که تعداد CD4 بیشتر از ۲۰۰ باشد. به عبارت دیگر، پیشرفت HIV ریسک افسردگی را در زنان و مردان دارای HIV و ایدز بالا می‌برد و البته زنان در مقایسه با مردان آسیب پذیرتر هستند. به طور مشابه در یک مطالعه دیگر (کروس^۱، ۲۰۰۵) به این نتیجه رسیدند که افزایش سلول‌های کشنده طبیعی (NK cells) سرم در بیماران HIV مثبت با بهبود علائم افسردگی همراه بوده است.

ویروس HIV به طور معمول به سیستم اعصاب مرکزی حمله می‌کند و با اثر مستقیم روی آن فرد را به سمت افسردگی سوق می‌دهد. به نظر می‌رسد ویروس HIV به قسمت‌های ساب کورتیکال (تحت قشری) مغز (مانند عقده‌های قاعده‌ای، تالاموس و ساختمان‌های تمپورولیمبیک) صدمه وارد می‌کند و با تخریب آستروسیت‌ها باعث اختلالات شناختی و افزایش بروز افسردگی در بیماران مبتلا می‌شود.

از منظر درمانی، درمان‌های مبتنی بر HAART بسیار مسمومیت‌زا هستند و ممکن است مشکلات شناختی و افسردگی ایجاد کنند. تقریباً تمام داروهایی که این بیماران مصرف می‌کنند می‌توانند علائم افسردگی را ایجاد کنند. در این بین داروی ضد ویروس افویرنز بیشترین علائم عصبی-رفتاری را ایجاد می‌کند، شامل افسردگی به همراه افکار خودکشی، سایکوز، اختلالات شناختی، سردرد، سرگیجه، بی‌خوابی و کابوس شبانه. داروهایی مثل سولفامتوکسازول، تری‌متوپریم، ایزونیاژید، استروئیدها، وین‌بلاستین، وین‌کریستین، مهارکننده‌های پروتئاز، آسیکلوویر، گانسیکلوویر، آباکاویر، آمفوتریسین B و دیدانوزین همگی می‌توانند علائم افسردگی را ایجاد کنند.

یکی از بیماری‌های همراه مهم در بیماران HIV مثبت هپاتیت C است. شواهد نشان می‌دهند که HCV هم مانند HIV می‌تواند با آسیب به سیستم اعصاب مرکزی علائم عصبی-رفتاری ایجاد کند با این تفاوت که HCV زوال عقل (end-stage dementia) ایجاد نمی‌کند (لاسکاس^۲، ۲۰۰۵). بنابراین می‌توان انتظار داشت که ابتلا به هپاتیت C در بیماران HIV مثبت تابلوی بالینی عصبی-رفتاری را پیچیده‌تر کند. در یک مطالعه شیوع افسردگی ۱ ماهه در بیماران HCV مثبت ۲۸ درصد گزارش شده است. افزون بر آن درمان HCV با اینترفرون شیوع افسردگی را تا ۸۰ درصد بالا می‌برد. مسئله قابل توجه در این مطالعه آن بود که با درمان دارویی ضد افسردگی، بدون کاهش یا توقف درمان با اینترفرون، علائم افسردگی بهبود یافت (لاگانو^۳، ۲۰۰۴).

¹- Creuss

²- Laskus

³- Laguno

جدول ۱- عوامل مهم افسردگی ثانویه در بیماران HIV مثبت و ایدز

اختلالات روانپزشکی

- اختلالات وابسته به مواد
- اختلالات خلقی ناشی از مصرف کوکائین
- اختلالات خلقی ناشی از مصرف ضد اضطرابها و خواب آورها
- اختلالات خلقی ناشی از مصرف الکل
- دمانس ناشی از ایدز

بیماری‌های طبی

- عفونت‌ها
- هپاتیت C
- نفروپاتی ناشی از HIV و ESRD¹
- بیماری‌های اندوکراین
- کم کاری تیروئید
- دیابت ملیتوس
- کمبود تستوسترون
- کم کاری آدرنال

تشخیص و علائم بالینی

مداخلات روانپزشکی ناکافی در بیماران افسرده HIV مثبت و ایدز باعث افزایش موربیدیتی و مورتالیتی و کاهش پذیرش درمان می‌شوند. به علاوه، شیوع فراوان رفتارهای خودکشی و یا اقدام به آن در بیماران HIV مثبت (همانند دیگر بیماری‌های مزمن) نشان می‌دهد که باید به وجود افسردگی در این بیماران حساس بود، خصوصاً که افسردگی به عنوان یک ریسک فاکتور مستقل برای عدم پذیرش و همکاری بیماران برای HAART و همچنین درمان دیگر بیماری‌های همراه به شمار می‌رود. بنابراین حساس بودن درمانگران به تمام علائم طیف افسردگی (بالینی و تحت بالینی (subsyndromal) بسیار مهم است تا در صورت وجود، به درمان جدی افسردگی تا بهبودی کامل اقدام نمایند.

بررسی اولیه افسردگی

باید شامل موارد زیر باشد:

۱. مصاحبه دقیق روانپزشکی که مخصوصاً با تمرکز بر علائم شناختی بیمار باشد و تلاش شود تا

¹ - End Stage Renal Disease

- رابطه این علائم با علائم افسردگی مشخص شود. یعنی باید تا حد امکان مشخص شود که کدامیک به صورت اولیه بوده است.
۲. از آن جا که علائم افسردگی بیمار می تواند به علت عوارض داروهای ضد ویروسی یا ثانویه به سایر بیماری های طبی همراه باشد لازم است تاریخچه طبی دقیق از بیمار گرفته شود.
 ۳. با توجه به همراهی زیاد اختلالات سوء مصرف مواد با اختلالات خلقی، تاریخچه مصرف مواد باید به دقت گرفته شود. همچنین لازم است ارتباط زمانی علائم خلقی بیمار با مصرف مواد (مصرف، مسمومیت و محرومیت) مشخص شود.
 ۴. با ارزیابی های بالینی وضعیت فعلی طبی بیمار به دقت مورد بررسی قرار گیرد. ممکن است علائم افسردگی اولین علائم یک بیماری طبی (مانند بیماری های غدد درون ریز) باشند.
 ۵. تست های آزمایشگاهی زیر باید برای تمام موارد درخواست شوند: تست های تیروئید، سطح تستوسترون آزاد، گازهای خون، سطح فولات و B₁₂، تست سفلیس، تست های کبدی و بیوشیمی خون.
 ۶. در صورتی که ظن بالینی به بیماری های نورولوژیک وجود داشته باشد، باید تست های تصویربرداری و آنالیز مایع مغزی نخاعی جهت بررسی عفونت و EEG انجام شود.

ویژگی های بالینی

افسردگی باعث دیسترس زیاد در بیمار HIV مثبت و ایدز می شود. افسردگی روی کیفیت زندگی و پذیرش دارویی بیمار اثر می گذارد. تابلوی بالینی اختلالات افسردگی همراه با HIV تفاوت چندانی با علائم افسردگی در جمعیت عمومی ندارد و شامل مجموعه علائم شناختی، نباتی (مانند اختلال خواب و اشتها) و سایکوموتور است. نکته مهم این است که معمولاً پزشکان به علائم افسردگی بیماران به عنوان سندرمی مستقل که نیازمند توجه بالینی جداگانه است نمی نگرند و به بسیاری از علائم آن به عنوان علائم معمول HIV و ایدز نگاه می کنند.

بیماران افسرده غم، اندوه، تهی بودن از احساس یا پوچی را احساس می کنند. بیمار ممکن است بگوید که بدبخت است، رنج می برد، دل گرفته است، نگران است، آشفته است و یا عصبی است. گروهی از بیماران ممکن است بی تفاوت^۱ باشند ولی اکثریت آن ها احساس ناراحتی زیادی را گزارش می کنند. بیماران اغلب صبح ها بدترند و عصرها بهتر می شوند. کاهش لذت از فعالیت های لذت بخش و روزمره مثل خوردن، خوابیدن، لباس پوشیدن، فعالیت اجتماعی، کار کردن، سرگرمی ها و فعالیت های هنری در

^۱ - apathetic

افسردگی دیده می‌شود و از علائم اصلی^۱ افسردگی است. بیمار افسرده ممکن است بگوید مریض و ناتوان است، ضعف دارد، انرژی ندارد و یا حتی بگوید که احساس می‌کند که در حال مردن است. اعتماد به نفس در فرد افسرده کاهش می‌یابد. فرد افسرده ممکن است که احساس کند گناهکار است و یا حتی فکر کند که آدم شرور و بدی است. کاهش تمرکز یکی از علائم شایع شناختی بیماران مبتلا به افسردگی است که می‌تواند منجر به افت حافظه کوتاه مدت شود.

علائم نباتی نیز از علائم اصلی افسردگی هستند. این علائم شامل اختلال خواب و اشتها است. اختلال خواب می‌تواند به صورت پرخوابی، بی‌خوابی، سحرخیزی، خواب منقطع و اشکال در به خواب رفتن تظاهر می‌کند. اختلال اشتها نیز می‌تواند به صورت پراشتهایی و یا کم‌اشتهایی باشد. بیماران اغلب شکایت می‌کنند که غذاها بی‌مزه شده‌اند. چنانچه علائم بیمار تداوم یابد و درمان لازم صورت نگیرد، تغییر اشتها باعث تغییر وزن خواهد شد.

علائم سایکوموتور بیماران ممکن است به شکل کندی روانی-حرکتی و یا آژیتاسیون تظاهر کند. در کندی روان-حرکتی بیمار آهسته‌تر حرکت می‌کند، با تاخیر به سئوالات پاسخ می‌دهد و با کندی سخن می‌گوید. ممکن است بیمار آهسته شدن تفکر را گزارش کند.

بیماران HIV مثبت مبتلا به اختلال افسردگی اساسی ممکن است نشانه‌های جسمی مثل سردرد، ناراحتی گوارشی، دردهای احشایی غیرقابل توضیح، وزوز گوش، علائم قلبی و بی‌حسی را تجربه و برای درمان به پزشکان داخلی مراجعه کنند. در این بیماران اگر بیماری طبّی دیگری وجود نداشته باشد، علائم جسمی بیشتر به دلیل افسردگی است تا HIV. به عنوان مثال دیده شده است که «احساس خستگی» رابطه بیشتری با افسردگی داشته است تا پیشرفت ایدز و بدتر شدن بی‌خوابی و خستگی بعد از پی‌گیری ۶ ماهه با افسردگی رابطه بیشتری داشته است تا با افت CD4. در نتیجه در صورت وجود علائم جسمی باید بررسی روانپزشکی دقیق انجام شود و افسردگی در صدر تشخیص‌های افتراقی قرار گیرد. ولی در مراحل آخر بیماری ایدز موضوع کمی متفاوت است. بیماری‌های طبّی زیادی همراه با ایدز در بیمار ایجاد می‌شود که این بیماری‌ها می‌توانند علائم جسمی را ایجاد کنند. از این روی، در مراحل آخر بیماری ایدز در صورت وجود علائم جسمی، افسردگی اغلب در ته لیست تشخیص افتراقی قرار می‌گیرد.

^۱- cardinal

تشخیص افتراقی

بیمار مرد ۵۲ سال‌های بود که در وضعیت کوما به اورژانس آورده شد. بیمار پس از تزریق نالوکسان و بهبود کوما گفت که به قصد خودکشی مقدار زیادی تریاک خورده است.

در مصاحبه‌های بعدی مشخص شد که از حدود ۲ ماه قبل غمگینی، خستگی، کاهش علائق، بی‌اشتهایی، بی‌خوابی و ناامیدی شروع شده‌اند. بیمار از حدود ۸ سال قبل HIV مثبت شده بود و تحت درمان دارویی ضدویروسی قرار داشت. در طی این مدت سابقه ۲ اپیزود دیگر افسردگی (یک اپیزود ۳ سال و دیگری ۱ سال قبل) را نیز می‌داد که در هر دو اپیزود به خودکشی اقدام کرده بود. قبل از آن سابقه افسردگی نداشت. سابقه مصرف مواد افیونی را از حدود ۳۰ سال قبل ذکر می‌کرد و از ۵ سال قبل تحت درمان نگهدارنده با متادون بود. بعلاوه مادر بیمار نیز سابقه افسردگی داشته است و تحت نظر روانپزشک دارو مصرف می‌کرده است.

با نگاهی به تابلوی بالینی بیمار در می‌یابیم که علائم و نشانگان اختلال افسردگی اساسی در بیمار HIV مثبت تفاوتی با جمعیت عمومی ندارد. هر چند که سابقه خانوادگی اختلال خلقی وجود دارد ولی با توجه به این که علائم خلقی بیمار پس از مثبت شدن سرولوژیک HIV او شروع شده است نمی‌توان تشخیص اختلال افسردگی اولیه را با قطعیت مطرح نمود. هر چند بیمار سابقه دو اپیزود قبلی افسردگی را دارد، با این وجود لازم است ارزیابی‌ها و بررسی‌های کامل برای رد علل طبی همراه که ممکن است در بیماران HIV مثبت دیده شوند، انجام شود. داروهای ضدویروس بیمار و همچنین متادون ممکن است در ایجاد علائم بیمار نقش داشته باشند. همچنین لازم است که بیمار پس از بهبود کامل وضعیت هوشیاری از نظر شناختی نیز مورد ارزیابی قرار گیرد. آن چه اهمیت دارد این است که می‌توان بر اساس مطالعات مختلف پیش‌بینی کرد که درمان دارویی با داروهای ضدافسردگی در بهبود علائم، همکاری درمانی و کیفیت زندگی بیمار مؤثر خواهد بود.

تشخیص‌های افتراقی اختلال افسردگی اساسی در بیماران HIV مثبت در جدول زیر خلاصه شده‌اند.

جدول ۲- تشخیص‌های افتراقی افسردگی در HIV

اختلالات خلقی اولیه	- اختلال افسردگی اساسی
اختلال خلقی ناشی از بیماری طبی عمومی	- عفونت‌های فرصت طلب (همانند توکسوپلازما)
	- بدخیمی‌های سیستم اعصاب مرکزی
	- کمبودهای تغذیه‌ای (B12 و نولات)
	- نوروسیفلیس
	- هایپوگنادیسم
	- تغییرات نوروپاتولوژیک ناشی از HIV
	- اختلالات تیروئید
	- دیابت شیرین
	- بیماری‌های التهابی
	- آنمی
اختلالات خلقی ناشی از مواد و داروها	- مواد (تریاک، هروئین، شیشه...)
	- داروهای مسکن
	- داروهای ضدویروس
	- دیگر داروهای مورد استفاده برای بیماری‌های جسمی
سایر	- اختلال انطباقی همراه با خلق افسرده
	- سوگ
	- داغدیدگی

اختلال خلقی ناشی از بیماری طبی عمومی با پیشرفت HIV ارتباط زیادی دارد، زیرا با پیشرفت HIV بیماری‌های طبی همراه شیوع بیشتری پیدا می‌کنند. برای مثال، بیماری‌های فرصت طلب عفونی و بدخیمی‌های پیشرفته CNS که در مراحل پیشرفته HIV دیده می‌شوند، می‌توانند باعث اختلال افسردگی اساسی در بیمار شوند. همچنین هیپوگنادیسم که در بیماری ایدز ممکن است وجود داشته باشد، می‌تواند خود را به صورت علائم افسردگی نشان دهد.

کمبود ویتامین B12 و اسید فولیک نیز ارتباط مستقیمی با پیدایش علائم افسردگی دارند. استفاده طولانی مدت از مواد نظیر الکل، شیشه، کوکائین، هروئین، بنزودیازپین و متادون نیز می‌تواند با علائم افسردگی همراهی داشته باشد. همان طور که در بالا هم گفته شد بسیاری از داروهای مورد استفاده

در بیماران HIV مثبت و ایدز مثل زیدوودین، داروهای مهارکننده پروتئاز و اینترفرون با افسردگی مرتبط هستند. افویرنز در ۵۰٪ بیماران ایجاد علائم افسردگی، بی‌خوابی، ناآگاهی به زمان و مکان و رؤیاهای واضح شبانه می‌کند. درمانس مرتبط با ایدز با توجه به حالت آپاتیک و کندی شناختی می‌تواند با اختلال افسردگی اساسی تشخیص افتراقی داشته باشد.

به دلیل وجود استرسورهای متعدد در بیماران HIV مثبت، اختلال انطباقی و سوگ نیز می‌تواند خود را به صورت علائم افسردگی نشان دهد.

درمان

بیماری ایدز یک بیماری مزمن است که مشکلات زیادی برای فرد و اطرافیان وی ایجاد می‌کند. با درمان بیماری‌های خلقی شدید نظیر افسردگی می‌توان از رنج آنها کاست و از خودکشی پیشگیری نمود. پزشک باید به زمان‌های خاصی که بیمار در آن زمان مستعد خودکشی است آگاهی داشته باشد و عواملی که بیمار را به سوی خودکشی سوق می‌دهند بشناسد. مطالعات دربارهٔ درمان دارویی بیماری افسردگی در بیماران با HIV و ایدز از اثربخشی داروهای ضد افسردگی حمایت می‌کنند. مطالعات نشان داده‌اند که درمان مؤثر افسردگی در این بیماران نه تنها علائم افسردگی را تخفیف می‌دهد بلکه کیفیت زندگی بیماران را هم بالا می‌برد. در حالی که مطالعات زیادی از اثربخشی ضدافسردگی‌ها در درمان بیماران HIV حمایت می‌کنند ولی اطلاعات بسیار کمی برای مقایسه اثر داروهای ضدافسردگی وجود دارد.

درمان دارویی افسردگی در بیماران HIV و ایدز

داروهای ضدافسردگی از جمله TCAها و SSRIها داروهایی هستند که توسط سیتوکروم P450 کبدی شامل 2D6، 1A2، 3A4 و 2C متابولیزه می‌شوند. از SSRIهای قدیمی تر می‌توان به فلوکستین اشاره کرد که مهارکننده قوی 2D6 و 3A4 است و نیمه عمر ۴ تا ۶ هفته دارد و متابولیت فعال آن که نورفلوکستین است نیمه عمر طولانی ۷ تا ۹ روز دارد. سرتالین و سیتالوپرام و اس-سیتالوپرام تداخلات دارویی کمتری دارند ولی همه اینها باعث عوارض گوارشی نظیر تهوع و استفراغ، اسهال و تغییراتی در خواب می‌شوند و ممکن است کاهش یا افزایش وزن، اختلالات عملکرد جنسی و عوارض اکستراپیرامیدال نظیر لرزش ایجاد کنند.

در درمان دارویی اختلالات افسردگی همراه با HIV باید از تجویز داروهایی مانند نفازودون و فلووکسامین که سیتوکروم ایزوآنزیم‌های 2D6 و 3A4 را به میزان قابل ملاحظه‌ای مهار می‌کنند،

اجتناب کرد. عوارض جانبی زیادی از مصرف توأم داروهای ضد ویروس و میرتازاپین و سیتالوپرام گزارش نشده است و بنابراین، این دو داروی ضد افسردگی می‌توانند انتخاب‌های درمانی مناسبی باشند. میرتازاپین بر بی‌خوابی و کم‌اشتهایی بیماران اثر خوبی داشته و به خوبی تحمل می‌شود و مؤثر است. عوارض خونی مانند کاهش گلبول‌های سفید و آگرانولوسیتوز با آن گزارش شده است.

داروهای ضد افسردگی چند حلقه‌ای (TCA) بر علایم افسردگی، دردهای نوروپاتیک و اختلالات خواب بیماران مؤثر هستند ولی به دلیل عوارض جانبی، این داروها در خط اول درمان قرار ندارند. این داروها ممکن است افت فشار خون وضعیتی (Orthostasis) ایجاد کنند و عوارض آنتی‌کولینرژیک این داروها می‌تواند بیمار را در معرض دلیریوم، افت شناختی، احتباس ادراری و خشکی دهان قرار دهد. درمانگری که می‌خواهد از TCAها استفاده کند بهتر است از داروهایی که کمترین عوارض آنتی‌کولینرژیک را دارند مانند نورتریپتیلین و دزیرامین استفاده کند. افزون بر آن، داروهای ضد ویروس به خصوص ریتوناویر (Ritonavir) که مهار کننده قوی آنزیم سیتوکروم 2D6 است می‌تواند سطح داروهای سه حلقه‌ای و متعاقب آن مسمومیت قلبی را به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش دهند.

داروهای مهار کننده مونو آمین اکسیداز (MAOI) نیز برای بیماران با HIV و ایدز نباید به صورت معمول استفاده شوند. استفاده از این داروها در بیماران HIV و ایدز با ریسک بسیار بالایی همراه است، چرا که این بیماران داروهای ترکیبی متعدد دریافت می‌کنند و تغییرات زیادی در رژیم دارویی آنها داده می‌شود و همچنین در ریسک بالای افزایش بحرانی فشار خون قرار دارند. چنانچه بیماری قبل از شروع داروهای ضد ویروس از این داروها استفاده می‌کرده است می‌توان با احتیاط و مراقبت بیشتر، این داروها را ادامه داد. زیدوودین (Zidovudine) یک مهار کننده آنزیم کاتکول-ا-متیل ترانسفراز است و تجویز همزمان آن با داروهای MAOI از نظر تئوریک ممنوع است.

بوپروپیون یک داروی ضد افسردگی با خواص محرک است که برای بیماران کناره‌گیر و بی‌انرژی می‌تواند اثربخشی خوبی داشته باشد. از عوارض آن کاهش آستانه تشنج است. به همین سبب در بیماری که احتمال تشنج وجود دارد (مانند سابقه ضربه به سر و یا مصرف دوز کامل داروی ضد ویروس ریتوناویر) منع مصرف دارد. در صورتی که بیمار عامل خطر ساز دیگری برای تشنج نداشته باشد، می‌توان همراه با دوزهای پایین ریتوناویر، نلفیناویر و افویرنز، از دوز پایین بوپروپیون (کمتر از ۲۰۰ میلی گرم) استفاده کرد.

ونلافاکسین به علت تمایل کمتر به ایزوآنزیم‌های سیتوکروم P450 تداخل دارویی کمتری دارد. با این وجود، یک مطالعات کنترل نشده نشان داده است که مصرف همزمان آن با ایندیناویر

(indiravir) باعث کاهش سطح خونی ایندیناویر می‌شود.

داروهای محرک (Psychostimulants) هم برای درمان افسردگی در بیماران HIV و ایدز استفاده می‌شوند. از میان آنها متیل فنیدیت و دکستروآمفتامین مورد مطالعه قرار گرفته است که مشخص شده است که اثرات وسیعی در بهبود افسردگی به همراه مشکلات شناختی دارد. اثرات درمانی داروهای محرک، سریع و بعد از چند ساعت از مصرف دارو ظاهر می‌شوند و اشتهای پایین و اختلال شناختی و کندی سایکوموتور از اولین علائمی هستند که با این داروها بهبود می‌یابند.

هیپوگنادیسم در بیماران دارای HIV و ایدز شایع است. تستوسترون برای درمان افسردگی در این بیماران آزمایش شده است که در ۸۰٪ افراد با افسردگی متوسط مؤثر بوده است. پاسخ درمانی بیماران به تستوسترون به سطح تستوسترون پایه ارتباطی ندارد.

درمان غیردارویی افسردگی در بیماران HIV مثبت

مداخلات روان‌درمانی شدت افسردگی را در بیماران HIV کاهش می‌دهند. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که روان‌درمان شناختی-رفتاری در بیماران HIV مثبت در درمان MDD مؤثر است، باعث کاهش خطر عود می‌شود و پذیرش بیماران را نیز برای درمان HAART افزایش می‌دهد. همچنین در بیمارانی که بیش از ۱ سال تحت درمان با روان‌درمانی شناختی رفتاری بوده‌اند، اثر مثبتی بر روی سیستم ایمنی گزارش شده است. در این مطالعه مدیریت استرس منجر به بهبود علائم افسردگی و تغییر در احساس کسالت و ملال بیماران شد، و مردان شرکت کننده در این مداخله در حفظ موقعیت روانی-اجتماعی خود موفق‌تر بودند (Carrico, 2005).

روان‌درمانی بین فردی (Interpersonal psychotherapy) نیز در این بیماران اثر مثبت دارد این درمان برای کسانی که به تازگی HIV مثبت و یا مبتلا به ایدز شده‌اند و یا به تازگی بیماری آنها پیشرفت کرده است پیشنهاد می‌شود و به طور موفقیت‌آمیزی مشکلاتی مانند سوگ، تغییراتی که بعد از بیماری در زندگی بیمار ایجاد می‌شوند و تغییرات نقش بیمار (که در مواجهه با HIV در بیمار ایجاد می‌شود) را بهبود می‌بخشد.

درمان حمایتی نیز در درمان افسردگی بیماران HIV مثبت استفاده شده است. این نوع درمان مکانیسم‌های مقابله‌ای را در زمان استرس تقویت می‌کند. مداخلات روانی-اجتماعی و گروه‌های حمایتی را نیز در درمان بیماران HIV مثبت و ایدز نباید نادیده گرفت.

نکات مهم بالینی این بخش

- ✓ اختلالات افسردگی در مراحل مختلف HIV و ایدز شیوع زیادی دارند و شایعترین علت ارجاع بیماران به روانپزشک را تشکیل می‌دهند.
- ✓ افسردگی علاوه بر دیسترس و ناراحتی فردی بر همکاری درمانی (Adherence) بیماران اثر می‌گذارد.
- ✓ در ابتدای سیر HIV مهمترین دلیل احساس خستگی و ضعف افسردگی است.
- ✓ در مواجهه با بیمار افسرده به همراه HIV لازم است بررسی‌های کامل از نظر دیگر بیماری‌های طبی همراه انجام شود.
- ✓ تابلوی بالینی افسردگی در این بیماران تفاوت زیادی با تابلوی افسردگی در جمعیت عمومی ندارد.
- ✓ علائم تحت بالینی (Subsyndromal) نیز ممکن است اهمیت زیادی داشته باشند و باید درمان شوند.
- ✓ درمان‌های ضد افسردگی دارویی و مداخلات غیر دارویی برای درمان افسردگی بیماران HIV مثبت مؤثر هستند.
- ✓ در تجویز درمان‌های دارویی عوارض دارویی باید به دقت مورد نظر قرار گیرد.
- ✓ سیتالوپرام و میرتازاپین از داروهای مناسب برای درمان دارویی این بیماران هستند.

- Cohen, M.A., Jack, M., Gorman, (2008). *COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF AIDS PSYCHIATRY*, Oxford University press.
-
- Citron, K., Brouillette, M., Beckett, A., (2005). *HIV and Psychiatry Training and Resource Manual*, Cambridge university press
- press.
- **Tate, D., Paul, R. H., Flanigan, T. P., Tashima, K., Nash, J., Adair, C., Boland, R., & Cogen, R. A., (2003). The impact of apathy and depression on quality of life in patients infected with HIV. *AIDS Patient Care STDS. 17(3): 115-20.***
- Seth, R., Granville-Grossman, K., Goldmeier, D., Lynch, S., (1991). Psychiatric illnesses in patients with HIV infection and AIDS referred to the liaison psychiatrist. *Br J Psychiatry. 159: 347-350.*
- Rabkin, J. G., Johnson, J., Lin, S. H., Lipsitz, J. D., Remien, R. H., Williams, J. B., & Gorman, J. M., (1997). Psychopathology in male and female HIV-positive and negative injecting drug users: longitudinal course over 3 years. *AIDS. 11(4):507-515.*
- Cruess, D. G., Douglas, S. D., Petitto, J. M., Have, T. T., Gettes, D., Dube, B., Cary, M., & Evans, D. L. (2005). Association of resolution of major depression with increased natural killer cell activity among HIV-seropositive women. *Am J Psychiatry. 162(11): 2125-2130.*
- Laskus, T., Radkowski, M., Adair, D. M., Wilkinson, J., Scheck, A. C., & Rakela, J. (2005). Emerging evidence of hepatitis C virus neuroinvasion. *AIDS. 19: S140-S144.*
- Laguno, M., Blanch, J., Murillas, J., Blanco, J. L., Leon, A., Lonca, M., Larrousse, M., Biglia, A., Martinez, E., Garcia, F., Miro, J. M., de Pablo, J., Gatell, J. M., & Mallolas, J. (2004). Depressive symptoms after initiation of interferon therapy in human immunodeficiency virus-infected patients with chronic hepatitis C. *Antivir Ther. 9 (6): 905-909.*
- Carrico, A. W., Antoni, M. H., Pereira, D. B., Fletcher, M. A., Klimas, N., Lechner, S. C., & Schneiderman, N. (2005). Cognitive behavioral stress management effects on mood, social support, and a marker of antiviral immunity are maintained up to 1 year in HIV-infected gay men. *Int J Behav Med. 12 (4): 218-226.*

خودکشی در
HIV/UNAIDS

زندگی با HIV/AIDS بسیار دشوار و غالباً غیرقابل تحمل است. بعد از به وجود آمدن درمان مؤثر با داروهای آنتی‌رتروویرال میزان مرگ و میر افراد مبتلا به HIV در کشورهایی که به این درمان دسترسی داشته‌اند کاهش یافته است ولی اضافه شدن بیماری‌های همراه روانپزشکی و مسائل دیگری مانند استیگما و تبعیض باعث افزایش و تداوم مشکلات بیماران شده است.

معمولاً عوامل متعددی در خودکشی نقش دارند و برای پیشگیری از اقدام به خودکشی به بررسی همه جانبه نیاز است. خودکشی معمولاً قابل پیشگیری است، حتی وقتی ناامیدی بیماران بسیار محسوس، فراگیر و ادامه‌دار است. با شناسایی فاکتورهای روانی اجتماعی تهدید کننده، پزشکان قادر خواهند بود سرمنشاء باور خودکشی بیمار را کشف و با کاهش ناراحتی و مشکلات بیمار از اقدام به خودکشی و آسیب به خود جلوگیری کنند.

وضعیت HIV مثبت و بیماری AIDS فاکتورهای خطر غیر وابسته برای خودکشی به شمار می‌روند. بیماران HIV مثبت با بیماری‌های همراه روانپزشکی یا جسمی در معرض خطر بالاتری برای اقدام به خودکشی و مرگ ناشی از آن هستند. درصد بزرگی از بیماران HIV مثبت افکار مکرر خودکشی دارند و اگرچه خودکشی موفق در جمعیت عمومی از نظر آماری اقدامی نادر است ولی بیماران HIV مثبت عموماً افکار خودکشی را با رفتارهای خودکشی عملی می‌کنند و تعداد قابل توجهی از آنها به زندگی خود خاتمه می‌دهند.

برای مراقبت از بیمارانی که افکار خودکشی دارند مداخله وسیعی در روابط بیمار با دیگران و اعضای خانواده و همچنین رابطه وی با پزشک معالج نیاز است. رفتارهای خودکشی در این بیماران یک اورژانس روانپزشکی است و احتیاج به مداخله وسیع روانپزشکی به صورت سرپایی یا بستری دارد و پزشک باید مهارت کامل را در بررسی و درمان این نوع بیماران داشته باشد.

در این فصل ابتدا به شیوع خودکشی در بیماران HIV مثبت و ایدز و فاکتورهای مستعدکننده و تسریع‌کننده خودکشی در این بیماران اشاره خواهیم کرد و با استفاده از پروفایل روانی اجتماعی بیماران HIV مثبتی که خودکشی نکرده‌اند، فاکتورهای محافظت‌کننده از خودکشی را در آنها را شرح خواهیم داد. سپس به شرح سایکودینامیک خودکشی می‌پردازیم و در انتها پیشگیری از خودکشی و استراتژی‌های مهم درمانی در بیماران با افکار و رفتارهای خودکشی بیان خواهد شد.

همه گیر شناسی

اپیدمیولوژی خودکشی در بیماران HIV مثبت بسیار پیچیده است. برای به دست آوردن شیوع تقریبی رفتارهای خودکشی و خودکشی موفق به مطالعه جوامع مختلف نیاز است. به علاوه خودکشی

در بیماران HIV مثبت در یک نقطه خاص از جهان کمتر گزارش می‌شود و چون بیشتر مرگ‌ها، ناشی از overdose داروها و مواد است این رفتارها و مرگ‌ها اغلب تحت عنوان مرگ‌های تصادفی گزارش می‌شوند. این گونه موارد بیشتر به علت تزریق داخل وریدی مواد است و فرد این روش را برای پایان دادن به زندگی خود انتخاب کرده است. تزریق داخل وریدی مواد یک راه معمول خودکشی موفق در بیماران HIV مثبت و ایدز است. بنابراین میزان واقعی خودکشی بالاتر از آن چیزی است که به علت مرگ تصادفی و خودکشی به علت overdose دارو گزارش می‌شود.

این قسمت به خلاصه‌ای از اپیدمیولوژی خودکشی در جمعیت عمومی، بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی و بیماران HIV مثبت با یا بدون همبودی‌های روانپزشکی می‌پردازد.

میزان خودکشی در جمعیت عمومی در کشورهای مختلف متفاوت است و همچنین این میزان در جمعیت‌های مهاجر که از نظر سطح فرهنگی در جایگاه متفاوتی از جمعیت آن کشور هستند نیز تفاوت دارد. تقریباً یک نفر از هر ۱ میلیون نفر در سطح جهان سالانه به علت خودکشی جان خود را از دست می‌دهد. آمار خودکشی در جهان در کشورهای اروپای شرقی بیشتر است و نرخ آن بالغ بر ۲۷ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد. در ایالات متحده آمریکا این میزان در حد متوسط است و حدود ۱۱ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر و در کشورهای آمریکای لاتین این میزان پایین و در حدود ۶/۵ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر می‌باشد (مان^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). معمولاً میزان خودکشی در جمعیت‌های مهاجر هر کشور تقریباً به اندازه جمعیت کشور مبدأ است ولی اگر فرهنگ‌پذیری اتفاق بیفتد این میزان بسته به شرایط کشور مقصد و موطن اصلی، ممکن است کاهش و یا افزایش یابد (مالنفانت، ۲۰۰۴^۲).

تخمین زده شده است که حدود ۹۸ درصد افرادی که به علت خودکشی جان خود را از دست می‌دهند دارای بیماری‌های روان‌پزشکی و یا طبی هستند (مان، ۲۰۰۵). در حالی که اختلالات روانپزشکی شدیداً احتمال خودکشی را بالا می‌برند، بیماری‌های طبی مزمن نیز بطور غیروابسته با افزایش شیوع خودکشی مرتبط هستند.

از بین بیماری‌های روان‌پزشکی که با شیوع بالای خودکشی همراه می‌توان از اختلالات خلقی نام برد که حدود ۶۰ درصد علت خودکشی‌ها را شامل می‌شوند. همچنین سوء مصرف و وابستگی به الکل علت بیش از ۳۵ درصد خودکشی‌های کامل را به خود اختصاص می‌دهند (گوز^۳ و رابینز، ۱۹۷۰^۴؛ پیرکولا^۵ و همکاران، ۲۰۰۰). بالغ بر ۱۳ درصد از موارد خودکشی در بیماران مبتلا به

¹ - Mann
² - Malenfant
³ - Guze
⁴ - Robins
⁵ - Pirkola

اختلال اسکیزوفرنیا دیده شده است (پمپیلی،^۱ ۲۰۰۴). افراد دارای اختلال شخصیت مرزی، تزریق داخل وریدی مواد و مبتلایان به دمانس و دلیریوم هم میزان بالاتری از خودکشی نسبت به جمعیت عادی دارند.

اختلالات طبی نظیر بیماری هانتینگتون، بیماری‌های کلیوی در مرحله انتهایی، بیماری‌های تنفسی، لوپوس اریتماتوی سیستمیک و سرطان‌های خاص مانند سرطان‌های سر و گردن، ملانوم و تومور پانکراس نیز بطور غیر وابسته باعث افزایش خطر خودکشی می‌شوند. شیوع همبودی‌های روانپزشکی در این بیماریها بالاتر از سایر بیماریها است.

در مطالعات اپیدمیولوژیک در آمریکا که در بین بیماری‌های طبی انجام شده است بین خودکشی و عفونت مثبت HIV یک ارتباط دیده شده است. بعلاوه در اتوپسی بیماران HIV مثبتی که به علت خودکشی فوت کرده‌اند یک ارتباط غیر وابسته بین خودکشی و عفونت بدست آمده است. حتی بعد از درمان HAART که میزان ناتوانی و مرگ و میر مبتلایان به بیماری ایدز را کاهش می‌دهد در آمریکا، استرالیا و فرانسه میزان خودکشی در بیماران HIV مثبت و ایدز همچنان در حال افزایش است.

در یک مطالعه در شهر نیویورک ۶۳ درصد افراد HIV مثبت در زمان انجام مطالعه و یا در گذشته افکار خودکشی داشتند (گیل،^۲ ۱۹۹۸). در یک مطالعه کوهورت ۱۷ درصد همجنس‌بازان HIV مثبت افکار شدید خودکشی و برنامه برای پایان دادن به زندگی خود داشتند (گویین،^۳ ۲۰۰۰). در یک جمعیت کوچک روستایی در آمریکا ۳۸ درصد افراد HIV مثبت در طول ۱ هفته قبل از مطالعه افکار خودکشی داشتند (هکان و همکاران، ۲۰۰۲) و همین طور ۲۷ درصد افراد میانسال و پیر که آلوده به عفونت HIV بودند. در یک بیمارستان عمومی در نیویورک حدود ۱ نفر از هر ۵ نفر بیمار HIV مثبت افکار خودکشی را ذکر می‌کردند (آلفونز^۴ و همکاران، ۱۹۹۴) و در یک بررسی دیگر در ۲۷/۱ درصد و ۶/۳ درصد بیماران افکار خودکشی ۱ هفته و ۲ ماه بعد از اطلاع بیمار از بیماری وجود داشته‌اند (پلری،^۵ ۱۹۹۰)

سبب شناسی فاکتورهای مستعدکننده خودکشی

در خودکشی، فاکتورهای مستعدکننده اثر تجمعی و افزایشنده دارند، بسیار متنوع هستند و می‌توانند

¹ - Pomplilie

² - Gil

³ - Goggin

⁴ - Alfonse

⁵ - Pelry

زیستی، روانشناختی، اجتماعی و فرهنگی باشند. در این قسمت ما عواملی را که با خودکشی کامل در بیماران HIV مثبت و ایدز ارتباط دارند توضیح خواهیم داد:

عوامل جمعیت شناختی در بیمارانی که به علت خودکشی جان خود را از دست داده‌اند بسیار متنوعند. در جمعیت عمومی از نظر آماری خودکشی در میان مردان سه برابر شایع‌تر از زنان است (مکینتوش^۱، ۲۰۰۳). در بیمارانی که HIV مثبت هستند و یا ایدز دارند به طور مشخص زنان بیشتر در معرض خطر اقدام به خودکشی و مرگ و میر ناشی از آن قرار دارند. اگرچه در جمعیت عمومی خودکشی در اوایل سالمندی در مردان و در اوج میانسالی در زنان بیشترین میزان خود را دارد و سپس شروع به کاهش می‌کند، در افراد HIV مثبت خودکشی در هر زمانی از تشخیص بیماری و در عفونت شدید ممکن است اتفاق بیافتد. در حقیقت پزشکان در اروپا، آسیا و آمریکا معتقدند که خودکشی در افراد HIV مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز یک توزیع دوسویه دارد: یک اوج آن وقتی است که بیماری تازه تشخیص داده می‌شود و بیمار به تازگی متوجه ابتلا خود به HIV شده است و یک اوج دیگر آن وقتی است که بیماری ایدز به مراحل پیشرفته و آخر خود رسیده است.

در حالی که در آمریکا در جمعیت عمومی بیشتر خودکشی‌های کامل در مردان مسن قفقازی است مطالعات در شهر نیویورک نشان داده‌اند که در بیماران HIV مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز خودکشی در مردان آمریکایی و آفریقایی و در سنین حوالی میانسالی بیشتر است (مارکوز^۲ و همکاران، ۱۹۹۷).

سابقه خانوادگی اقدام به خودکشی بزرگترین فاکتور مستعدکننده برای خودکشی در بیماران HIV مثبت و ایدز است. بیمارانی که سابقه تروماهای دوران کودکی با یا بدون تشخیص اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) دارند نیز در معرض خودکشی هستند. خطر خودکشی در داغ‌دیدگی و سوگ، در سالگرد فوت عزیزان و در غم روزهای تعطیل بالا می‌رود. اقدام به خودکشی هنگامی که افراد دارای حمایت اجتماعی کم و ضعیف هستند، ارتباطات خانوادگی مختل و یا محیط اجتماعی محدود دارند زیاد می‌شود. در یک بررسی مشخص شد که این عوامل باعث افزایش رفتارهای خودکشی در افرادی که HIV مثبت هستند می‌شود (کالیچمن^۳، ۲۰۰۰). مطالعات دیگر نشان داده‌اند که وقتی بیماران مبتلا به HIV احساس کنند که باری بر روی همسر و فرزندان خود هستند خطر خودکشی در آنها افزایش پیدا می‌کند (چاندر^۴، ۱۹۹۸).

هم‌ابتلائی بیماری‌های طبی در افراد HIV مثبت می‌تواند عامل تسریع‌کننده افکار و رفتارهای

¹- Macintosh

²- Marzok

³- Kalichman

⁴- Chandra

خودکشی باشد. دردهای نوروپاتیک، خارش مقاوم، سسکه مقاوم، بی‌خوابی، تنگی نفس، تهوع و استفراغ، اسهال‌های مقاوم، گرسنگی شدید، کوری، اختلال در سیستم حرکتی و فلج ممکن است در احساس ناامیدی دخیل باشند و فرد را به سوی خودکشی هدایت کنند. بنابراین برای افراد HIV مثبت و یا مبتلایان به ایدز دریافت درمان HAART و نیز درمان مؤثر و مناسب عفونت‌ها بسیار مهم است تا زندگی با سلامت و طول عمر بیشتری را تجربه کنند.

در بیماران HIV مثبت افزایش سن باعث ایجاد بیماری‌های مزمن می‌گردد که همین موضوع باعث افزایش شیوع خودکشی و بدتر شدن پیش‌آگهی بیماران HIV مثبت و مبتلا به ایدز می‌شود. امروزه با درمان دارویی آنتی‌رتروویرال تعداد افرادی که با HIV به زندگی ادامه می‌دهند افزایش یافته است. بالاتر رفتن سن یک فاکتور تشدیدکننده خودکشی و افسردگی در بیماران است که با HIV زندگی می‌کنند. با مسن‌تر شدن بیماران، استیگما، تنهایی، کاهش حمایت اجتماعی، تغییرات نورولوژیک، خستگی و استرس‌های شغلی همگی باعث افزایش افکار خودکشی و افسردگی می‌گردند. در یک بررسی روی ۱۷۲ بیمار مسن HIV مثبت، ۲۵ درصد افراد، در طول زندگی خود اقدام به خودکشی داشتند و ۱۷ درصد آنها از ۶ ماه قبل افکار خودکشی را ذکر کردند (داوید^۱ و همکاران، ۲۰۰۸)

همبودی‌های روانپزشکی با افزایش خطر خودکشی در بیماران HIV مثبت ارتباط دارد که شامل انواع اختلالات روانپزشکی، علائم روانی زیر آستانه‌ای، عوارض دارویی و حالات عاطفی منفی است. افزایش میزان خودکشی در بیماران HIV مثبت که همبودی‌های افسردگی، داغدیدگی، اختلال استرس پس از سانحه، اسکیزوفرنیا و دیگر اختلالات سایکوتیک، اختلالات شخصیت، سوء استفاده از مواد، دمانس و دلیریوم را دارند گزارش شده است.

بررسی‌های کلینیکی در حال حاضر ارتباط قوی بین خودکشی و همبودی اختلال افسردگی اساسی (MDD) و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) در بیماران HIV مثبت را گزارش کرده‌اند (شیر^۲، ۲۰۰۵). حتی افکار با محتوای افسردگی و احساس گناه، عصبانیت، ترس و شرم خطر خودکشی را در بیماران HIV مثبت بالا می‌برند (کومر^۳ و همکاران، ۲۰۰۴). در یک بررسی در چین ۷۲ درصد بیماران HIV مثبت در مقابل ۴ درصد بیماران HIV منفی در طول زندگی خود مبتلا به MDD را گزارش کردند. ۷۵٪ بیماران HIV مثبت افکاری درباره مرگ را ذکر می‌کردند و ۵۷ درصد در زمان خلق پایین افکار خودکشی داشتند، ۲۹ درصد یک برنامه برای خودکشی داشتند و ۳۶ درصد

¹ - David
² - Sher
³ - Kumar

این افراد اقدام به خودکشی کرده بودند (هاوجین و همکاران، ۲۰۰۶).

در خودکشی اختلال عملکرد سروتونین وجود دارد و سطح 5HIAA (۵ هیدروکسی ایندول استیک اسید) که متابولیت سروتونین است در مایع مغزی نخاعی افراد HIV مثبت پایین تر از نرمال است. این مطلب نشان می دهد که ویروس HIV میزان تولید سروتونین مغز را تغییر می دهد (کومر و همکاران، ۲۰۰۱).

عدم کنترل تکانه و مهار گسیختگی رفتاری، رفتارهای خودکشی را تسریع می کنند که خود این موارد می توانند به علت ترک الکل و اپیوئید و یا به علت دمانس ناشی از عفونت HIV باشند. همین طور سابقه بیماری های روانپزشکی و رفتارهای خود آسیب رسان قبلی جدای از عفونت HIV باعث افزایش اقدام به خودکشی در بیماران تزریق کننده مواد خواهد شد (گالا^۱ و همکاران، ۱۹۹۲)

عوارض دارویی نظیر آکاتزیای ثانویه به مصرف آریپیپرازول، فلوفازین و ریسپریدون و دیسفوری ثانویه به اینترفرون آلفا با رفتارهای خودکشی در بیماران HIV مثبت که همبودی های روانپزشکی و طبی دارند و تحت درمان با این داروها هستند ارتباط دارد.

حوادث استرس آمیز زندگی و حمایت های اجتماعی ضعیف نیز باعث افزایش خطر خودکشی در این بیماران می گردند.

افرادی که به تازگی عفونت HIV در آنها تشخیص داده می شود و کسانی که وضعیت سیستم ایمنی آنها در طول بیماری تغییر می کند نیز در معرض خطر بالاتر خودکشی قرار دارند. بالا رفتن بار ویروسی و کاهش تعداد CD4 های خون می تواند تسریع کننده اقدام به خودکشی باشد. حتی با وجودی که به بیمار اطمینان دهیم که با تغییر رژیم دارویی می توان وضعیت سیستم ایمنی را بهبود بخشید نیز میزان خطر خودکشی در این افراد همچنان بالا باقی می ماند.

باور بیمار به کشنده بودن بیماری یک عامل مستعدکننده جهت افزایش اقدام به خودکشی است و همین امر باعث می شود که افراد HIV مثبت در خطر بالاتری برای صدمه زدن به خود قرار داشته باشند.

بطور خلاصه خطر رفتارهای خود آسیب رسان در افرادی که قبل از عفونت HIV، دارای سابقه رفتارهای این چنینی بوده اند و افرادی که سابقه بیماری های روانپزشکی بخصوص افسردگی، سوء مصرف مواد و اختلالات شخصیت دارند بسیار جدی است.

افزایش خطر رفتارهای خود آسیب رسان در دو مرحله بیشتر مورد توجه است: (۱) بلافاصله پس از تشخیص عفونت HIV. خصوصاً اگر غیرمنتظره و یا فرد بی علامت باشد. (۲) در عفونت فعال

^۱ - Gala

HIV خصوصاً اگر بیمار با یک مشکل سلامتی جدی و شدید و یا با عوارض دارویی مواجه شده باشد. از لحاظ بالینی، هر بحرانی که باعث پیشرفت بیماری شود بالقوه خطرناک است و ممکن است باعث اقدام فرد برای خاتمه دادن به زندگی شود. با این حال، عفونت HIV ممکن است فقط یک مورد از عوامل بسیاری باشد که باعث افزایش رفتارهای پرخطر آسیب به خود می‌شوند. فاکتورهای دیگر عبارتند از: مشکلات ارتباطی شامل جدائی‌ها، مشکلات کاری و شغلی، مشکلات انطباق با طول عمر و سوگ.

از نظر روانشناختی، افکار خودکشی برای فرد دریچه امنی ایجاد می‌کنند که بتواند بین موقعیت حال و آنچه در آینده اتفاق خواهد افتاد تنفس (مکث) کند. در واقع خودکشی بهبود دادن احساس کنترل خود و یا پیدا کردن راهی برای آزادی از شرایط غیرقابل تحمل است. در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۱ که علل اوتانازی را در بیماران HIV مثبت بررسی کرده است، شرکت‌کننده‌ها دو فاکتور را به عنوان عوامل انتخاب اوتانازی و خودکشی با کمک پزشک^۱ مطرح کردند: از دست رفتن یکپارچگی خود به علت بیماری و نداشتن عملکرد مناسب و طرد شدن از جامعه که باعث از بین رفتن روابط اجتماعی آنها شده است. در این بررسی ۶۳ درصد افراد موافق اوتانازی، ۲۸ درصد مردد و ۹ درصد کاملاً مخالف بودند (جیمز^۲ و همکاران، ۲۰۰۱). اقدام به خودکشی حتی وقتی که افراد از مکانیسم‌های مقابله‌ای برای مقابله با افکار و رفتارهای خودکشی استفاده می‌کنند نیز می‌تواند اتفاق بیفتد.

عوامل محافظت‌کننده در برابر خودکشی بیماران HIV مثبت و ایدز

روان‌درمانی گروهی و به اشتراک گذاشتن تجربیات بیماران HIV مثبت و مبتلایان به بیماری ایدز می‌تواند از رفتارهای خود آزاری و آسیب زننده در این اشخاص پیشگیری کند. دادن انگیزه به بیماران جهت کاهش منفعل بودن، ارائه اطلاعات صحیح به بیمار برای ایجاد درک درست از بیماری، انکار در حدی که باعث عدم پذیرش درمان دارویی نگردد، داشتن حمایت اجتماعی مناسب و خوش بینی به عنوان فاکتورهای محافظت‌کننده در برابر خودکشی محسوب می‌گردند.

مطالعه بر روی بیماران روانپزشکی و نیز بیماران HIV مثبتی که افکار خودکشی ندارند نشان داده است که طول عمر این افراد طول نسبت به افراد دارای افکار خودکشی بیشتر است. متغیرهای سایکوسوشیال نیز عوامل مهمی در پیشگیری از رفتارهای خودکشی به شمار می‌روند. محققینی که بر روی خودکشی مطالعه می‌کنند عواملی را به عنوان عوامل پیشگیری‌کننده‌ی

^۱- Physician assisted suicide

^۲- Jamesv

خودکشی در افراد HIV مثبت و ایدز پیدا کرده‌اند. در حالی که اقدام قبلی خودکشی و ناامیدی یک عامل بسیار قوی در خودکشی کامل و مرگ به علت خودکشی است، احساس مسئولیت فرد نسبت به خانواده، مهارت‌های مقابله‌ای مناسب و ترس از مردن و طرد شدن از اجتماع جزء عوامل محافظت‌کننده از خودکشی به شمار می‌روند (مالون^۱ و همکاران، ۲۰۰۱).

مطالعات طولانی مدت در نیویورک نشان داده است که داشتن سطح بالایی از امید، پایین بودن سطوح دیسترس، فقدان علایم افسردگی و داشتن ذخایر سایکوسوشیال غنی و همچنین امید به طول عمر زیاد از جمله عوامل محافظت‌کننده در برابر خودکشی محسوب می‌گردند (رابکین^۲، ۱۹۹۸). بررسی دیگری نشان داده است که تفکر عمیق، اعتماد به نفس بالا، استفاده از مکانیسم‌های مقابله‌ای کارآمد به طور مؤثری باعث افزایش طول عمر بیماران HIV مثبت و ایدز می‌گردند که این امر در زنان به اندازه بالا رفتن CD4ها و کاهش بار ویروس در افزایش طول عمر بیماران موثر است. در این مطالعات به روان‌درمانی در بیماران HIV مثبت و ایدز بسیار تأکید شده است (سلیرث^۳ و همکاران، ۲۰۰۳).

سایکودینامیک خودکشی در بیماران HIV مثبت و ایدز

اگرچه انواع متنوعی از فرمول‌های سایکودینامیک برای افراد مبتلا به HIV مطرح شده‌اند ولی شرایط زندگی نیز می‌تواند بر روی رفتارهای افراد تأثیر بگذارد بطوری که آنها نتوانند با محیط دینامیک زندگی خود هماهنگی برقرار کنند.

زیگموند فروید و کارل آبراهام از اولین کسانی بودند که در مورد دینامیک خودکشی مطالبی را عنوان کردند. آنها فقدان، سوگ و افسردگی را از عوامل دینامیک خودکشی مطرح می‌دانستند. آنها معتقد بودند که افسردگی اغلب بعد از یک فقدان حقیقی و یا خیالی بوجود می‌آید و فرد همزمان هم به سوژه مورد فقدان وابستگی عاطفی دارد و هم از او خشمگین است و در نهایت خشم نسبت به عزیز از دست رفته به سوی خود فرد برگشت داده شده و فرد را مستعد خشونت نسبت به خود می‌کند. به اعتقاد آنان خودکشی می‌تواند به طور نمادین نقش یک پالایش روانی را برای رهایی از خشم و غم بازی کند. بنابراین رفتارهای خودکشی هیچ‌گاه تصادفی نیستند، موقعیت‌های تحمل‌ناپذیر باعث ایجاد استرس غیر قابل تحمل می‌شوند و خودکشی به عنوان راهی برای فرار از این موقعیت‌های رنج‌آور به شمار می‌رود.

¹ - Malon

² - Rabkin

³ - Cleirgh

افراد خودکشی کننده که HIV مثبت هستند و یا ایدز دارند، اغلب به علت عاطفه منفی خود به ستوه آمده‌اند و احساس شرم، غم، خشم، گناه، اضطراب و ناامیدی می‌کنند. این افراد واقعاً چیز خوشایندی نمی‌بینند و هیچ راهی برای رهایی از رنج خود پیدا نمی‌کنند. و این درد روانی غیر قابل تحمل در مقطعی از زندگی باعث می‌شود که آنها به زندگی خود خاتمه دهند.

دیگر فاکتورهای دینامیکی که باعث صدمه به خود در بیماران می‌شود تعارض‌هایی است که به اتونومی افراد صدمه وارد می‌کنند و باعث وابستگی بسیار تحمل‌ناپذیر در آنها می‌گردند. افرادی که بیماری‌های مزمن طبی و غیر قابل علاج دارند همواره می‌ترسند که مبادا کنترل خود را از دست بدهند و عملکرد اعضای بدنشان از دست برود و همین امر باعث مردم‌گریزی و بی‌ارزشی نسبت به زندگی در این افراد می‌گردد. بعلاوه تعارضات بین فردی و عدم توانایی در جلب اعتماد دیگران و عدم دریافت کمک باعث افزایش رنج و ناراحتی و ایجاد ضعف و افسردگی در این افراد می‌گردد. در این افراد اقدام به خودکشی جایگزین بهتری از تکیه کردن به دیگران است.

عوامل دینامیک اجتماعی که افراد را وادار می‌کنند به زندگی‌شان خاتمه دهند استیگما و تبعیض است. افراد HIV مثبت و مبتلایان به ایدز اغلب از احساس گناه و شرم شکایت دارند، نگرش اجتماعی به سمت آنان منفی است و در اجتماع مظلوم واقع می‌شوند که همین امر باعث تسریع عاطفه منفی در این افراد می‌گردد و در آنها ایجاد ناامیدی و یاس می‌کند و باعث افزایش رفتارهای خودکشی می‌گردد.

افراد خودکشی کننده با سابقه سوء مصرف الکل و داروهای غیر قانونی از اجتماع و خانواده خود کناره‌گیری می‌کنند و تنها می‌شوند و برای فرار از ناامیدی فزاینده، تنهایی و یأس خود راهی جز خودکشی جلوی خود نمی‌بینند.

افراد HIV مثبت با سابقه ترومای دوران کودکی با یا بدون تشخیص PTSD احساس می‌کنند که آینده بسیار کوتاه است. این افراد نیز در معرض خطر خودکشی هستند. دینامیک PTSD بسیار پیچیده است و فهم آن ضروری است و درمان غیردارویی و روان‌درمانی در این بیماران بسیار لازم و ضروری است.

نکته آخر اینکه، برای فهم دینامیک خودکشی، هر فردی را باید با توجه به تجربیات زندگی خودش مورد بررسی قرار داد. بنابراین بررسی فقدانها، تعارضات فردی و بین فردی، خشم‌ها، غم‌ها و تنهایی‌ها همگی در برخورد با خودکشی مفید هستند.

چگونگی ارزیابی خودکشی

زمان برای ارزیابی بیماران با افکار خودکشی بسیار مهم است. ارزیابی روانپزشکی بیماری که افکار خودکشی دارد باید:

- بسیار عینی باشد.
 - منشأ عمل آنها را قابل درک کند و توضیح دهد.
 - درجه و شدت تمایل به خودکشی و زمان اقدام را روشن کند.
 - خطر آنی خودکشی و یا آسیب به خود در آینده را آشکار کند.
 - بیماران با بیماری‌های روانپزشکی را درمان کند.
 - مشکلات حاد در حال حاضر را مشخص کند.
 - کمک‌های در دسترس را که بتوان در آینده از آنها استفاده کرد مشخص کند.
- پزشکان باید بیمار را تشویق کنند تا در مورد جزئیات حوادثی که باعث خودکشی شده‌اند و محیط رنج‌آوری که در عمل به رفتارهای آسیب‌زننده نقش داشته‌اند حرف بزنند. این امر می‌تواند سرآغاز راهی باشد که به فرد کمک کند مشکلات و عوامل خطر را بشناسند و بدانند که به غیر از ابتلا به HIV عوامل دیگری هم ممکن است در حال سوق دادن او به سوی خودکشی باشند. پس شناخت موضوعات مرتبط با HIV که باعث عمل به خودکشی می‌شوند هم برای بیمار و هم برای درمانگر او مهم است.

مشخص کردن شدت تمایل به خودکشی

پزشک باید کنکاش کند که آیا بیمار اغلب احساس تنهایی می‌کند؟ چه انتظاری از خود دارد؟ آیا رفتارش برای خودکشی تکانشی است یا اینکه برنامه‌ریزی شده است؟ چه انتظاری از نتیجه عمل خود دارد؟ آیا قبل از خودکشی یادداشت نوشته است؟ آیا آرزوی مردن دارد؟ آیا برای آشکارنشدن افکار و برنامه خود تدابیری اندیشیده است؟

پزشک باید سوابق قبلی خودکشی در بیمار و اپیدمیولوژی خودکشی منطقه را بشناسد. تمایل فرد را برای خودکشی مشخص کند. شبکه اجتماعی و حمایت اجتماعی فرد را بشناسد. حتماً یک معاینه وضعیت روانی که خطر خودکشی را ارزیابی کند انجام دهد. با یک مصاحبه روانپزشکی دقیق و جامع بیماری‌های روانپزشکی همبود مانند افسردگی را کشف و در جهت درمان آن اقدام کند.

بعلاوه پزشک باید مشخص کند که آیا فردی که مشکلات روانپزشکی دارد در آینده احتیاج به کمک دارد؟ آیا احتیاج به درمان دارویی دارد؟ آیا احتیاج به بستری دارد؟ آیا فرد تمایل به بستری

دارد؟ اگر نه آیا می‌توان فرد را به صورت اجباری بستری کرد؟

ارزیابی جنبه‌های مختلف حمایت اجتماعی نیز به عنوان قسمتی از ارزیابی خودکشی هستند. برای

ارزیابی حمایت اجتماعی روانپزشک می‌تواند طبق مدل زیر عمل نماید:

- نظر بیمار برای دریافت حمایت اجتماعی از افرادی که در دسترسش هستند و در اطراف وی زندگی می‌کنند چیست؟ آیا به آن به عنوان یک عامل جهت پیشرفت درمان نگاه کند یا برعکس؟.

- شدت درگیر شدن با دوستان و اطرافیان و نحوه ارتباط بیمار با آنان چگونه است؟ آیا این امر باعث افزایش وابستگی به آنان و کاهش اتونومی بیمار شده است؟

- کیفیت گفتگو و ارتباط بین بیمار و مراقب‌هایش چگونه است؟

- بیمار چگونه کمک دریافت می‌کند و چگونه احساس نیاز خود را به اطرافیان بیان می‌کند؟ آیا بیمار احساس بی‌میلی و عصبانیت نسبت به زندگی دارد؟ و اگر دارد آیا این احساسات می‌توانند

او را به سمت افکار خودکشی هدایت کنند؟

- چه عواملی باعث می‌شوند که بیمار خانواده و دوستان خود را ترک کند؟ مثلاً آیا ممکن است بیمار از این که خانواده حمایت‌گر نداشته باشد بترسد؟ آیا ممکن است نگران باشد که فردی که

به طور موثری از او مراقبت می‌کند وجود نداشته باشد؟

روانپزشک باید رضایت بیمار از کیفیت زندگی‌اش و عواملی را که بر روی آن اثر می‌گذارند مشخص کند. مواردی که باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شوند و قابل برگشت هستند را مشخص

نماید. مواردی نظیر درد، بیماری‌های روانپزشکی، ترک خانواده و دوستان، تهوع، جدایی، ترس از زندگی پس از مرگ و راههای ممکن برای کاهش این ترس‌ها را پیدا کند و کمک کند که یک رابطه

خوب و اعتماد متقابل بین بیمار و خانواده، مراقب‌ها و درمانگر بیمار برقرار شود. در مراحل آخر بیماری درمانگر باید در مورد انتخاب روش درمانی و انجام کارهایی که می‌توانند درد و رنج او را

کاهش دهند به بیمار اطمینان دهد.

پیش‌آگهی خودکشی در افراد HIV مثبت و مبتلایان به ایدز

این بیماران مانند بقیه افرادی که بیماری‌های شدید و مزمن دارند ممکن است افکاری در رابطه با

خودکشی داشته باشند. آنها ممکن است دارای رفتارهای خودآسیب‌رسان باشند که آنان را در معرض خطر خودکشی قرار می‌دهد. این افکار و اعمال ممکن است با شدت دیسترس و افسردگی ارتباط

نداشته باشند و مثلاً فرد دارای اختلال افسردگی اساسی شدید باشد بدون اینکه دیسترس واضحی داشته باشد. در این موارد دخالت روانپزشکی اورژانس الزامی است.

درمان‌گران باید به خوبی افکار خودکشی را در فرد شناسایی کنند، خطر خودکشی و شدت آنرا ارزیابی و فرموله کنند و برنامه درمانی برای آن طرح ریزی نمایند. اغلب، اولین باری که بیماران درباره افکار خودکشی خود با پزشکان کلینیک HIV و یا پرستاران و پزشکان خانواده صحبت می‌کنند بسیار اهمیت دارد چرا که ممکن است تلویحی و غیر آشکار صحبت کنند. بنابراین مهم است که درمانگران خط اول که درباره بیماری‌های روانپزشکی تخصصی ندارند اطلاعاتی درباره خودکشی داشته باشند و آن را بشناسند و مهم تلقی کنند.

پایش افکار و احساسات منجر به خودکشی و کیفیت زندگی باید قسمتی از مراقبت‌های طولانی بیماران مبتلا به ایدز باشد که احتیاج به یک اعتماد متقابل بین بیمار و مراقب دارد. روانپزشکان باید قادر باشند که هر نوع فکر یا احساس منجر به خودکشی را در بیماران HIV مثبت و ایدز بشناسند و علایم شایع عفونت HIV، عوارض داروها، ترس‌ها و مشکلات اجتماعی بیمار را تشخیص دهند. بعضی بیماران HIV مثبت نیازمند سطح بالایی از اتونومی هستند و تمایل دارند که در مورد بیماری و تصمیمات درمانی اطلاعات داشته باشند. وقتی بیماران به مراحل پایانی بیماری می‌رسند، بیماران و پزشکان معالج آنها ممکن است در ادامه درمان فعال دارویی و اوتانازی تعارض پیدا کنند. آیا این خواست بیمار در قطع درمان را می‌توان برنامه‌ریزی جهت خودکشی تعریف کرد؟

استراتژی‌های پیشگیری از خودکشی

برای شروع پیشگیری از خودکشی ابتدا باید شرح حال کاملی از بیمار اخذ کرد. پزشکان احتیاج به یک محیط آرام و راحت جهت بررسی بیمار با افکار خودکشی دارند. واکنش‌های انتقال متقابل نقش بسیار مهمی در شروع رابطه درمانی و انجام یک مصاحبه خوب با بیمار دارند. احساسات افراد به یکدیگر قابل انتقال است و حتی یک فرد خودکشی کننده با ناامیدی بسیار زیاد در رابطه درمانی از درمانگر می‌تواند تاثیر بپذیرد و درمانگر می‌تواند با صحبت‌های خود به بیمار انگیزه لازم برای طلب کمک از دیگران را بدهد.

صحبت درباره افکار خودکشی و یا برنامه‌ی اقدام به آن، می‌تواند منجر به تغییر زیادی شود. گوش دادن همدلانه به بیماری که در بحران است می‌تواند ناامیدی او را کمتر کند و محرکی برای زندگی کردن باشد. یک شرح حال کامل خودکشی، باید شامل افکار و برنامه خودکشی در حال حاضر بوسیله سوال‌های باز و یا سوالات مستقیم باشد. چون اقدامات قبلی خودکشی و تنهایی همراه با ناامیدی زیاد فاکتورهای خطر قوی برای خودکشی در آینده می‌باشند، پزشک همیشه باید از اقدامات قبلی خودکشی و سابقه خودکشی در خانواده سؤال نماید. بعلاوه پزشک باید بیماری‌های

روانپزشکی مرتبط با افزایش خطر خودکشی را درمان و بیماران در معرض خطر را شناسایی کند. ضد افسردگی‌ها در بیماران افسرده و مضطربی که افکار خودکشی دارند مفیدند. مهم است که به آنان یادآوری کنیم که احساس بی‌لذتی و کندی روانی حرکتی جزء اولین علائمی هستند که با دارو بهبود می‌یابند اما ناامیدی، دیسفوری و رفتارهای خودکشی به زمان بیشتری جهت بهبودی نیاز دارند. رواندرمانی می‌تواند احساس بیگانگی از خود و تعارضات بین فردی را کاهش و احساس راحتی و اجتماعی بودن بیمار را افزایش دهد. رواندرمانی‌های مفید در این بیماران عبارتند از: رواندرمانی بین فردی (Interpersonal psychotherapy)، رواندرمانی شناختی رفتاری (Cognitive behavior therapy)، رواندرمانی تحلیلی (Psychodynamic psychotherapy) و رواندرمانی حمایتی (Supportive psychotherapy) که هر یک می‌توانند بصورت فردی یا گروهی اجرا شوند.

علائم جسمی بیماران نیز می‌توانند تسریع‌کننده مرگ بعد از خودکشی باشند. درمان علائم جسمی بیماران و کاهش طپش قلب و دردهای احشایی و نوروپاتی، خارش، اسهال، تهوع، استفراغ و گرسنگی می‌تواند باعث بهبودی بیمارانی که خودکشی کرده‌اند شوند.

در حال حاضر هیچ درمان خاصی برای خودکشی وجود ندارد فقط می‌توان از خودکشی پیشگیری کرد. ممکن است افراد HIV مثبت و مبتلایان به ایدز دارای افکار خودکشی گسترده باشند ولی درمان روانپزشکی دریافت نکرده باشند. هنگامی که این افراد با افکار و رفتارهای خودکشی مراجعه می‌کنند پزشک اولیه باید به مانند یک اورژانس با این افراد برخورد نماید و برای درمان آنان اقدام کند. در اغلب موارد بستری کردن این بیماران ضروری است.

چون افراد با افکار خودکشی در مورد اقدام خود مردد هستند و بین زنده بودن و مردن تردید دارند باید حتماً در مورد آنان با خانواده و محل کارشان صحبت کرد تا مراقبت‌های لازم از آنان به عمل آید.

دوستان و خانواده می‌توانند به عنوان دستیار پزشک در کاهش خطر خودکشی و مرگ باشند. در پیشگیری از رفتار خودکشی در بیمارانی که افکار خودکشی دارند، بهبود بخشیدن روابط بین فردی و دادن اعتماد به آنان بسیار مهم است و باید آنها را دوباره به خانواده‌هایشان متصل کرد. معنای زندگی را به آنان آموخت و اهداف آنها را ارتقا بخشید، به آنان امید و آموزش داد که چگونه با تعارضات خود مبارزه کنند، روابط اجتماعی خود را بهبود بخشند و دردهای خود را تسکین دهند. باید به آنها آموخت که خودکشی تنها راه ممکن برای خلاص شدن از بیماری نیست.

افکار خودکشی در کسانی که در ارتباط نزدیک با بیمار هستند نیز دیده می‌شود و می‌تواند شدید باشد. این افکار با احساس گناه، سوگ، طرد، استیغما و خشم عجین هستند و بسیار مهم است که

روانپزشک و کسانی که در مراقبت از بیمار درگیر هستند در نظر داشته باشند که خودکشی در اطرافیان بیمار متحمل است و باید در کاهش دیسترس، خشم و عدم اعتماد خانواده بیمار تلاش نمود. در مورد فردی که افکار خودکشی دارد باید مراقبت‌های حرفه‌ای انجام شود تا در کوتاه مدت با شوک و احساس شکست کنار بیاید و در درازمدت افسردگی، بیماری و اجتناب از وظایف روزانه برطرف شوند. رفتارهای خودزنی در افراد HIV مثبت غیرمعمول نیست و مهم است که محیط اطراف بیمار بررسی شود و عوامل محیطی که باعث آسیب به خود می‌شوند تحت کنترل باشند و مداخلات روانشناختی و روانپزشکی لازم جهت کاهش این رفتارها انجام پذیرد.

نکات کلینیکی مهم این بخش

- ✓ با وجود درمان دارویی بیماران HIV مثبت و ایدز میزان خودکشی در بیماران همچنان در حال افزایش است.
- ✓ برای فهمیدن دینامیک خودکشی، باید هر فردی با توجه به تجربیات زندگی خودش مورد بررسی قرار گیرد.
- ✓ در بیماران HIV مثبت زنان در معرض خطر بیشتری جهت اقدام به خودکشی و مرگ به علت خودکشی هستند.
- ✓ سابقه خانوادگی اقدام به خودکشی بزرگ‌ترین فاکتور مستعدکننده برای خودکشی در بیماران HIV مثبت و ایدز است.
- ✓ علایم و بیماری‌های طبی، حوادث استرس‌آمیز زندگی و حمایت اجتماعی ضعیف در افراد HIV مثبت، می‌توانند عامل تسریع‌کننده افکار خودکشی باشند.
- ✓ باور بیمار به اینکه این بیماری کشنده است یک عامل مستعدکننده جهت افزایش اقدام به خودکشی است.

- Cohen, M.A., Jack, M., Gorman, (2008). *COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF AIDS PSYCHIATRY*, Oxford University press.
-
- Citron, K., Brouillette, M., Beckett, A., (2005). *HIV and Psychiatry Training and Resource Manual*, Cambridge university press
- Alfonso, et al., (1994). HIV denntia and suicide, Gen Aosp Psychiatry, 16: 45-46.
- Chandra, P. S., et al., (1998). Anxiety and derpession among HIV-infected heterosexual-areport from India. Journal Psychosom Res, 45: 401-409.
- David, E., Uance, Ph.D., Amodel of suicidal Indeation in adults aging with HIV. JANAC, Vol. 19, No. 5, 2008.
- Heckman, TG., et al., (2002). Thought of suicide among HIV-infected roral persons enrolled in a telephone. Delivered mental health intervention, ANN Behav Med. 24 (2): 141-148.
- James, U., Larery. Joseph, Boyle. Origins of the desire for evthanasia and assisted suicide in people with HIV-1 or AIDS: a qualitative study, lancet, 2001: 358-362. 67.
- Goggi, K., et al. (2000). Plans to hasten death among gag mans with HIV/AIDS: relationship to psychological adjustment. AIDS care 12(2):125-136.
- Gill, F., et al., (1998). Psychological adjustment and suicidal ideation inpatient with AIDS patient care STD's 12 (12): 927-930.
- Luigi, Grassi, Domenico mondadini, suicide probability and psychological morbidity secondary to HIV infection: acontrol study of HIV-Seropositive, hepatitis c uirus and HIV-HCU injecting drug user. Journal of affective disorders, 64 (2001). 195-202.
- Mari, Jose Brovi Hette and Alexandra Be Ckett. HIV and psychiatry second edition.
- Mary Ann, Cohen and Jacks, M., Gorman, Comprehensive textbook of AIDS Psychiatry. 2008.
- Mannj, J., et al. (2005). Suicide prevention strategies a systematic rewieo. JAMA, 294 (16): 2064-2074).
- Malen Fant E.C. (2004). Suicide in carada's immigrant population. Health reports, 5: 9-17.
- Marzue, P.M., et al., (1992). Prevalence of cocaine use among residents of Newyork city who commited suicide during a one-year period. AMJ Psychiatry, 49: 371-375.
- MC Intosh J. (2003). USA. Suicide: Suicide data (P. 2001). Wahington. American Association of Suicidology.
- Perry, S., Jacobsberg, C.B., (1990). Suicidal Ideation and HIV testing. J. Am. Med. Assoc. 263: 679-682.
- Pir rola, et al. (2000). Suicidal of alchole misusers and non misusers in a nation wide popolation. Alchokol Alchokol, 86 (1): 70-75.
- Pompili, et al., (2004). Suicide in schizophernia. What are we going to do about it? Ann Ist Super Sanita, 40(4): 463-467.
- Sadock, B., MD., Sadock, U. MD. Comrehensive testbook of psychiatry. 2005.
- Sher, L., et al., (2005). Higer eerebro spinal fluid homo uanillic acid levels in depressed patients with comorbid postromatic stress disorder. Eur. Neuro Psychopharaco. (5): 203-209.
- Rabkin, J., et al. (1993). Fesilience in aduersity among long-term survivors of AIDS. Hosp Community Psychiatry, 44(2): 162-167.

اختلالات سایکوتیک در **HIV/AIDS**

مقدمه

شیوع HIV در افرادی که بیماری‌های روان‌پزشکی دارند حدود ۷/۸٪ است، در حالی که این شیوع در جمعیت عمومی ۰/۱۴٪ می‌باشد. شیوع بالای این بیماری در افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی بیانگر وجود اپیدمی HIV در این جمعیت است. در مطالعه‌ای رابطه اختلالات روان‌پزشکی با ابتلاء به عفونت HIV و هیپاتیت C بررسی و رابطه مثبتی بین اختلالات روان‌پزشکی و عفونت HIV و هیپاتیت C گزارش شده است (بیلارگیون^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). پیش‌آگهی افراد با بیماری روانی و HIV/AIDS به دلیل فقدان بهداشت، حمایت پایین، ضعف‌شناختی، فاکتورهای محیطی و رفتارهای پرخطر این گروه خوب نیست.

در مقایسه افراد HIV مثبت دارای بیماری روان‌پزشکی با افراد HIV مثبت بدون بیماری روان‌پزشکی مشخص شد افرادی که بیماری روان‌پزشکی دارند دیرتر تشخیص داده می‌شوند، درمان کمتری می‌گیرند، سود کمتری از درمان می‌برند و احتمالاً ریسک مورتالیتیه و موربیدیتیه در این افراد بالاتر است. درمان افراد با بیماری روان‌پزشکی و ایدز توجه به ابتکار و نظم بیشتری دارد. درمان این افراد دشواری‌های بیشتری دارد و درمان‌گران ممکن است در درمان آنها دچار مشکلاتی شوند. آموزش ندیدن درمان‌گران برای برخورد با این گروه ممکن است یکی از علل این امر باشد.

اسکیزوفرنیا

شیوع در طول عمر اسکیزوفرنیا در جمعیت عمومی ۱٪ و در هر دو جنس تقریباً مساوی است. این اختلال اغلب حدود ۲۰ سالگی در مردان و ۳۰ سالگی در زنان شروع می‌شود. این اختلال زمانی تشخیص داده می‌شود که بیمار ۲ علامت از ۵ علامت ذکر شده در معیارهای DSM-IV-TR (شامل هذیان، توهم، گفتار آشفته، رفتار آشفته و علایم منفی) را داشته باشد. علایم فعال یا باقیمانده آنها باید لااقل ۶ ماه پابرجا باشند و باعث ایجاد اختلال در کارکرد بیمار شوند؛ البته لزومی ندارد که کارکرد فرد کاملاً تخریب شده باشند.

علایم بالینی اسکیزوفرنیا در قالب سه دسته کلی علایم مثبت، علایم منفی و علایم شناختی طبقه‌بندی شده‌اند.

- علایم مثبت: این علایم شامل توهم، هذیان، گفتار آشفته و رفتار آشفته است. این علایم از آن جهت مثبت گفته می‌شوند که به تجارب معمولی بیمار اضافه شده است. این تجارب اغلب مخرب هستند و ممکن است به شکل رفتارهای عجیب و غریب یا غیرقابل توجه بروز کنند. با

¹ - Baillargeon

گذشت زمان بیمار اسکیزوفرنیا بیشتر دچار تخریب روابط اجتماعی و گسسته شدن از اجتماع می‌شود و آنچه علایم منفی خوانده می‌شوند رخ خواهد داد.

- علایم منفی: این علایم شامل سطحی شدن حالت عاطفی - ناگویی، بی‌ارادگی و ... است. برخلاف علایم مثبت، در اینجا بیماران از آنچه به طور معمول باید داشته باشند محرومند، مثل داشتن هیجان، علاقه، کلام، اراده و غیره. بسیاری از بیماران مزمن علایم منفی دارند و این بیماران اغلب پذیرش درمانی خوبی ندارند و نمی‌توانند رابطه خوبی با درمانگر برقرار کنند.

- علایم شناختی: اختلال در توجه، کارکرد اجرایی، حافظه کاری و حافظه رویدادی از این دسته علایم هستند. بسیاری از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در این حوزه‌ها دچار مشکل هستند. تخریب شناختی از ابتدا در این بیماران وجود دارد و به طور معمول در سیر بیماری ثابت می‌مانند. این اختلالات باعث می‌شوند بیمار در برنامه‌ریزی و توجه به محرک‌های داخلی و محیطی دچار مشکل شوند. مثلاً بیماران در پاسخ مناسب به متغیرهای معین مثل درد و یا به کاربردن ایما و اشاره در روابط اجتماعی و برنامه‌ریزی جهت پاسخ به آن مشکل دارند. به این دلیل بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا در اداره کردن رفتارهای پرخطر و اجرای کامل دستورات پزشکی مثلاً مصرف داروهای ضدویروس دچار اشکال می‌شوند.

بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مستعد رفتارهای بی‌ثبات و آشفته، قرارگیری در موقعیت‌های بی‌ثبات زندگی، روابط جنسی بدون محافظت، در معرض تجاوز جنسی واقع شدن، سوء‌مصرف و وابستگی به مواد هستند.

این بیماری با مرگ زودتر از موقع و افزایش ناتوانی رابطه دارد. اسکیزوفرنیا به طور معنی‌داری خطر ابتلا به هپاتیت C و عفونت HIV را بالا می‌برد. عوامل زیادی برای توجیه این رابطه وجود دارد مانند سوء مصرف مواد، رفتارهای پرخطر جنسی و اطلاعات کم درباره راه‌های ابتلا به HIV. همراهی این بیماری‌ها با هم پروگنوز هر دو بیماری را بدتر می‌کند (کورنوس^۱ و همکاران، ۲۰۰۵).

در مطالعه‌ای افراد مبتلا به HIV که به صورت همزمان دیابت و یا اسکیزوفرنیا داشتند با هم مقایسه شدند. افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا نسبت به افراد مبتلا به دیابت اطلاعات کمتری درباره بیماری ایدز و عفونت HIV داشتند. همچنین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا رفتارهای پرخطر بیشتری را نیز بروز می‌دادند (اگانسی^۲ و همکاران، ۲۰۰۰). بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا که علایم منفی دارند اطلاعات کمتری درباره رفتارهای پرخطری دارند که باعث انتقال و ابتلاء HIV-AIDS می‌شوند

¹ - Courmos

² - Ogunsemi

(کوان^۱ و ماران، ۲۰۰۷).

درمان

در حال حاضر تفاوت قابل توجهی بین درمان ایدز در بیماران بدون اسکیزوفرنیا یا دارای اسکیزوفرنیا وجود ندارد و آنتی سائکوتیک‌های آتپیک خط اول درمان در این گروه از بیماران هستند. لازم است در امر درمان به تداخلات بین آنتی سائکوتیک‌ها و HAART توجه شود. بنابراین روان‌پزشکان و درمان‌گران HIV باید در زمان شروع و تغییر دوز داروهای ضدویروس همکاری داشته باشند.

بسیاری از آنتی سائکوتیک‌ها با عوارضی چون تاردیو و عوارض خارج هرمی همراه هستند. به علاوه عوارض دیگری چون اضافه وزن، مقاومت به انسولین و افزایش لیپدهای خون نیز در اثر این داروها ایجاد می‌شوند که ممکن است با عوارض مشابه داروهای ضدویروس تداخل داشته باشند و درمان را پیچیده کنند. آنتی سائکوتیک‌ها اغلب پذیرش درمانی کمی دارند و در صورت مصرف همزمان با داروهای دیگر، این پذیرش درمانی پایین در سایر داروها نیز دیده می‌شود. مشخص نیست که این پذیرش پایین به چه میزان به دلیل عوارض دارویی و چه مقدار به دلیل بیماری روان‌پزشکی افراد است.

درمان اسکیزوفرنیا قانونی عمومی دارد و شامل دارو جهت کنترل توهم، هذیان، اختلال فکر، علائم منفی و بازتوانی اجتماعی است. مطالعات نشان داده‌اند که درمان کافی علائم مثبت به میزان قابل توجهی رفتارهای پرخطر HIV را کاهش می‌دهد. درمان علائم منفی موجب می‌شود که فرد تمایل بیشتری به درمان پیدا کند. بنابراین باید جهت بالابردن پذیرش درمانی بیماران اقدام نمود. همکاری دوستان و خانواده می‌تواند در بهبود پذیرش دارویی بیمار نقش داشته باشد. از سوی دیگر سوء مصرف مواد می‌تواند باعث کاهش پذیرش دارویی در بیمار شود.

گاهی اوقات هذیان بیمار اسکیزوفرنیا اعتقاد به ابتلا به عفونت HIV است. اغلب این اعتقاد با بیماری HIV رابطه ندارد و در این موارد تنها درمان مناسب با آنتی سائکوتیک‌ها لازم است. تداخل بین داروهای آنتی سائکوتیک و داروهای HAART گاهی باعث افزایش عوارض آنتی سائکوتیک‌ها می‌شود. این تداخلات در فصل درمان توضیح داده شده است.

¹ - Koen

معرفی مورد: بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا

بیمار مرد ۴۴ ساله‌ایست که از یک سال قبل و متعاقب رابطه جنسی غیرایمن با HIV زندگی می‌کند و تحت درمان ضد رتروویروسی نمی‌باشد. در حال حاضر به علت پرخاشگری توسط خانواده به درمانگاه آورده شده است. خانواده بیان می‌کند که بیمار از دو ماه قبل و پس از فوت پدرش دچار عود علائم به صورت کم‌خوابی و پرخاشگری شده است. بیمار در این مدت احساس می‌کند که عده‌ای او را در تعقیب می‌کنند و با حرکات خود به او اشاره می‌کنند و منظورشان این است که تو پدرت را کشتی. او همچنین در این مدت صدای فردی را می‌شنود که به او هشدار می‌دهد و از خطرات آگاهی می‌کند. در گذشته او سابقه‌ای از سه بار بستری در بیمارستان روانپزشکی (۲۲ سالگی، ۲۸ سالگی و ۳۳ سالگی) به علت دوره‌هایی از سایکوز داشته است. بیمار داروهایش را تا ۵ سال قبل مصرف و سپس قطع کرده است. در دوره‌های قبل به داروی تری فلوپرازین پاسخ خوبی می‌داده است و خود بیمار هم نسبت به این دارو دید خوبی دارد. بیمار روزانه دو پاکت سیگار مصرف می‌کند ولی سابقه‌ای از مصرف مواد ندارد.

سابقه این فرد حکایت از ابتلا به بیماری اسکیزوفرنیا دارد که بیماری وی در حالت فروکشی بوده است ولی پس از مواجهه با یک استرس (مرگ پدر) بیماری عود کرده است. علائم بیماری تفاوتی با یک بیمار غیرمبتلا به HIV ندارد و درمان او هم همانند سایر بیماران باید انجام گیرد. اگرچه به نظر می‌رسد که این بیمار نیاز بیشتری به مداخلات آموزشی برای افزایش همکاری درمانی هم برای درمان اسکیزوفرنیا و هم برای درمان HIV داشته باشد. با توجه به پاسخ درمانی مناسب در گذشته به تری فلوپرازین و همچنین نگرش مثبت بیمار، همین دارو می‌تواند انتخاب اول باشد؛ با وجودی که این دارو از دسته داروهای تیپیک است و نه آتیپیک. همچنین باید توجه داشت که مصرف سیگار می‌تواند متابولیسم برخی داروها از جمله داروهای آنتی سایکوتیک را تسریع کند و در نتیجه سطح خونی آن‌ها را کاهش دهد.

چه زمانی بیماران با بیماری سخت و جدی روان‌پزشکی باید تست HIV بدهند؟

بیمارانی که به یکی از بیماری‌های جدی روان‌پزشکی مبتلا شده باشند، ممکن است به صورت مکرر یا متناوب رفتارهای پرخطری از خود بروز دهند که باعث ابتلا به HIV می‌شود. روان‌پزشکان باید بیماران را تشویق کنند که در صورت داشتن رفتارهای پرخطر حتی اگر تست قبلی بیماران منفی باشد، آزمایش HIV را انجام دهند.

در صورت وجود موارد زیر انجام تست HIV توصیه می‌شود:

- زمانی که بیمار درخواست انجام تست را دارد.
- زمانی که بیمار بیان کند که در گذشته رفتارهای پرخطر داشته است.
- در صورتی که بیمار حامله شود.
- در صورتی که وجود علائم فیزیکی مبنی بر HIV یا AIDS باشد
- علائم روان‌پزشکی با تخریب سیستم اعصاب مرکزی رابطه داشته باشد.
- سایر بیماری‌های STD در بیمار وجود داشته باشد.
- تست پوستی TB مثبت در مناطقی که HIV آندمیک است وجود داشته باشد.

بیماران مبتلا به اختلالات جدی روان‌پزشکی چگونه به تشخیص HIV واکنش نشان می‌دهند؟ تشخیص HIV در هر مرحله‌ای از ابتلا به HIV تا AIDS می‌تواند رخ دهد. پاسخ اولیه بیمار به شکل شوک و عدم باور است که به دنبال آن ممکن است افسردگی، اضطراب و ترس شدید درباره جدی بودن و کشنده بودن بیماری باشد. افسردگی درمان نشده و احساس درماندگی ممکن است با ارائه رفتارهای پرخطر و حتی افکار خودکشی همراه باشد.

مثل هر بیماری جدی روان‌پزشکی HIV و AIDS می‌تواند انگ بالایی داشته باشد و ممکن است باعث رها کردن بیمار، نپذیرفتن بیمار و جدایی بیشتر اجتماعی شود. در صورتی که علائم روان‌پزشکی با تشخیص HIV بدتر شود درمانگر باید مشاوره فردی، حمایت درمانی و مداخلات درمانی را انجام دهد.

نکات مهم بالینی این بخش

- ✓ بیماری ایدز در افراد با بیماری روانپزشکی شایع است.
- ✓ بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای طول کشیده که علایم منفی دارند اغلب همکاری درمانی ضعیفی دارند.
- ✓ تفاوتی بین درمان بیماران اسکیزوفرنیا با تشخیص عفونت HIV و بیماران اسکیزوفرنیا بدون تشخیص عفونت HIV وجود ندارد.
- ✓ درمان کافی علایم بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا به میزان قابل توجهی رفتارهای پرخطر بیمار را کاهش می‌دهد.
- ✓ در حال حاضر آنتی سایکوتیک‌های آتیپیک انتخاب اول در درمان بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا با عفونت HIV هستند.
- ✓ بیماران HIV/AIDS به عوارض دارویی حساس هستند.
- ✓ تداخل بین داروهای آنتی‌سایکوتیک و HAART گاهی باعث افزایش عوارض آنتی‌سایکوتیک‌ها می‌شود.

- Cohen, M.A., Jack, M., Gorman, (2008). *COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF AIDS PSYCHIATRY*, Oxford University press.
- Citron, K., Brouillette, M., Beckett, A., (2005). *HIV and Psychiatry Training and Resource Manual*, Cambridge university press
- Cournos, F., Mckinnon, K., Sullivan, G., (2005). Schizophrenia and comorbid human immunodeficiency virus or hepatitis C virus, *J Clin Psychiatry*, 66, Sup 16: 27-???
- Ogunsem, O.O., Lawal, R.A., Okulate, G. T., Alebios, Co., Olatawwa, M. X. (2006). A comparative study of HIV/AIDS; The knowledge attitudes and risk behaviors of schizophrenia and diabetic patients in regard to HIV-AIDS in Nigeria, *Med Gen Med.*, 8 (4): 42.
- Koen, L., Ugs, S., Niehaus, D. J., Emsly, R. A., (2007). Negative symptoms and HIV-AIDS risk-behavior knowledge in schizophrenia, *Psychosomatics*, 48 (2): 12 & 34.
- Baillargeon, J. G., Paar, D. P., Wu, H., Giordano, T. F., Murray, O., Raimer, B. G., Averg, E. N., Diamond, P. M., Pulivino, J. S., (2008). Psychaitric disorders, HIV infection and HIV/hepatitis coinfection in the correctional setting, *AIDS care*, 20 (1): 12-9.

اختلالات اضطرابی در **HIV/AIDS**

مقدمه

اضطراب در بیماری‌های سخت طبی یک بیماری دردناک همراه است و ایدز نیز از این قانون مستثنی نیست. اختلالات اضطرابی در هر زمانی از سیر بیماری ایدز ممکن است ایجاد شوند، مثلاً در مرحله تشخیص بیماری، زمانی که فرد با جواب آزمایش روبرو می‌شود و یا قصد دارد نتیجه مثبت آزمایش را اعلام کند، در هر مرحله‌ای از رشد ویروس (مثلاً زمان ایجاد لنفادنوپاتی و تعریق شبانه)، در دوره‌ی پیشرفت بیماری و تشدید علائم و مراحل پایانی بیماری که فرد با مرگ روبرو می‌شود. ولی بیشترین زمانی که اختلالات اضطرابی دیده می‌شوند در موقع پیشرفت بیماری است.

بسیاری از بیماران مبتلا به ایدز باید با استرس‌های مختلف زندگی مانند مشکلات فردی و خانوادگی، مشکلات مالی و مشکلات بین فردی دست و پنجه نرم کنند. در این وضعیت اضطراب اغلب یک پاسخ نرمال به استرس است. بعلاوه میزان کم اضطراب برای جلوگیری از رفتارهای پرخطر لازم است چون می‌تواند باعث رفتارهای مثبت مثلاً استفاده از کاندوم شود و یا فرد را وادارد که فقط با یک نفر رابطه جنسی داشته باشد. ولی در بعضی از بیماران این اضطراب آنقدر شدید و پایدار است که می‌تواند روی توانایی‌ها و عملکرد فرد تأثیر بگذارد و تبدیل به بیماری شود.

پاسخ به اضطراب در فرد HIV مثبت ممکن است کارآمد و یا ناکارآمد باشد. در زمان پاسخ کارآمد مثلاً فرد شریک جنسی خود را مطلع می‌کند و یا به پزشک مراجعه و درمان را آغاز می‌کند ولی در زمان پاسخ ناکارآمد مثلاً فرد موضوع را از شریک جنسی خود مخفی می‌کند، به ملاقات پزشک نمی‌رود و یا زمان ویزیت را به تعویق می‌اندازد. گاهی فرد با سطح اضطراب بالا خطر را انکار و به خود درمانی با الکل و مواد می‌پردازد که این عمل خود باعث مهار گسیختگی فرد می‌شود.

همه‌گیرشناسی

در آمریکا شیوع اختلالات اضطرابی در بیماران مبتلا به HIV حدود ۵ تا ۴۰ درصد است. علت گستردگی طیف شیوع در مطالعات مختلف شاید این باشد که اغلب اضطراب جزئی از نشانه‌های اختلالات خلقی است و بعلاوه می‌تواند به علت مصرف مواد محرک نیز ایجاد شود.

در چندین مطالعه شیوع نقطه‌ای اضطراب در بیماران HIV مثبت با بیماران HIV منفی تفاوتی نداشته است ولی شیوع مادام‌العمر اضطراب در بین بیماران HIV مثبت از جمعیت عمومی بیشتر بوده است. از نظر جنسیتی، در یک مطالعه دیده شده است که در زنان HIV مثبت سطح اضطراب از زنان HIV منفی بیشتر است ولی در مردان این تفاوت دیده نمی‌شود.

سبب‌شناسی

برخلاف اختلالات خلقی که تهاجم ویروس به سیستم اعصاب مرکزی در سبب شناسی بیماری نقش مستقیم دارد، نقش ویروس HIV در اتیولوژی اختلالات اضطرابی مشخص نیست. ولی ابتلا به عفونت HIV به طور غیر مستقیم در سبب شناسی اضطراب نقش دارد، مثلاً از طریق مصرف داروهای آنتی‌رتروویرال مثل افویرنز و ابتلا به سایر بیماری‌های طَبّی و روانپزشکی (مانند سوء‌مصرف، مسمومیت و یا ترک مواد و اختلالات غدد درون ریز). بعلاوه اضطراب در بیماران HIV مثبت ممکن است نشانه‌ای از اختلالات خلقی همراه باشد. از عوامل روانشناختی مسبب اضطراب در افراد مبتلا به HIV می‌توان از نگرانی در رابطه با سلامتی و مرگ نام برد. تعداد زیادی از این بیماران احساس اضطراب و خشم به دلایل نامعلوم دارند.

در مطالعه‌ای که در هند انجام شده است ۵۱ بیمار ۴ تا ۶ هفته بعد از مثبت شدن نتیجه آزمایش HIV مورد بررسی قرار گرفتند. نشانه‌های اضطراب در ۳۶٪ از بیماران دیده شد. درد، سوء مصرف همزمان الکل، روابط خانوادگی ضعیف و وجود HIV در همسر با افسردگی، اضطراب و افکار خودکشی در بیماران رابطه داشت (پرابرا کندرا^۱ و همکاران، ۱۹۹۸) و در مطالعه دیگری فاکتورهایی که سطح اضطراب را مشخص می‌کردند بررسی شدند. شایعترین مواردی که گزارش شدند ترس از مردن (۱۸/۹٪) و ترس از آینده (۱۸/۹٪) بودند. ترس از افشا شدن بیماری و تبعیض توسط جامعه در مرتبه بعد قرار داشتند.

تابلوی بالینی

بیماران اضطراب خود را به فرم‌های گوناگون بیان می‌کنند: مانند «احساس می‌کنم که نمی‌توانم نفس بکشم»، «احساس اضطراب و دلهره دارم»، «زود آشفته و بی‌قرار می‌شوم»، «معه درد و تهوع دارم»، «تمرکز ندارم»، «می‌ترسم» و «عصبی‌ام».

اختلال اضطراب فراگیر

اضطراب و افسردگی در افراد HIV مثبت بدون توجه به وضعیت بیمار و تحت درمان بودن یا نبودن شایع هستند. دیده شده است که سطح عملکرد روزانه افراد با بیماری مزمن که همراه آن اضطراب مزمن هم دارند از افراد با بیماری مزمن که اضطراب ندارند و یا بیماری‌شان فقط با افسردگی همراهی دارد بالاتر است. این مطلب نشان دهنده اهمیت اضطراب در بیماری‌های مزمن است.

^۱ - Prabha

علامت اصلی اختلال اضطراب فراگیر، اضطراب و نگرانی مفرط و دائمی است. این اضطراب باید به قدری باشد که مختل کننده‌ی زندگی فرد باشد. در این اختلال اضطراب با علائمی مانند بی‌قراری، تنش عضلانی، پرکاری سیستم اتونوم (کوتاه‌شدن تنفس، تعریق فراوان، تپش قلب)، گوش به زنگی، تحریک‌پذیری، زود از جاپربیدن، اختلال در تمرکز، لرزیدن، سردرد و علائم مختلف گوارشی همراه است. این الگو باید حداقل شش ماه و در اکثر روزها وجود داشته باشد.

اختلال استرس پس از سانحه

رابطه بین عفونت HIV و اختلال استرس پس از سانحه پیچیده است. تحقیقاتی وجود دارند که نشان می‌دهند این دو همراهی بالایی با هم دارند. بعلاوه گزارش‌هایی از ایجاد اختلال استرس پس از سانحه در پاسخ به شنیدن تشخیص بیماری ایدز وجود دارد. از طرف دیگر این اختلال خود نیز فرد را در معرض رفتارهای پرخطر که باعث ابتلا به HIV می‌شوند قرار می‌دهد مانند مصرف مواد و روابط جنسی حفاظت نشده. مثلاً در یک مطالعه که بر روی ۳۷۵ فرد HIV مثبت انجام شده بود دیده شد که ۶۸ درصد زنان و ۳۵ درصد مردان بعد از سن ۱۵ سالگی مورد تجاوز جنسی قرار گرفته بودند. در این افراد اضطراب، افسردگی، نشانه‌های شخصیت مرزی و رابطه جنسی محافظت نشده شایع بود.

شیوع اختلال استرس پس از سانحه در افراد HIV مثبت و یا مبتلا به ایدز بین ۳۰ تا ۴۲ درصد است و با تعداد رویدادهای تروماتیک زندگی فرد رابطه دارد.

خصوصیات بالینی اختلال استرس پس از سانحه عبارتند از: احساس دردناک وقوع مجدد واقعه، اجتناب رفتاری یا شناختی از محرک‌های یادآور، کرختی هیجانی و برانگیختگی مفرط و نسبتاً دائم. بیماران اغلب احساس گناه، طرد شدن و مورد تحقیر قرار گرفتن را دارند. بیمار ممکن است حالات تجزیه‌ای و حملات پانیک را هم تجربه کند. بعلاوه پرخاشگری، خشونت و کنترل مختل‌تکانه نیز می‌توانند دیده شوند. سایر اختلالات روانپزشکی نیز اغلب اختلال استرس پس از سانحه را همراهی می‌کنند مانند افسردگی، خودکشی، سوء مصرف مواد و الکل و درد (الی و همکاران، ۲۰۰۵؛ جنی، ۲۰۰۴). در چنین حالتی که چند اختلال وجود دارد درمان به خصوص اگر بیمار پذیرش درمانی نداشته باشد مشکل است.

شدت نشانه‌های این اختلال در بیماران HIV مثبت و ایدز به موارد زیر بستگی دارد: میزان علائم بیماری زمینه‌ای، سابقه طبعی فرد قبل از آلوده شدن به ویروس، میزان حمایت و یا انگ اجتماعی (استیگما)، میزان درک فرد از شرایطی که در آن قرار دارد و حوادث منفی گذشته در زندگی فرد. در

مطالعات دیده شده است که واکنش به حوادث اخیر با اختلال استرس پس از سانحه ناشی از حادثه قبلی ارتباط دارد مثلاً افرادی که در کودکی به این اختلال مبتلا می‌شوند در بزرگسالی کارهایی را که برای کاهش احتمال ابتلا به ایدز لازم هستند انجام نمی‌دهند، پس از ابتلا پذیرش درمانی کمتری دارند و یا رفتارهای پرخطر در بزرگسالانی که مورد تجاوز جنسی در کودکی قرار گرفته‌اند شایعتر است (گاندر، ۲۰۰۷).

ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه بر درمان ایدز نیز اثر دارد. مثلاً افراد مبتلا به این اختلال و یا افرادی که در در کودکی حوادث استرس‌زا را تجربه کرده‌اند در طول درمان ایدز خستگی بیشتری را تجربه می‌کنند (لرمن^۱ و همکاران، ۲۰۰۸) و یا در طول زمان بار پلاسمایی ویروس در این افراد بیشتر و قطع داروهای ضد ویروسی شایعتر است (ریلی^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). بنابراین تشخیص و درمان اختلال استرس پس از سانحه به بهتر شدن کیفیت زندگی فرد مبتلا و داشتن احساس بهتر کمک زیادی می‌کند.

اختلال وسواسی جبری

اختلال وسواسی جبری عبارت است از افکار، تکانه‌ها یا تصاویر عودکننده و دائم که فرد احساس می‌کند آن‌ها مزاحم و بی‌جا هستند و باعث اضطراب و رنج می‌شوند. فرد سعی می‌کند که این افکار، تکانه‌ها یا تصاویر را نادیده بگیرد، سرکوب کند و یا با فکر یا عمل دیگری آنها را خنثی کند ولی انجام این کار برای او بسیار سخت است. اختلال وسواسی جبری ممکن است همراه با ایدز دیده شود ولی تاکنون مطالعه‌ای در این زمینه صورت نگرفته است.

اختلال پانیک

حملات پانیک دوره‌ای از ترس و نگرانی شدید با ابتدا و انتهای مشخص هستند که در آن فرد به طور ناگهانی دچار تپش قلب، تعریق، لرزش، احساس خفگی، درد قفسه سینه، تهوع، ضعف، مسخ واقعیت، مسخ شخصیت، ترس از مردن، ترس از دیوانه شدن، مورمور و احساس سردی می‌شود. در صورتی که حملات عودکننده و مکرر باشند و به دنبال حملات لاقبل یکی از موارد زیر به مدت حداقل ۱ ماه وجود داشته باشند تشخیص اختلال پانیک گذاشته می‌شود: نگرانی دائم از وقوع یک حمله دیگر و یا ترس از عواقب حمله.

¹ - Leserman

² - Reilly

مطالعات کمی در زمینه همراه بودن پانیک و HIV وجود دارد. با این حال اختلالات پانیک و افسردگی اساسی در افراد HIV مثبت شایع هستند. در یک مطالعه دیده شده است که وقوع حملات پانیک در بیماران مبتلا به HIV با درد بیمار رابطه محکمی دارد.

فوبیا

فوبیا عبارت است از ترس شدید، افراطی و نامعقول از یک شیء یا موقعیتی معین. تعداد زیادی از موارد فوبیا در ایدز گزارش شده است. گزارشاتی وجود دارند که نشان می‌دهند برخی افراد با وجود آزمایشات منفی معتقدند که مبتلا به ایدز هستند. این افراد مبتلا به ایدز فوبیا هستند. تعداد زیادی از این بیماران اقدام به خودکشی می‌کنند و عده‌ای نیز به علت خودکشی موفق جان خود را از دست می‌دهند.

درمان

درمان اضطراب در بیماران HIV مثبت مشابه درمان اضطراب در سایر بیماری‌های مزمن است. در درمان باید به عوارض و تداخلات دارویی و نیز اثر و متابولیسم داروها توجه داشت. داروها بهتر است با دوز پایین شروع شوند و به آهستگی افزایش یابند تا احتمال ایجاد عوارض نامطلوب به حداقل برسد.

توصیه‌های درمانی

۱. همیشه ضد افسردگی‌ها و بنزودیازپین‌ها با دوز پایین شروع شوند.
۲. ضد افسردگی‌ها تا زمانی که اثرات درمانی آن‌ها دیده شوند به آهستگی افزایش یابند.
۳. دوز نگهدارنده ضد افسردگی‌ها معادل دوز درمانی آن‌هاست در حالی که بنزودیازپین‌ها برای جلوگیری از وابستگی باید به تدریج قطع شوند.
۴. هنگامی که بنزودیازپین‌ها را تجویز می‌کنیم باید مراقب عوارضی مانند مهارگسیختگی و دلیریوم (با علائم گیجی، عدم آگاهی به زمان و مکان، کاهش هوشیاری، اختلال حافظه و خلق بی‌ثبات) به خصوص در افراد مسن و افراد با مشکلات سیستم اعصاب مرکزی باشیم. در ضمن باید مراقب تداخل بنزودیازپین‌ها با سایر داروها نیز بود چرا که اگر متابولیسم بنزودیازپین‌ها مهار شود و سطح خونی آن‌ها بالا رود احتمال سرکوب سیستم تنفسی وجود دارد.

اختلال اضطراب فراگیر

در شرح حال موارد زیر باید بررسی شوند: (۱) بیمار تاکنون چه کار یا کارهایی برای کاهش اضطراب انجام داده است؟، (۲) از چه داروهایی استفاده کرده است؟ و دوز داروها چقدر بوده است؟، (۳) روش‌های مقابله‌ای بیمار با اضطراب چیست؟، (۴) استرسورهای زندگی بیمار چیست؟، (۵) حمایت اجتماعی بیمار در چه حدی است؟، (۶) اهداف بیمار در زندگی چیست؟ و (۷) پیشینه مذهبی بیمار چگونه است؟

در درمان اختلال اضطراب فراگیر در صورتی که اختلال خفیف باشد می‌توان از روان‌درمانی به عنوان خط اول درمان استفاده کرد ولی در اضطراب شدید و یا در موارد نیاز فوری به تسکین اضطراب باید از دارو با یا بدون روان‌درمانی استفاده کرد. دیده شده است که روان‌درمانی برای آرام کردن بیماران مفید است.

مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین (SSRIs) خط اول درمان اضطراب مزمن هستند. با این وجود بنزودیازپین‌ها نیز به وفور مورد استفاده قرار می‌گیرند. برای بیمارانی که نمی‌توانند چند هفته صبر کنند تا مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین اثر کنند و یا مثل حملات پانیک به رفع سریع علائم نیاز دارند به عنوان داروی کمکی از بنزودیازپین‌ها استفاده می‌شود. باید توجه داشت که تعداد زیادی از درمانگران به دلیل قابلیت سوء مصرف و وابستگی در بنزودیازپین‌ها در مصرف این گروه دارویی در بیماران با سابقه سوء مصرف مواد بسیار محتاط عمل می‌کنند. در ضمن باید توجه داشت که در صورت مصرف طولانی مدت این داروها و قطع ناگهانی آن‌ها در بیمار علائم ترک ایجاد می‌شود.

داروی کاربردی دیگر در این اختلال بوسپیرون است. بوسپیرون خواب آلودگی کمی ایجاد می‌کند، تداخلات دارویی کمی دارد و قابلیت سوء مصرف آن نیز پایین است. اما دیده شده است که در بیماران HIV مثبت ممکن است ایجاد سایکوز کند.

در بین درمان‌های غیر دارویی، مطالعات زیادی فایده گروه درمانی را در بهبود اضطراب، افسردگی و مکانیسم‌های مقابله‌ای بیماران دارای بیماری‌های مزمن نشان داده‌اند. روان‌درمانی شناختی رفتاری نیز در کاهش استرس و اضطراب بیماران HIV مثبت و بهبود وضعیت خلقی آن‌ها مفید است. در مطالعه‌ای دیده شده است که آموزش مهارت‌های مدیریت استرس مانند آرام‌سازی، بیوفیدبک الکترومیوگرافیک و خود هیپنوتیزم خلق و اعتماد به نفس را بهتر و اضطراب را کاهش داده است. در مطالعه دیگری نیز دیده شده است که داشتن حمایت اجتماعی پذیرش دارویی و مکانیسم‌های مقابله‌ای بیمار را بهتر می‌کند.

اختلال ایدز فوبیا و اختلال وسواسی جبری

گزارش‌های محدودی از درمان ایدز فوبیا و اختلال وسواسی جبری در ایدز وجود دارد. جنیو^۱ و پاتو^۲ در سال ۱۹۸۶ یک بیمار را که ترس از ابتلا به عفونت داشت با ایمی‌پرامین درمان کردند. در یک مطالعه، درمان وسواس با مواجهه و جلوگیری از پاسخ باعث کاهش ترس ۵ بیمار از ۷ بیمار در ۷ تا ۱۰ جلسه شده است. گزارشی از ۲ بیمار نیز وجود دارد که به فلوکستین پاسخ داده‌اند.

اختلال پانیک

درمان استاندارد اختلال پانیک دارو است. برای کاهش و یا فرو نشانیدن علائم سه حلقه‌ای‌ها، مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین و مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین نوراپی‌نفرین به کار می‌روند. فرناندز^۳ و لوی^۴ در درمان اضطراب و یا علائم پانیک بیماران HIV مثبتی که هذیان هم داشتند به دلیل جلوگیری از عارضه مهارگسیختگی از نورولپتیک‌ها به جای بنزودیازپین‌ها استفاده کردند. باید توجه داشت که بتا بلوکرها به تنهایی در درمان مؤثر نیستند و در درمان بیماران با سوء مصرف کوکائین استفاده از آن‌ها ممنوع است. این گروه دارویی هم‌چنین ممکن است باعث افسردگی، خستگی و اختلالات جنسی شوند.

ممکن است به عنوان درمان کمکی از روان‌درمانی‌هایی مانند روان‌درمانی شناختی رفتاری نیز استفاده شود هر چند که مطالعات زیادی وجود دارند که اثربخشی آن را به تنهایی نیز نشان می‌دهند.

اختلال استرس پس از سانحه

منابع دربارهٔ درمان اختلال استرس پس از سانحه در ایدز محدود است. در جمعیت عمومی داروهای ضد افسردگی به خصوص مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین خط اول درمان دارویی این اختلال هستند. مطالعات زیادی از ترکیب چند دارویی مانند ترکیب سیتالوپرام، گاباپنتین و یا هیدروکسی‌زین حمایت می‌کنند.

¹- Jeniwe

²- Pato

³- Fernandz

⁴- Levy

نکات مهم بالینی این بخش

- اضطراب می‌تواند در تمام مراحل سیر بیماری ایدز ایجاد شود.
- اختلال استرس پس از سانحه و عفونت HIV همبودی بالایی با هم دارند.
- اختلال استرس پس از سانحه باعث کاهش همکاری درمانی در بیمار می‌شود و سیر عفونت HIV را در بیمار بدتر می‌کند.
- درمان اضطراب در بیماران HIV مثبت مشابه درمان اضطراب در بیماران دارای بیماری‌های مزمن است.
- در بیماران مبتلا به عفونت HIV به کار بردن داروها باید با دقت و با توجه به عوارض و تداخلات آنها صورت گیرد.
- همیشه ضد افسردگی‌ها و بنزودیازپین‌ها باید با دوز پایین شروع شوند.
- دوز نگهدارنده ضد افسردگی‌ها معادل دوز درمانی آنها است در حالی که بنزودیازپین‌ها باید بعد از مدتی به تدریج قطع شوند.
- در افرادی که اضطراب خفیف دارند از روان‌درمانی به عنوان خط اول درمان استفاده می‌شود.
- در صورتی که اضطراب بیمار شدید باشد خط اول درمان داروها هستند و از بین داروها مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین داروهای انتخاب اول هستند.
- خط اول درمان در اختلال پانیک و اختلال استرس پس از سانحه درمان دارویی و انتخاب اول مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین هستند.
- مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین در این بیماران باید با نصف دوز معمول شروع شوند.

- Cohen, M.A., Jack, M., Gorman, (2008). COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF AIDS PSYCHIATRY, Oxford University press.
- Citron, K., Brouillette, M., Beckett, A., (2005).HIV and Psychiatry Training and Resource Manual, Cambridge university press.
- Jennie, C.I., Tsao, Aram Dobalian, Bruce, D., Nalib, F.F. (2008). Panic disorder and pain in a national sample of persons living with HIV. Pain 109: 172-180.
- Prabha, S., Chandra, V., Rav, A., Desui, D.R., Subbarrishna (1998). Anxiety and depression among HIV infected heterosexuals A report from India. Journal of Psychosomatic Research, Vol. 5, No. 5, 401-409.
- Jeanne, R., Rempainen, R.N., William, L., Holzemer, R.N., Faan, Rathleen Noras, R. N., Inge, B., Corless, R.N., Faar, Eli Hause. Bunch, DNs, R.N., Renam M. Rirwsey, R.N., C.S., Cen, Brain, R., Good rond, R.N., ACRN, Carmon J. Portillo, R. N., Fans
- Fang-Ju, Chim, R.N. (2003). Self care management of anxiety and fear in HIV diseses Journal of the association of nurses in AIDS care. Vol. 2, No. 2 , 21-29.
- Reilly, W.H., Clark, R.A., Schmidt, N., Benigt, CC., Kissinger, P. (2009). The effect of post traumatic stress disorder on HIV disease progression following hurricane katrina. AIDS care (10): 1298-305.
- Leserman, Barros, J., Pense, B. W., Salahuddin, N., Harmon, J. L., (2008). Trauma, stressful life events and depression predict HIV-related fatigue. AIDS care 20 (10), 1258-65.
- Glovan dure, C., 2007. Sexual assult in childhood risk HIV and AIDS behaviors in adulthood. AIDs care, 19(10): 13, 3-5.

سوء مصرف مواد در
HIV/AIDS

تزریق مواد یکی از راه‌های اصلی انتقال ویروس HIV در دنیاست. در حقیقت مصرف‌کننده‌های مواد و شریک‌های جنسی آنان تعداد زیادی از موارد جدید ابتلا به ایدز را در غرب شامل می‌شوند. مصرف‌کنندگان مواد ممکن است به طور مستقیم و از طریق استفاده از سوزن و وسایل مشترک تزریق و یا به شکل غیر مستقیم از طریق شریک‌های جنسی خود زمانی که الکل و سایر مواد را مصرف می‌کنند و رابطه جنسی حفاظت نشده دارند به ویروس ایدز مبتلا و یا آن را انتقال دهند. در حالی که انتقال ایدز از طریق جنسی در قسمت‌هایی از آفریقا راه غالب انتقال است، انتقال از طریق تزریق مواد و تجارب جنسی راه‌های اصلی انتقال در نقاط دیگر جهان مثل جنوب آسیا هستند که در آن حدود ۷ میلیون نفر مبتلا به ویروس HIV هستند. تزریق مواد هم‌چنین رفتار پرخطر اصلی در آمریکای لاتین و شرق اروپا است. حدود ۲۷ درصد از افراد مبتلا به HIV در آمریکا از طریق تزریق مواد مبتلا شده‌اند. بعلاوه در آمریکا ابتلا به ایدز اغلب از طریق رابطه جنسی با جنس مخالف و یا رابطه جنسی با افراد تزریق‌کننده مواد صورت می‌گیرد. اگر آمار ابتلا به HIV در مردان همجنس‌بازی که تزریق مواد هم دارند به آمار ابتلا از طریق تزریق مواد اضافه کنیم، در آمریکا حدود ۵۰ درصد موارد HIV/AIDS با تزریق مواد ارتباط دارد. به علاوه مصرف مواد به شکل غیرتزریقی هم در افراد HIV مثبت شایع است که با رابطه جنسی حفاظت نشده رابطه دارد.

مصرف مواد روی درمان بیماری نیز اثر دارد. اغلب پذیرش دارویی مصرف‌کنندگان مواد پایین است و درمان HAART را به سختی قبول می‌کنند. به علاوه موادی که آن‌ها استفاده می‌کنند ممکن است روی متابولیسم داروها تأثیر بگذارد. دیده شده است که مصرف مواد ریسک فاکتور پیشرفت بیماری است. از طرف دیگر هپاتیت C عفونت هم‌زمانی است که در بیماران HIV دیده می‌شود و یک مشکل عمده در این افراد است. ۶۰ تا ۸۰ درصد کسانی که حداقل ۵ سال تزریق‌کننده مواد هستند آلوده به هپاتیت C می‌شوند. سوزن مشترک می‌تواند مشکلات طبی زیادی ایجاد کند از جمله عفونت پوستی، اندوکاردیت، سپتی سمی و آمبولی ریوی.

در یک مطالعه بزرگ در آمریکا بر روی افراد مبتلا به HIV بیشترین موادی که مبتلایان در یک در سال گذشته مصرف کرده بودند عبارت بودند از: کوکائین ۶۲ درصد، آنالژیک‌ها ۴۲ درصد، ضد اضطراب‌ها و خواب‌آورها ۳۸ درصد، آمفتامین‌ها ۲۸ درصد، هروئین ۲۴ درصد، اکس ۱۴ درصد، توهم‌زاها ۶ درصد و حشیش ۶۴ درصد.

تعریف واژگان و اصطلاح‌شناسی

بالینگرانی که با بیماران HIV/AIDS کار می‌کنند باید اطلاعات کافی درباره اختلالات مرتبط با

مصرف مواد داشته باشند چون اغلب این بیماران در طول زندگی خود حداقل یکی از این اختلالات را تجربه می‌کنند. بر طبق DSM-IV-TR اختلالاتی ناشی از مصرف مواد را می‌توان به سه بخش تقسیم کرد، سوء مصرف مواد^۱، وابستگی به مواد^۲ و اختلالات^۳ ناشی از مواد.

تولرانس یا تحمل: موقعی به کار می‌رود که به دنبال مصرف مکرر دوز معینی از یک ماده اثرات آن کم شده و فرد برای دستیابی به اثرات قبلی به افزایش دوز ماده نیاز پیدا می‌کند.
علائم ترک: به گروهی از علائم که در صورت کاهش و یا قطع مصرف یک ماده ایجاد می‌شوند گفته می‌شود و ناراحتی قابل ملاحظه بالینی ایجاد می‌کنند و یا موجب تخریب عملکرد در حوزه اجتماعی، شغلی و یا سایر حوزه‌ها می‌شود.

افیون (Opiate)

افیون یکی از قدیمی‌ترین داروهای پزشکی است و از گذشته به خصوص برای تسکین درد و اسهال مورد استفاده قرار می‌گرفته است. نخستین بار مورفین در سال ۱۸۰۶ و کدئین در سال ۱۸۳۲ از تریاک جدا شدند. در سال ۱۸۹۸ هروئین معرفی شد. رسپتورهای اویوئیدی میو مسئول اثرات ضد درد، سرکوب تنفس، یبوست، تنگی مردمک، یوفوری و سرخوشی و وابستگی هستند. این رسپتورها به نظر آزادسازی دوپامین را از تکمیتال شکمی در نوکلئوس آکومبوس که مسیر اولیه پاداش در مغز است تحریک می‌کنند.

هروئین پس از تزریق وریدی در عرض ۱ دقیقه به پیک پلاسمایی خود می‌رسد. نشانه‌های فیزیکی مسمومیت با افیون عبارتند از: سرخوشی، آسودگی، خواب آلودگی، تکلم جویده جویده^۴، اختلال توجه و حافظه و تنگی مردمک‌ها. علائم ترک هروئین معمولاً بین ۴ تا ۸ ساعت بعد از آخرین مصرف شروع می‌شوند، در حالی که با متادون علائم ترک تا ۲۴ تا ۴۸ ساعت بعد از آخرین استفاده شروع نمی‌شود. نشانه‌های ترک افیون عبارتند از: اشک ریزش، آبریزش بینی، تهوع، استفراغ، اسهال، سیخ شدن موها، گشاد شدن مردمک‌ها، خمیازه و گرفتگی عضلانی. گاهی بیمار از علائمی مانند درد بدن، بی‌خوابی، اضطراب، احساس سرما گرما، بی‌اشتهایی و وسوسه مصرف شکایت می‌کند. سندرم ترک افیون در بیماران تزریق کننده مواد می‌تواند ریسک رفتارهای پرخطر را بالا ببرد (ماتیوکلیبرت^۵ و همکاران، ۲۰۰۹).

¹ - Substance abuse

² - Substance dependence

³ - Substance induced disorders

⁴ - Slurred Speech

⁵ - Mateu-Gelabert

راه معمول انتقال ویروس HIV در بین مصرف کنندگان مواد تزریق هروئین است. در آمریکا چون دسترسی به سوزن و سرنگ تمیز محدود بود، اپیدمی وابستگی به هروئین تزریقی به سرعت انتشار HIV و HCV را در بین تزریق کنندگان وریدی مواد افزایش داد. به علاوه در ۱۵ سال گذشته به دلیل افزایش خلوص و در دسترس بودن هروئین و کاهش قیمت خیابانی آن مصرف هروئین بالا رفته است. در آمریکا بین ۶۰۰ تا ۸۰۰ هزار فرد وابسته به هروئین وجود دارد اما کمتر از ۲۰ درصد آنها خدمات درمان وابستگی به هروئین را دریافت می کنند.

به نظر می رسد که شیوع ایدز در بین افرادی که تزریق طولانی مدت دارند خیلی بیشتر از کسانی است که تزریق کوتاه مدت دارند و یا متادون مصرف می کنند. کیت ورد و همکاران در سال ۲۰۰۳ شیوع HIV مثبت را در بین کسانی که مدت طولانی ای تزریق مواد داشته اند ۲۵ درصد و در بین کسانی که به تازگی شروع به تزریق کرده اند و یا هروئین را از طریق بینی مصرف می کنند ۱۳ درصد تخمین زدند.

کوکائین و محرک ها

کوکائین یک آلکالوئید است که از بوته اریتروکسیلون کوکا^۱ استخراج می شود. رایج ترین روش مصرف کوکائین استنشاق پودر نرم شده آن از طریق بینی است. سایر روش های مصرف تزریق زیرجلدی، تزریق وریدی و تدخین است. هر چند کوکائین از طریق دهان نیز مصرف می شود، ولی به دلیل اثر کم کمتر از این روش استفاده می شود. در روش داخل وریدی شروع اثر بین ۱۰ تا ۶۰ ثانیه با پیک اثر چند دقیقه و طول اثر ۱ ساعت است. در روش داخل بینی شروع اثر ۵ دقیقه با پیک اثر ۲۰ دقیقه و طول اثر ۱ ساعت است. فرم free-base کوکائین کرک نامیده می شود که می تواند گرم و سپس تدخین^۲ شود. این فرم شروع اثر سریع ۳ تا ۵ ثانیه دارد و در عرض ۱ دقیقه به پیک اثر می رسد. سرعت و قدرت اثر کرک باعث شده که کرک از اعتیادآورترین مواد باشد. کوکائین از طریق جلوگیری از بازجذب نوراپی نفرین و دوپامین و افزایش فعالیت گیرنده های این نوروترانسمیترها در فضای پس سیناپسی اثر خود را اعمال می کند. کوکائین متابولیسم کبدی دارد و متابولیت های آن تا ۳۶ ساعت پس از مصرف در خون یا ادرار قابل تشخیص است.

علائم مسمومیت با کوکائین عبارتند از: تاکی کاردی یا برادی کاردی، اتساع مردمک ها، تعریق، افزایش یا کاهش فشار خون، تهوع یا استفراغ، کاهش وزن، سرآسیمگی یا کندی روانی حرکتی،

^۱ - Erythroxylon Coca

^۲ - Snowing

ضعف عضلانی، سردرگمی، تشنج، اختلال حرکتی، تضعیف تنفسی، درد قفسه سینه، آریتمی قلبی، سکتۀ قلبی، سکتۀ مغزی و مرگ ناگهانی. تزریق وریدی کوکائین بیش از هر ماده دیگری ریسک آندوکاردیت را افزایش می‌دهد. برخلاف بقیه مواد، آندوکاردیت در اثر تزریق وریدی کوکائین بیشتر سمت چپ قلب را درگیر می‌کند.

مصرف کوکائین به شکل تدخینی ریسک فاکتور مستقلی برای ابتلا به عفونت HIV در افراد تزریق‌کننده مواد است (بک و همکاران، ۲۰۰۹). بعلاوه وابستگی به کوکائین با میزان بالاتری از پرداخت پول جهت داشتن رابطه جنسی همراه است (کریسینا مدا^۱، ۲۰۰۸) و نیز در افراد HIV مثبت مصرف‌کننده کرک نشانه‌های افسردگی شایع است (گن تلو^۲ و همکاران، ۲۰۱۰).

آمفتامین نیز اثرات مشابه کوکائین دارد. آمفتامین از طریق آزادسازی پیش‌سیناپسی دوپامین و نوراپی‌نفرین و مهار بازجذب نوروترانسمیترها اثرش را ایجاد می‌کند. اثر دیگر آمفتامین آزادسازی ۵-هیدروکسی تریپتامین است که می‌تواند روی رسیتورهای سروتونین اثر بگذارد. متابولیسم آمفتامین مانند کوکائین کبدی و با ایزوآنزیم 2D6 سیتوکروم P450 است. مانند کوکائین، آمفتامین تحریک‌کننده قوی سمپاتیک است و باعث سکتۀ قلبی و تشنج می‌شود.

مطالعات نشان داده‌اند که مصرف‌کننده‌های آمفتامین جدا از تزریق‌کننده بودن یا نبودن ریسک بیشتری برای آلوده شدن و آلوده کردن افراد به HIV دارند. زمانی که آمفتامین با سیلدنافیل^۳ مصرف شود Sextasy نامیده می‌شود. این ترکیب باعث رابطه جنسی طولانی‌تر و خشن‌تر می‌شود و حتی ممکن است باعث پارگی لایه مخاطی آنال و افزایش احتمال انتقال ایدز شود. مقایسه بین افراد هم‌جنس‌گرایی که آمفتامین مصرف می‌کنند با هم‌جنس‌گرایی که آمفتامین استفاده نمی‌کنند نشان داده است که گروه اول شرکای جنسی بیشتری دارند، کمتر از کاندوم استفاده می‌کنند و بیشتر به ویروس ایدز آلوده می‌شوند. در مطالعه دیگری دیده شد که مردهای مصرف‌کننده آمفتامین شریک‌های جنسی و دفعات مقاربت بیشتری داشتند و بیشتر پول و مواد را با رابطه جنسی معاوضه می‌کردند و زنان مصرف‌کننده آمفتامین مقاربت و اژینال بیشتری داشتند ولی این موضوع با خود فروشی رابطه‌ای نداشت. هر دو گروه از کاندوم کمتر استفاده می‌کردند و از استفاده از سوزن مشترک در بین آنها شایع بود.

مت آمفتامین بیشترین اپیدمی را در بین مردان هم‌جنس‌گرای شهری دارد و اغلب با رفتارهای پرخطری مثل استفاده از سوزن مشترک و رابطه جنسی پرخطر ارتباط دارد. در مطالعه‌ای در جنوب

¹ - Christina S. Meada

² - Vogenthaler

³ - Sildenafil

فلوریدا دیده شد که ۱۸ درصد مردان همجنس‌باز در ۱۲ ماه گذشته کریستال مت آمفتامین را مصرف کرده بودند. مصرف کریستال مت آمفتامین در این افراد (چه HIV مثبت و چه HIV منفی) با افزایش رفتارهای پرخطر جنسی همراه بود (فارست^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). عوارض مت آمفتامین مانند آمفتامین است. بعضی از مطالعات نشان داده‌اند که مصرف مت آمفتامین در ایدز باعث پیشرفت دمانس وابسته به HIV می‌شود.

الکل

شیوع مادام‌العمر وابستگی به الکل در آمریکا حدود ۱۴/۱ درصد، پرنوشی الکل^۲ ۲۲/۸ درصد و مصرف سنگین الکل^۳ بدون مصرف در ماه گذشته ۶/۹ درصد است. این میزان‌ها در بین مردان همجنس‌گرا صرف‌نظر از آلوده بودن یا نبودن به ویروس HIV بیشتر است.

الکل به سرعت از دئودنوم جذب می‌شود. غلظت‌های بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر احتمالاً سبب اختلال حرکتی و تخریب قضاوت می‌شود و غلظت‌های بین ۲۰۰ تا ۴۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر سبب استوپور و کوما می‌شود. الکل گیرنده‌های گابا را فعال و گیرنده‌های NMDA را مهار می‌کند و یک اثر اضافی روی گیرنده‌های 5HT₃، نیکوتین و اوپیوئید دارد. الکل به وسیله آنزیم الکل دهیدروژناز متابولیزه می‌شود.

مشکلات وابستگی به الکل شامل آنمی، نوروپاتی محیطی و دمانس است که به خصوص در بیماران HIV مثبت که فی‌نفسه مستعد ابتلا به این عوارض هستند اهمیت دارند. از همه مهم‌تر الکل باعث ایجاد بیماری کبدی می‌شود و می‌تواند ریسک سیروز کبدی را تا دو افزایش دهد که این عارضه موجب تشدید عوارض عفونت همزمان هپاتیت C در بیماران HIV مثبت می‌شود. از دیگر عوارض طبی الکل می‌توان از زخم‌های گوارشی، پنومونی، کاردیوموپاتی، پانکراتیت، سوء تغذیه و سندرم ورنیکه کورساکف نام برد.

در بین افراد HIV مثبت سوء مصرف الکل عوارض طبی بیشتری ایجاد می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که افراد HIV مثبت ممکن است به اثرات منفی مصرف الکل بیشتر حساس باشند. در ضمن عدم پذیرش دارویی در کسانی که الکل را مورد سوء مصرف قرار می‌دهند شایعتر از مصرف کننده‌های هروئین است. مطالعات نشان می‌دهند که در بین افراد HIV مثبتی که الکل مصرف می‌کنند در روزهایی که الکل استفاده می‌کنند فراموش کردن مصرف داروهای ضد ویروسی شایعتر از کسانی

¹ - Forrest

² - binge alcohol

³ - heavy alcohol

است که الکل مصرف نمی‌کنند.

به علاوه مصرف الکل با رفتارهای پرخطر جنسی و مصرف تزریقی مواد که ریسک انتقال HIV را بالا می‌برند رابطه دارد. در مطالعه‌ای دیده شد که مصرف سیگار، الکل و حشیش با رفتارهای پرخطر جنسی رابطه داشتند (کاترین^۱، اکلینگتون^۲ و همکاران، ۲۰۰۹). در مطالعه‌ای در چین در بین جمعیت عمومی و گروه‌های پرخطر دیده شد که مصرف الکل با افزایش رفتارهای پرخطر جنسی رابطه دارد که نتایج این مطالعه مطابق با مطالعات انجام شده در آفریقا و کشورهای غربی بود (لی کیو^۳ و همکاران، ۲۰۰۹).

نشان داده شده است که در بین بیماران مبتلا به HIV افرادی که سابقه سوء مصرف الکل را دارند ضعف بیشتری در IQ کلامی و زمان واکنش دارند. اثر الکل در این موارد به اثر عفونت ایدز بر عملکرد شناختی فرد افزوده می‌شود. افراد با سابقه مصرف الکل ریسک بیشتری برای تخریب عملکرد شناختی در زمینه HIV دارند (جیل گرین^۴ و همکاران، ۲۰۰۴).

بیماری‌های همراه^۵

تشخیص سه‌گانه HIV/AIDS، سوء مصرف مواد و بیماری‌های روان‌پزشکی اغلب توسط درمانگرانی که با این گروه کار می‌کنند گذاشته می‌شود. بنابراین در زمان تشخیص HIV/AIDS باید فرد را از نظر کوموربیدیتی مواد و سایر بیماری‌های روان‌پزشکی نیز بررسی کرد.

در جمعیت عمومی حدود ۵۰ درصد افرادی که بیماری روان‌پزشکی دارند ممکن است که معیارهای سوء مصرف مواد را هم در طول زندگی خود پر کنند. ۲۰ درصد افرادی که موادی به جز الکل مصرف می‌کنند به طور همزمان اختلال خلقی نیز دارند و از طرف دیگر شیوع سوء مصرف مواد در بین بیماران اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی حتی بیشتر و حدود ۷۰ درصد است.

شیوع بیماری‌های روانی و سوء مصرف مواد در بین افراد HIV مثبت از جمعیت عمومی بیشتر است. یک مطالعه بزرگ روی بیماران آلوده به HIV نشان داد که رابطه‌ای قوی بین سوء مصرف مواد و تشخیص بیماری روان‌پزشکی وجود دارد. افسردگی در بین ۳۳ تا ۴۰ درصد بیماران HIV مثبت که تزریق مواد دارند دیده می‌شود. به طور معمول زنان HIV مثبتی که از مواد نیز استفاده می‌کنند کوموربیدیتی با اختلال استرس پس از سانحه دارند.

¹ - Katherine Elkington

² - Elington

³ - Li Q

⁴ - Jill E Green

⁵ - Comorbidity

در بین مصرف‌کنندگان افیون در کسانی که سابقه بیماری‌های روان‌پزشکی دارند استفاده از سرنگ مشترک شایعتر و استفاده از کاندوم کمتر است. در مطالعه جیم کلی و همکاران در سال ۲۰۰۰ نیز دیده شد که ریسک فاکتورهای رفتارهای پرخطر در بین مردان با شخصیت ضد اجتماعی بیشتر بود. بعلاوه بیماران HIV مثبتی که بیماری همراه روان‌پزشکی دارند کمتر تحت درمان پزشکی و درمان با داروهای ضدویروس (HAART) قرار می‌گیرند.

درمان

اولین گام در درمان وابستگی به مواد سم‌زدایی از ماده مصرفی به شکل بی‌خطر و با برخوردی انسانی است.

در زمان درمان وابستگی به الکل خیلی مهم است که نشانه‌های ترک را به اندازه کافی از بین ببریم. درمان وابستگی به الکل نباید تا زمانی که وضعیت طبی بیمار پایدار نشده است متوقف شود و بیمار نباید علائم ترک الکل را به مدت طولانی تجربه کند. در غیاب عوارض طبی جدی، سندرم ترک الکل معمولاً گذرا است و خود به خود محدود می‌شود.

درمان سندرم ترک الکل شامل درمان علامتی علائم ترک و پروفیلاکسی است. بنزودیازپین‌ها در درمان وابستگی به الکل و وابستگی به داروهای ضد اضطراب و خواب‌آور درمان انتخابی هستند. ابتدا باید از بنزودیازپین‌های طولانی اثر استفاده کرد. سم‌زدایی می‌تواند با دوزی مشابه افرادی که HIV مثبت نیستند صورت گیرد ولی در مراحل آخر بیماری HIV لازم است که از دوز پایین‌تر استفاده شود. در بیمارانی که بیماری کبدی دارند استفاده از اکسازپام توصیه می‌شود. بعلاوه باید از ویتامین‌ها به خصوص تیامین نیز برای درمان نوروپاتی محیطی و سندرم ورنیکه کورساکوف استفاده کرد. بعضی از بالینگران طرفدار استفاده از ضدتشنج‌ها در درمان وابستگی به الکل هستند.

متادون^۱ روش ارجح در درمان علائم ترک افیون است روش‌های در دسترس دیگر استفاده از بوپرونورفین^۲ و کلونیدین^۳ است. سم‌زدایی کوکائین و سایر محرک‌ها دارویی نیست. بعد از سم‌زدایی و پایدار شدن وضعیت طبی بیمار هدف درمان جلوگیری از عود خواهد شد. داروهای کمکی شاید برای بیماران HIV مثبتی که وابستگی شدیدی به مواد دارند جهت کمک به پرهیز لازم باشد. دی سولفیرام، آکامپروسات و نالتروکسان همه جهت کنترل تمایل به مصرف الکل به کار می‌روند. درمان نگهدارنده با متادون برای جلوگیری از مصرف افیون مؤثر است.

^۱ - Methadone

^۲ - buprenorphine

^۳ - Clonidine

درمان سوء مصرف و وابستگی به مواد یک فرآیند طولانی است. اغلب مصرف کنندگان مواد نمی‌خواهند و یا نمی‌توانند که مصرف مواد را قطع کنند. در این بیماران هدف اصلی درمان باید کاهش احتمال ابتلا به HIV باشد. برنامه کاهش آسیب¹ راهکاری است که به خصوص مناسب برای افراد وابسته به مواد مناسب است. مثالهایی از این برنامه عبارتند از: فراهم آوردن امکان تزریق استریل توسط افراد آموزش دیده، سرویس‌های توزیع سرنگ استریل، درمان نگهدارنده با متادون که باعث کاهش مصرف غیرقانونی مواد و کاهش روابط جنسی پرخطر می‌شود.

درمان نگهدارنده با متادون

مصرف مواد زندگی را بی‌نظم می‌کند و اجازه نمی‌دهد که مصرف‌کننده رفتارهای منظم مثل مصرف روزانه دارو را انجام دهد. بیماران که دوز کافی متادون دریافت می‌کنند بیشتر رژیم دارویی خود را رعایت می‌کنند. این افراد داروهای غیرقانونی کمتری مصرف می‌کنند و سبک زندگی با ثبات‌تری دارند. معمولاً متادون با دوز کمتر از ۴۰ میلی‌گرم در روز دوز پایینی محسوب می‌شود. تعداد زیادی از کسانی که هرئین مصرف می‌کنند به دوز ۵۰ تا ۱۰۰ میلی‌گرم در روز نیاز دارند. بعلاوه عوامل زیادی مثل بیماری‌های مزمن (بیماری کبدی)، حاملگی و سایر داروها ممکن است روی متابولیسم متادون تأثیر بگذارد.

تداخلات دارویی

تداخلات دارویی در هنگام تجویز متادون و بوپرونورفین مهم هستند. مثلاً نوپراپین و افویرنز القاکننده سیتوکروم ایزوآنزیم 3A4 هستند و می‌توانند با بالا بردن متابولیسم متادون علائم ترک را در بیماران که روی درمان نگهدارنده متادون هستند ایجاد کنند. بنابراین بیماران که از این داروها استفاده می‌کنند برای جلوگیری از تمایل به مصرف و کاهش ریسک تزریق مواد به دوز بالاتری از متادون نیاز دارند و بر عکس در زمان قطع این داروها ممکن است دوز متادون بالا برود و عارضه مسمومیت با متادون ایجاد شود. با وجودی که ریتوناویر مهارکننده سیتوکروم P450 است ولی می‌تواند با القای ایزوآنزیم‌های 3A α و 2B6 متابولیسم متادون را بالا ببرد و علائم ترک را ایجاد کند. همچنین دیده شده است که متادون سطح پلاسمایی زیدوودین را بالا می‌برد و باعث عوارض دارویی می‌شود. بوپرونورفین نیز با ایزوآنزیم 3A α متابولیزه می‌شود و تداخلاتی مشابه متادون دارد. الکل به طور قابل توجهی سطح خونی آباکاویر را به علت رقابت با آنزیم الکل دهیدروژناز بالا

¹ - Harm reduction plan

می‌برد. اگرچه مصرف طولانی مدت الکل می‌تواند ایزوآنزیم 3A4 را القا و سطح بعضی از ضد ویروس‌ها را کاهش می‌دهد.

ریتوناویر و احتمالاً مهارکننده‌های پروتئاز می‌توانند متابولیسم آلپرازولام را مهار کنند که باعث سرکوب تنفسی و خواب‌آلودگی می‌شود. دیده شده است که مصرف حشیش فراهمی زیستی ایندیناویر و نلفیناویر را پایین می‌آورد هر چند که مکانیسم آن هنوز مشخص نشده است.

MDMA (اکستازی) و مت‌آمفتامین هر دو به طور اولیه با ایزوآنزیم 2D6 متابولیزه می‌شوند. گزارش‌هایی از مرگ در صورت مصرف همزمان مت‌آمفتامین و ریتوناویر که ایزوآنزیم 2DR را مهار می‌کند وجود دارد. هم‌چنین دو گزارش مرگ در بیمارانی وجود دارد که ریتوناویر را با اکستازی مصرف کرده بودند. کتامین و فن‌سیکلیدین به طور اولیه با ایزوآنزیم 3A4 متابولیزه می‌شوند و باید به تداخل آن‌ها با HAART توجه شود.

نکات مهم بالینی این بخش

- ✓ تزریق هرئین یکی از شایع‌ترین راه‌های انتقال ویروس ایدز است.
- ✓ علائم سندرم ترک ریسک رفتارهای پرخطر را در بین بیماران تزریق‌کننده مواد بالا می‌برد.
- ✓ مصرف کوکائین و کرک ریسک رفتارهای پرخطر را در بین بیماران مصرف‌کننده مواد بالا می‌برد.
- ✓ مصرف آمفتامین باعث افزایش خطر ابتلا و انتقال ویروس HIV می‌شود.
- ✓ در بین افراد HIV مثبت سوء مصرف الکل عوارض طبی بیشتری ایجاد می‌کند و این گروه به عوارض الکل نیز بیشتر حساس هستند.
- ✓ در زمان تشخیص همزمان عفونت HIV و تزریق وریدی مواد باید به کوموریدیتی‌های روانپزشکی همراه در این بیماران توجه کرد.
- ✓ اولین گام درمان اختلالات وابستگی به مواد در بیماران HIV مثبت و AIDS سم‌زدایی بی‌خطر و انسانی است.
- ✓ درمان وابستگی به الکل تا زمانی که بیمار وضعیت طبی ثابتی نداشته باشد نباید شروع شود و مهم است که نشانه‌های ترک الکل را در بیمار به اندازه کافی رفع نماییم.
- ✓ در سم‌زدایی الکل از بنزودیازپین‌های طولانی اثر و با دوزی مشابه افراد HIV منفی استفاده می‌شود.
- ✓ در صورتی که بیمار، بیماری کبدی همراه دارد در سم‌زدایی الکل از اکسازپام استفاده می‌شود.
- ✓ متادون روش انتخابی درمان ترک افیون در بیماران HIV/AIDS است.
- ✓ برنامه کاهش آسیب، راهبردی مناسب در افراد وابسته به مواد است.
- ✓ در درمان نگهدارنده با متادون دوز کمتر از ۴۰ میل‌گرم در روز به طول معمول دوز کمی محسوب می‌شود و تعداد زیادی از مصرف‌کنندگان هرئین به دوز ۵۰ تا ۱۰۰ میلی‌گرم در روز نیاز دارند.
- ✓ نوپراپین، افویرنز و ریتوناویر می‌توانند متابولیسم متادون را بالا ببرند و علائم ترک را در بیمارانی که تحت درمان نگهدارنده با متادون هستند ایجاد کنند.
- ✓ در مصرف همزمان مهارکننده‌های پروتئاز و ریتوناویر سطح آلپرازولام بالا می‌رود و عوارض دارویی ایجاد می‌شود.

- Cohen, M.A., Jack, M., Gorman, (2008). COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF AIDS PSYCHIATRY, Oxford University press.
- Citron, K., Brouillette, M., Beckett, A., (2005). HIV and Psychiatry Training and Resource Manual, Cambridge university press
- Mateu-Gelabert, P., Sandoval, M., Meylakhs, P., Wendel, T., Friedman, S. R., (2003). Strategies to avoid opiate withdrawal implications for HCV and HIV risks, *Int J Drug Policy*.
- Substance use and sexual risk behavior in perinatally human immunodeficiency virus exposed youth: role of caregivers, Peers and HIV status.
- Katherin, S., Elington, J. A., Baremeister, Elizabeth Brackis-Cott, Curtis Dolezol, Claude, A., Mellins, (2009). *Journal of Adolescent Health* 45, 133-141.
- Christina, S., Meade, Fiona, S., Graff, Margaret, L. Griffin, Roger, D. Weiss, (2008). HIV risk behavior among patients with co-occurring bipolar and substance use disorders: Associations with drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 92: 296-300.
- Li Q, Li X, Staton, B. (2009). Alcohol use and sexual risk behaviors and outcomes in China: A literature review. *AIDS Behavior*.
- Forrest, D. W., Metsch, L. R., Lalota, M., Cardenas G., Becrow, Jemoty, Y. (2010). ...jstal methamphetamine use and sexual risk behaviors among HIV-Positive and HIV- Negative men who have sex with men in south Florida, *Journal Health*, 26.
- Jill, E., Green, Radm, V. Saveanu, and Robert, A., Bornstein, (2004). The effect of previous alcohol abuse on cognitive function in HIV infection. *Am J Psychiatry*, 161: 243-254.
- Vogenthalen, N. S., Hadley, C., Rodring, ues A. E., Valverde, E. E., Del Rio, C., Metsch, L. R. (2010), AIDS behavior depression symptoms and food insufficiency among HIV-infected crack users in Atlanta and Miami.
- De Beck, Kerr, T., Lik, Fischer, B., Buxton, J., Montaner, J., Wood, E. (2009). Smoking of crack cocaine as risk factor for HIV injection among people who use injection drugs, *CMAJ*, 181(9): 586-9.
- Jaime, L., Kelley, B C., Nancym M., Petry, (2000). HIV risk behaviors in male substance abuse with and without antisocial personality disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19: 59-66.

اختلال انطباق در **HIV/AIDS**

اختلال انطباق به واکنش‌های نامناسب هیجانی در پاسخ به استرس‌های روانی اجتماعی گفته می‌شود. استرسورهای غالب عبارتند از مسائل مالی، بیماری طبی یا مشکلات ارتباطی. علایم ایجاد شده به شکل اضطراب، افسردگی، ترکیب اضطراب و افسردگی و یا اختلال سلوک و یا اختلال هیجان و رفتار توأم می‌باشد. طبق تعریف DSM-IV-TR علایم باید ظرف مدت ۳ ماه بعد از شروع رخداد استرس‌زا ایجاد شوند و ظرف ۶ ماه پس از رفع عامل استرس‌زا باید علایم برطرف گردند. این اختلال می‌تواند حاد یا مزمن باشد. در صورتی که اختلال کمتر از ۶ ماه طول بکشد حاد و اگر ۶ ماه یا بیشتر طول بکشد مزمن می‌باشد.

شیوع این اختلال در جمعیت عمومی ۲ تا ۸ درصد است و در زنان ۲ برابر شایعتر است. در یک مطالعه بزرگ اختلال انطباق مشترک‌ترین اختلال در یک گروه بیماران مبتلا به ایدز بود. اختلال انطباق ممکن است در افرادی که آزمایش تشخیص HIV را می‌دهند بدون توجه به نتیجه آزمایش رخ دهد. اگر نتیجه آزمایش مثبت باشد احتمال اختلال انطباق بیشتر می‌شود و هر دو نوع افسرده و مضطرب و یا ترکیب آن دو ممکن است رخ دهد.

نتیجه منفی آزمایش به همان اندازه نتیجه مثبت آزمایش مهم است و ممکن است در بعضی افراد حالت سرخوشی^۱ همراه با روابط جنسی بیشتر و بی‌قاعده و سوء مصرف مواد ایجاد کند. قابل ذکر است که افسردگی و اضطراب می‌توانند به صورت واکنش کاملاً نرمال در پاسخ به بیماری ایدز ایجاد شوند که در این صورت گذرا هستند و باید از اختلال انطباق تشخیص داده شوند. روان‌درمانی همچنان بهترین درمان این اختلال است. به بیمار برای رفع تصورات غلط وی در مورد آزمایش و بیماری و حفظ و انجام رفتارهای انطباقی باید آموزش داده شود. داروها به عنوان یک استراتژی کمکی در کنار روان‌درمانی همیشه می‌توانند مدنظر باشند.

همکاری درمانی در **HIV/AIDS**

همکاری (adherence) یا پذیرش درمانی (compliance) به معنای پیروی بیمار از توصیه‌های پزشکی است که باید به درستی و مطابق گفته‌های درمان‌گر انجام شود. همکاری درمانی بیشتر به دارو یا پذیرش دارو اشاره دارد اما برای استفاده از وسایل پزشکی مثل جوراب‌های طبی، مراقبت از زخم‌های مزمن و تمرینات فیزیوتراپی، که بیمار به تنهایی انجام می‌دهد نیز به کار می‌رود؛ همین‌طور شرکت در مشاوره یا دوره‌های دیگر درمانی هم در این حیطه جای دارد. برطبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO) ۱ همکاری، میزان درست مصرف کردن دارو بر اساس تجویز پزشک، پیروی از رژیم درمانی و تغییر شیوه زندگی مطابق با پیشنهادات ارائه‌کننده خدمات مراقبتی است.

موثرترین روشی که یک درمان‌گر می‌تواند به وسیله آن همکاری درمانی را در بیمار خود افزایش دهد ایجاد رابطه‌ی خوب و مثبت با بیمار است. پذیرش درمانی همیشه یکی از داستان‌های مسئله ساز درمان بیماران است. جالب است بدانید که در بیماری‌های مختلف (از بیماری‌های روانپزشکی مثل اسکیزوفرنیا گرفته تا بیماری‌های جسمی مثل هیپرتانسیون)، در هر زمان تنها حدود ۵۰ درصد بیماران همکاری درمانی کامل دارند و بقیه یا داروهای خود را مصرف نمی‌کنند یا نامنظم مصرف می‌کنند.

برخی از عواملی که در افزایش همکاری درمانی می‌تواند موثر باشد شامل موارد زیر است:

- بیمار احساس ناخوشی و کسالت داشته باشد؛
- بیماری باعث ایجاد محدودیت‌هایی در فعالیت‌های بیمار شده باشد؛
- دستورالعمل نوشته شده و آموزش‌های طراحی شده برای مصرف دارو وجود داشته باشد؛
- بیماری فرد حاد باشد؛
- برنامه‌ی درمان ساده باشد؛
- بیمار زمان کمتری را در اتاق انتظار صرف نماید؛
- بیمار درک کرده باشد که مزایای مراقبت و درمان از هزینه‌های آن مهم‌تر است؛
- بیمار از حمایت همسالان (peer) برخوردار باشد

احتمال دارد بیماران به دلایلی مثل ترس یا خجالت، به کارکنان خدمات بهداشتی از همکاری درمانی که در واقع همان رعایت درست اصول روش درمان و مصرف دارو است گزارش واقعی ارائه ندهند. مواردی مثل توییح از طرف تیم درمانی و یا اینکه در مورد زحمات و تلاش‌های کادر درمان ناسپاس به نظر برسند از این جمله هستند.

¹ - World Health Organization

دلایلی که ممکن است در کاهش همکاری درمانی اثر داشته باشد:

- فراموشی؛
- ارتباط ضعیف با پزشک؛
- کم بودن تعداد نشانه‌ها؛
- مزمن بودن بیماری؛
- عدم دسترسی به داروهای تجویز شده؛
- روشن نبودن هدف درمان؛
- کم بودن اثری که از درمان درک شده است؛
- عوارض جانبی داروها؛
- واضح نبودن دستور العمل برای استفاده کننده؛
- مشکلاتی از قبیل حمل قرص‌های کوچک و یا سفر به خاطر درمان؛
- دستورات ناخوشایند، مانند طعم نامطبوع؛
- پیچیده بودن رژیم درمانی؛
- هزینه‌ی داروها.

همکاری درمانی در HIV/AIDS

عفونت HIV و بیماری‌های روانی اغلب با شرایط پیچیده اجتماعی، مانند بی خانمانی، فقر، بیکاری، خشونت خانگی، مشکلات قانونی، تبعیض، بدنام سازی و نگرش بدبینانه نسبت به درمان رایج همراه هستند. این وضعیت بیمارگونه اجتماعی، شرایط را برای همکاری درمانی بهینه بگرنج‌تر می‌کند (پالمر^۱ و همکاران، ۲۰۰۳، بونیک^۲ و همکاران ۲۰۰۲ به نقل از سوهن^۳، جیک^۴ و گورمن^۵، ۲۰۰۸).

در عفونت HIV برای دستیابی به حداکثر سرکوبی گسترش عفونت، پذیرش درمانی اهمیت بسیار زیادی دارد، یعنی لازم است درمان به شکل مستمر ادامه یابد و بنابراین شناخت تمام عواملی که بر پذیرش درمان اثر می‌گذارند و مرتفع نمودن آن‌ها در حد امکان اهمیت ویژه‌ای دارد. در طی بیست سال گذشته درمان HIV پیشرفت زیادی داشته است و دستاوردهای حاصل از

¹ - Palmer
² - Bouhnik
³ - Cohen
⁴ - Jack
⁵ - Gorman

تحقیقات منجر به کنترل HIV و کمک به زندگی طولانی‌تر و سالم‌تر افرادی که با HIV زندگی می‌کنند، شده است. بزرگترین مانع موفقیت درمان، عدم همکاری درمانی است. برای دستیابی به نهایت اثر داروها، باید آنها را دقیقاً مطابق نسخه و بدون حذف دوزها مصرف کرد. با اینکه ممکن است این مطلب به نظر ساده بیاید اما، متأسفانه همیشه هم به این سادگی نیست با وجود مسائلی مثل عوارض جانبی دارو، فقدان انرژی و دلواپسی از محرمانه ماندن موقعیت بیماری، همکاری درمانی خیلی سخت است.

برای اینکه داروها کار خود را درست انجام دهند، فرد باید درست عمل کند؛ او باید هر بار داروی خود را، با دوز صحیح مصرف کند. البته همکاری درمانی علاوه بر این که نیازمند پذیرفته شدن اطلاعاتی است که در مورد وضعیت بیماری و مسائل تهدیدکننده سلامتی بیمار به او داده می‌شود، به توانایی درمانگر در ترغیب بیماران در توجه به ارزنده بودن درمان هم بستگی دارد. همینطور اطمینان بیمار از اعتبار، همدردی، علاقه و دلواپسی درمانگرش نیز خیلی مهم است. یکی دیگر از عواملی که در عدم همکاری درمانی نقش دارد، استیگماست. استیگما یا انگ منجر به کاهش پذیرش درمانی می‌شود. دلیل کاهش پذیرش این است که مصرف دارو برای فرد به معنی پذیرفتن ابتلا به بیماری انگ زده شده است. استیگما مانع پذیرش نقش بیمار و بنابراین پیروی آنان از درمان می‌شود.

مورد بعدی در عدم همکاری این است که با وجود پیشرفت‌های بسیاری که در دارودرمانی HIV شده (مانند اثرات جانبی کمتر، محدودیت‌های کمتر و دوز ساده‌تر دارو)، مصرف داروهای HIV هنوز هم روزانه و مادام‌العمر هستند. این برای بسیاری از افراد دشوار است و باعث به کاهش همکاری درمانی می‌شود. یکی از بزرگترین مسائل پیرامون همکاری درمانی این است که گاهی اوقات تنظیم داروها در یک برنامه دارویی ساده مشکل است، اما مزایای درمان به اندازه‌ای هست که ارزش تلاش کردن را داشته باشد.

بر اساس تجزیه و تحلیل یک مطالعه، همکاری درمانی در سه سطح دسته بندی شده است

- ۱- همکاری درمانی مناسب ($\leq 90\%$)، ۲- همکاری درمانی کمتر (از $< 90\%$ تا $> 0\%$) و ۳- عدم همکاری کامل (۰٪). در این مطالعه همبستگی بین سطح آگاهی بهداشتی افراد و همکاری درمانی بررسی شده است. از میان شرکت کنندگان با آگاهی سلامتی کم یا نامناسب، ۲۳/۵٪ به عنوان همکاری کننده‌ی مناسب (گروه ۱) طبقه بندی شدند، ۴۱/۲٪ در سطح کمتر یا دوم قرار گرفتند و ۳۵/۳٪ در دسته سوم یا عدم همکاری درمانی دسته بندی شدند. همکاری درمانی اندازه گیری شده با سواد بهداشتی مرتبط بود.

تحقیقات قبلی نشان داده است که طیف گسترده‌ای از عوامل با عدم همکاری درمانی در رژیم ضدترتروویروسی مرتبط هستند (مورفی^۱ و همکاران ۲۰۰۳، به نقل از مورفی و همکاران ۲۰۰۹). درک نوجوان از فقر بهداشت با فعالیت بالای درمان ضدترتروویروسی (HAART)^۲ در ارتباط است و اشاره شده است تصمیم شخصی برای پذیرفتن درمان ضد ویروسی بستگی به این باور دارد که بیماری سلامتی او را تهدید می‌کند) اسچوارز^۳ و همکاران ۲۰۰۱، به نقل از مورفی و همکاران، ۲۰۰۹) بر خلاف یافته‌های مرتبط با بیماران بزرگسال مبتلا به HIV، در میان نوجوانان آگاهی از سلامت ارتباط معنی داری با پذیرش تنظیم دارو از نظر سن و سطح تحصیلات؛ بار ویروسی؛ خود-اثر بخشی به همکاری رژیم دارویی ندارد و تنها ارتباط قابل توجه و معنی دار بین آگاهی بهداشتی و مراقبت‌های پزشکی دریافت شده است (مورفی و همکاران، ۲۰۰۹).

چه مسائلی در عدم همکاری درمانی HIV/AIDS نقش دارد؟

- نداشتن اطلاعات در مورد بیماری ایدز؛
- وجود انکار، اضطراب یا افسردگی؛
- مصرف الکل یا مواد مخدر؛ مصرف الکل می‌تواند مشکلات جدی در رفتار و شناخت ایجاد کند. همچنین عاملی برای عدم همکاری درمانی است. بیمارانی که الکل مصرف می‌کنند بیشتر احتمال دارد عدم همکاری داشته باشند تا کسانی که هروئین مصرف می‌کنند.
- ضعیف بودن وضعیت اجتماعی؛
- کمبود سطوح پوشش بیمه درمانی؛
- زیاد بودن تعداد داروهای تجویز شده و تعداد قرص‌های هر روز؛
- بالا بودن دوزهای دارو؛
- دقیق بودن دوز مورد نیاز؛
- وجود اثرات جانبی در حال حاضر یا مسمومیت‌های طولانی مدت؛
- ارتباط ضعیف پزشک و بیمار؛ صرف نظر از فرهنگ، همکاری درمانی می‌تواند برای هر بیمار یک چالش باشد. هنگامی که پزشک و بیمار از فرهنگ‌های مختلف می‌آیند و با زبان‌های مختلف صحبت می‌کنند، این موضوع پررنگ‌تر می‌شود و ایجاد ارتباط موثر و توانایی بیمار در همکاری

¹ - Murphy

² - highly active antiretroviral therapy

³ - Schwarz

درمانی سخت‌تر می‌شود. چگونه می‌تواند یک درمانگر، همدردی، علاقه و دلواپسی‌اش را به بیمار از یک فرهنگ متفاوت انتقال دهد؟

کلید همکاری درمانی، ارتباط موثر بین درمانگر و بیمار است. چهار فعالیت که می‌تواند به روابط بهتر کمک کند:

۱. سوالات بدون قضاوت پرسید که به درمانگر در درک دیدگاه بیمار از مشکلش کمک کند.
۲. به بیمار با دقت گوش دهید، به پرسش‌هایش جواب دهید، سعی کنید کلیدهایی پیدا کنید که بیمار پیشنهادات درمان را بفهمد و بپذیرد.
۳. با بیمار و اعضای خانواده‌اش تنظیم اهداف واقعی درمان را هماهنگ کنید و اگر لازم است برای تغییر و اصلاح رفتار آموزش دهید.
۴. کمک کنید بیمار حل مساله را فرا بگیرد و برای مشکلاتش از آن استفاده کند.

- HAART در درمان HIV مورد استفاده قرار می‌گیرد و میزان همکاری درمانی در درمان ضدویروسی با هزینه مراقبت بهداشتی مرتبط است. کاهش هزینه‌های درمان باعث همکاری درمانی بهتر و بهبود نتایج درمانی در افراد مبتلا به HIV می‌شود. یک بررسی روی ۶۸۳۳ بزرگسال که با HIV زندگی می‌کردند، اثر مستقیم این موضوع را تأیید کرد.

- همچنین یک مطالعه متاآنالیز درباره همکاری درمانی و توقف میزان ویروس در بیمارانی که روزانه یکبار دارو استفاده کردند در مقابل آنهایی که روزانه دو بار دارو را دریافت کردند، روی ۱۱ مطالعه منتشر شده بین سال‌های ۲۰۰۴ و ۲۰۰۸، نیز نشان داد که استفاده یکبار دارو در روز، همکاری درمانی را بهبود می‌بخشد (پرینتی^۱، بنگسبرگ^۲، وردن^۳ گاردنر^۴، ۲۰۰۹). البته اثر قابل مشاهده‌ی مصرف یکبار دارو در مقابل دو بار در روز خیلی در میزان همکاری درمانی خیلی زیاد نیست. چرا که همکاری درمانی یک رفتار پیچیده با فاکتورهای گوناگون است. اثرات بهبود درمان نباید به تجویز یکبار در روز دارو، محصور شود. دیگر عوامل شامل قابلیت پذیرش درمان، خطر مقاومت نسبت به پذیرش مصرف دارو و نحوه همکاری درمانی بیمار به طور معمول نیز نکات قابل توجه و مهمی در انتخاب رژیم مناسب برای هر بیمار هستند.

1- Parienti
2- Bangsberg
3- Verdon
4- Gardner

چه عواملی می‌تواند در همکاری درمانی زنان تاثیر داشته باشد؟

بسیاری از زنان با داروهای تجویز شده HIV، به دلایل زیر مشکل دارند:

- برنامه‌های روزانه شلوغی دارند
 - نمی‌توانند وضعیت HIV خود را به همکاران، دوستان و یا حتی خانواده بگویند
 - وجود افسردگی در زنان HIV مثبت، بیشتر از مردان HIV مثبت باعث عدم همکاری می‌شود
 - فشارهای جانبی زندگی مانند نگرانی از کودکان یا مسائل مربوط به والدین در آنها بیشتر است
 - زنان کمتر از مردان به بیمه خدمات درمانی دسترسی دارند و بدون بیمه درمانی، بعید است که قادر به استفاده از مراقبت‌های پزشکی و درمان باشند
 - بسیاری از زنان HIV مثبت، مسکن امن و یا دائم را ندارند
- بررسی‌ها نشان داده که حتی وقتی زنان تحت درمان HAART هستند با موانع زیادی برای همکاری درمانی روبرو هستند؛ مواردی مثل ترس از افشای اسرار، قربانی خشونت خانگی شدن و عدم همکاری درمانی همسری که حاضر به دادن تست نیست.
- علی‌رغم پیچیدگی‌های زندگی زنان، مطالعات متعدد نشان داده است که زنان به همان اندازه مردان با رژیم‌های دارویی همکاری دارند، به ویژه هنگامی که زنان با ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی خود رابطه‌ای مطمئن دارند همکاری درمانی خوبی دارند. اثرات جانبی عامل مهمی در تعیین ادامه برنامه دارویی زنان است. اگرچه تمام داروهای ضد HIV ممکن است اثرات جانبی داشته باشند، اما همه بیماران تمام این عوارض را تجربه نمی‌کنند. این که فرد بداند با چه عوارضی ممکن است روبرو شود خوب است و باعث می‌شود که در صورت بروز اثرات جانبی نحوه مدیریت آن‌ها را بداند و برای پذیرش آن آمادگی ذهنی داشته باشد.

مسائلی که باید وقتی همکاری درمانی رسیدگی می‌شود به یاد داشته باشید عبارتند از:

- ایجاد شرایط خوب برای شروع درمان
- تصمیم‌گیری به موقع و تجویز داروی مناسب با احتساب نیاز روانی و بدنی
- در نظر گرفتن شیوه زندگی فرد و نوعی از رژیم که با عادات روزانه متناسب باشد
- کشف موانع همکاری درمانی و خلق راه‌هایی که آنها را کنترل می‌کند
- فراهم کردن شرایطی برای بهبود همکاری درمانی بیمار
- بررسی هرگونه نگرانی بیمار از اثرات جانبی داروها و توضیح دادن در صورت لزوم
- اثر سنگینی بار ویزیت‌های بیمارستان یا کلینیک
- اثر ابتلا به یک بیماری مزمن که نیاز به مقابله داریم و صرف انرژی زیادی دارد

چه مسائلی بر همکاری درمانی کودکان و نوجوانان HIV مثبت تاثیر دارد؟

رعایت بعضی از رژیم‌های HAART حتی برای بیماران وظیفه شناس هم خیلی سخت است. بنابراین ارائه دهندگان بهداشت روان وقتی با بچه‌ها و نوجوانان HIV مثبت کار می‌کنند، باید درک آنها را از نحوه درمان ارزیابی کنند و هم تعهد به همکاری درمانی، توانایی و رضایت‌مندی بچه‌ها را از مصرف داروها مورد بررسی قرار دهند.

همچنین آنها باید موقعیت این بچه‌ها را در خانواده مد نظر قرار دهند و بررسی کنند که خانواده تا چه اندازه از موقعیت HIV فرزندان خود آگاه هستند. اگر خانواده سعی کند HIV بچه را مخفی نگه دارد ممکن است در فرآیند درمان تداخل ایجاد کند، به عنوان مثال ظرف داروی بچه را مخفی کنند، وقتی در خانه نیستند اجازه دهند بچه دوز دارو را مصرف نکند یا اینکه نسخه‌ها را از داروخانه‌ی محل خودشان تهیه نکنند. در حقیقت ممکن است ترس از افشا و انگ حاصل از آن را داشته باشند که تمام این موارد موجب کاهش همکاری درمانی می‌گردد و در نتیجه ممکن است درمان به‌طور کامل انجام نشود. از دیگر موارد مهم این حیطه مواردی مثل موقعیت اقتصادی اجتماعی و شیوه‌های زندگی خانواده‌ها است که باید مورد بررسی قرار گیرد. وقتی بچه‌ها با مراقبشان رابطه خوبی دارند، گرایش دارند همکاری نسبتاً خوبی داشته باشند. مشاوره درمانی - رفتاری نیز برای کمک در روش خوردن قرص موثر است.

کدام روش‌ها همکاری درمانی را در بچه‌ها و نوجوانان آسان می‌کند؟

نوجوانان دارای بیماری‌های مزمن پزشکی گرایش دارند، داروهایشان را آزمایش کنند، بنابراین متخصصان باید انتظار عدم همکاری با HAART را داشته باشند. اما سطح عدم همکاری نوجوانان زیاد قابل پیش بینی نیست (بلزر^۱ و همکاران، ۱۹۹۸، به نقل از سیترون^۲، برویلت^۳، بکت^۴، ۲۰۰۵). تهدید کردن جوانان یا سعی در این که آنها را به هراس بیاندازید تا از درمان پیروی کنند معمولاً در همکاری درمانی اثر بخش نیست. در مقابل کار با نوجوانان برای توسعه اهداف مشترک و ارائه تفسیر بدون قضاوت درباره مزایای همکاری درمانی اثر گذارتر است.

برنامه‌های منظم با همکاری درمانی بهتری همراه هستند و همین‌طور باعث می‌شوند که خدمات بالینی جوابگوی نیاز بیماران باشد و کمتر از سرویس‌های اورژانس بهره بگیرند. استفاده از این

¹- Belzer

²- Citron

³- Brouillette

⁴- Beckett

روش‌ها می‌تواند برای ایجاد دوره‌های مشابهی برای کودکان مبتلا به HIV نیز کمک کننده باشد. همچنین تسهیل کردن گروه‌های حمایتی همسان یک استراتژی اثرگذار است، که هم کمک می‌کند جوانان تکنیک‌های مدیریت استرس را برای مقابله با HIV یاد بگیرند و هم فرصتی پیدا می‌کنند که راهکارهای خاص را برای مصرف دارو با همدیگر در میان بگذارند.

متخصصان باید به یاد داشته باشند که همکاری درمانی در طول درمان ثابت نمی‌ماند. جوانان اغلب در زمان‌هایی از استرس برگشت دارند. این خیلی مهم است که همکاری درمانی بیماران به طور مداوم ارزیابی شود و روش‌هایی را به منظور محدود کردن تنش‌ها بررسی و استفاده کنند، چون ممکن است بر تمایل و رضایت‌مندی یا توانایی‌شان برای مصرف داروهای تجویز شده اثرگذار باشد. برای ارائه‌ی مراقبت موثر به جوانان مبتلا به HIV و خانواده‌های آنان، تیم درمان باید منعطف و بردبار باشند. برای خیلی از بچه‌ها و نوجوانانی که تکنیک‌های HAART را پذیرفته‌اند، HIV بیشتر یک بیماری مزمن می‌شود و دیگر کمتر به عنوان یک بیماری مهلک به آن می‌نگرند. اما رژیم درمانی HAART می‌تواند سنگین و طاقت فرسا باشد و همکاری درمانی برای بعضی از جوانان یک مشکل جدی است. متخصصان بالینی بهداشت روان می‌توانند نقش یک کلید را در افزایش همکاری درمانی در رژیم دارویی بازی کنند، همچنین مدیریت و کنترل درد و ارائه درمان روانپزشکی برای خانواده در صورت لزوم را به عهده داشته باشند.

نقش روانپزشکان در همکاری درمانی HIV/AIDS

با وجود اینکه بیست و پنج سال از شناخت HIV/AIDS می‌گذرد و در این مدت بررسی‌های زیادی برای تشخیص و درمان آن انجام شده است، در عین حال هنوز مسائل زیادی در این مورد نیاز به مطالعه و بررسی بیشتر دارد. این بیماری برای مردم ناشناخته است و علاوه بر نحوه انتقال و درمان، سوالات بی‌پاسخ زیادی وجود دارد که باعث می‌شود فشار اطلاع از ابتلا به آن، برای خود فرد یا یکی از عزیزان بیشتر از خیلی بیماری‌های دیگر بار عاطفی به جا بگذارد و مسائل روانی و اجتماعی زیادی را با خود به همراه می‌آورد. در این بین، حضور روانپزشکان به عنوان متخصصانی که از نزدیک با این موارد و مشکلات آشنا هستند و می‌توانند به افرادی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند و خانواده‌های آنان کمک کنند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

روانپزشک می‌تواند نقش مهمی در شناسایی و درمان افسردگی و سنجش میزان پذیرش درمان بیمار بازی کند. همچنین می‌تواند با پزشک بیماری که با HIV/AIDS زندگی می‌کند رابطه برقرار کند، در تصمیم‌گیری در مورد به تأخیر انداختن شروع HAART برای بررسی بیشتر کمک کند یا

شاید یک توقف در HAART (هرچند موقت باشد) را لازم بداند و این ممکن است به دلیل احتمال خطر عدم همکاری مداوم بیمار در مواجهه با افسردگی باشد. روانپزشکان می‌توانند برنامه درمانی HIV را با بیماری‌های روانپزشکی متناسب کنند.

برای بیماران روانپزشکی که HIV مثبت نیز هستند روانپزشکان رابط‌های مناسبی با درمانگران عفونی و تیم درمانی هستند. آنها می‌توانند کمک کنند همکاری درمانی به حداکثر برسد، ضرر حاصل از اثر متقابل دارو به حداقل برسد و گروه‌های حمایتی را سازمان‌دهی کنند.

آموزش مهارت‌های رفتاری برای افرادی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند بسیار مفید است. به علاوه، مهارت‌های رفتاری خاص در انگیزش بیماران در پیشگیری از عفونت HIV بسیار حائز اهمیت است (مانند جرات‌مند بودن در هنگامی که با یک شریک جنسی که احتمال مبتلا شدن را دارد مواجه هستند) یا همکاری درمانی را در بهترین وضع نگه دارد (برای مثال توانایی گفتن مشکلات به پزشک معالجش در مصرف دارو بر طبق برنامه). بیمارانی که این مهارت‌ها را ندارند (برای مثال توانایی مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا بدون مصرف الکل را ندارد) می‌توانند احتمالاً رفتارهای غیرعادی داشته باشند.

در شروع درمان باید روش و هدف از درمان توسط تیم درمانی برای بیمار شرح داده شود و مواردی چون نکات زیر به بیمار آموزش داده شود:

- دارو باید هر چند وقت یکبار و چند بار در روز باید گرفته شود (هر ۱۲ ساعت، هر ۲۴ ساعت)
- چه تعداد قرص در هر دوز مورد نیاز است
- داروها را می‌توان با غذا یا معده خالی استفاده کرد
- داروها خوراکی هستند یا تزریقی می‌شود
- داروها چه عوارض دارند
- در صورت فراموش کردن یک دوز چه کاری باید انجام شود. بیمار باید بداند برای هر فردی این مساله ممکن است اتفاق بیفتد و در این صورت باز هم می‌تواند مراقبت بهداشتی را دریافت کند. دادن اجازه بازگشت به بیمار نتیجه بهتری دارد.
- آیا داروی دیگر را می‌توان با آنها مصرف کرد
- در چه محلی باید داروها را نگه داشت نیاز به دمای خاصی مثل یخچال و یا ... دارد
- آیا شرایط پزشکی خاصی را می‌طلبد (از جمله نیاز به برنامه‌ریزی دارد یا در دوران بارداری و یا قبل از آن می‌توان آنها را مصرف کرد)

- عادات غذایی فرد چیست و اینکه چه دارویی را با چه غذاهایی می‌توان استفاده کرد
همچنین موارد زیر را باید در شروع درمان در نظر داشت:
- اطمینان دادن به فرد درباره اینکه روانپزشک و متخصص بیماری عفونی با هم در ارتباط هستند و
همینطور بحث درباره نیازهای فردی و آمادگی برای شروع درمان ضد رتروویروسی
- تنظیم کردن وقت شروع یک رژیم ضد رتروویروسی و اخذ یک تعهد از شخص برای شروع
درمان
- انتخاب دارویی که در دسترس باشد اثرات متقابل دارو و تعداد و دوز قرص‌هایی که یک شخص
مجبور است مصرف کند.
- همچنین به بیمار آموزش داده می‌شود:
- پیگیری رژیم HIV/AIDS می‌تواند در به‌دست آوردن کنترل کمک کننده باشد
- هنگامی که قرص مطابق برنامه مصرف نمی‌شود، دارو به سطحی در بدن می‌رسد، که ممکن است
خطر داشته باشد چرا که در این شرایط HIV فرصت پیدا می‌کند تا با اعمال تغییراتی در خود از
اثر داروها بکاهد و حتی زمانی که داروها درست مصرف شوند هم با آنها مقابله کند و زنده بماند.
این وضعیت مقاومت نامیده می‌شود و واضح است که اگر داروها خوب کار نکنند ممکن است
افزایش بار ویروسی و کاهش تعداد سلول‌های CD4 را به همراه داشته باشند. در این زمان،
احتمالاً نیاز به تغییر داروی HIV به وجود می‌آید.
- مقاومت یک دارو گاهی می‌تواند منجر به مقاومت در برابر داروهای دیگر که هنوز بیمار مصرف
نکرده شود که به این حالت مقاومت متقاطع (cross-resistance) می‌گویند.
- مقاومت می‌تواند انتخاب درمان را در آینده تحت تأثیر قرار دهد، زیرا داروها در برابر ویروس اثر
کمتری خواهد داشت.
- بهترین راه برای جلوگیری از مقاومت، داشتن ارتباط نزدیک با برنامه‌ی دارویی است.
قبل از شروع HAART عواملی که همکاری را کم می‌کند باید بازنگری شود. همکاری درمانی
بیمار، در درمان‌های پزشکی کلیدی است؛ افرادی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند ملزم هستند که
چندین دارو را در زمان‌های خاص و تحت شرایط معین با رژیم غذایی سخت مصرف کنند. هنگامی
که بیمار بیش از ۱۰٪ دوزش حذف شده یا فراموش شده، احتمال دستیابی به حداکثر سرکوبی
ویروسی کاهش می‌یابد و خطر مقاومت ویروس افزایش می‌یابد. عواملی که تأثیر منفی بر همکاری
درمانی دارند باید قبل از شروع درمان ضد ویروسی بررسی و در طول درمان پایش شوند.
همکاری درمانی مطلوب بین ۹۵٪ تا ۱۰۰٪ می‌باشد. بر اساس این استاندارد، یک بیمار که دوبار

در روز دارو دریافت می‌کنند و هر ۱۰ روز یک دوز دارو را از دست داده باشد، ۹۵٪ همکاری درمانی دارد. بر این اساس داروها خواستار سطح بالاتری از همکاری درمانی از جانب بیماران هستند. برخی مطالعات نشان می‌دهد که ۹۵ درصد همکاری ممکن است برای به دست آوردن بیشترین سود از درمان HIV نیاز باشد. این بدان معناست که دوزها باید درست مصرف شوند. یکی از نکاتی که در همکاری درمانی مهم است این است که کدام روش برای بیمار با توجه به شیوه زندگی‌اش بهتر است و درمانگر کاملاً از آن مطلع باشد.

- باور و اعتقاد فردی که با HIV زندگی می‌کند به اثربخشی داروها در همکاری درمانی و پذیرش آن کمک خواهد کرد، همچنین باعث می‌شود که بر این ویروس فائق آیند. اگر فرد اینگونه فکر نکند نمی‌تواند به خوبی و درستی از آن استفاده کند. هر گونه شک و تردید بیمار، باید به خوبی گوش داده شود و در صورت نیاز توضیح لازم برای اطمینان از مراحل درمان بیان شود.

به بیمار توصیه کنید:

- برای صرفه جویی در وقت بسته‌های قرص را قبل از زمان مصرف دم دست بگذارد.
- برنامه پزشکی خود را یک هفته جلوتر تنظیم کند و هر روز زمان را کنترل کند.
- میزان دوز روزانه‌ی دارو را همراه داشته باشد تا در موقع نیاز به آن دسترسی داشته باشد.
- از ساعت یا زنگ برای یادآوری زمان مصرف دارو استفاده کند.
- اگر فرد می‌خواهد دیگران از وضعیت HIV او مطلع نباشند دارو را در مکان عمومی استفاده نکند.
- در گوشه و کنار خانه و جایی که مطمئن باشد آن را می‌بینید، یادداشت بگذارد.
- برای بیمار عوارض داروها را توضیح دهید و او را مطمئن کنید روشی را انتخاب کردید که کمترین عوارض را داشته باشد. عوارض جانبی دارو ممکن است مانع مصرف به موقع دارو شود.
- اینکه دارو باید با وعده اصلی غذایی مصرف شود به خصوص برای بیرون از منزل مثلاً سر کار مشکل ساز است. در صورت وجود این مشکل باید فرد، با خود غذا به همراه داشته باشد تا هر مانعی را در روز کاری کم کند.
- در اوایل فرآیند درمان اثرات مصرف مواد را برای بیمار توضیح دهید. متأسفانه مصرف تفریحی بعضی مواد مخدر و یا الکل می‌تواند به افرادی که با HIV زندگی می‌کنند، در کنار آمدن با استرس روزانه کمک کند. اما مطالعات نشان داده که مصرف تفریحی مواد یا الکل می‌تواند همکاری درمانی را کاهش دهد.
- بیمار را توجیه کنید که اگر در همکاری درمانی ناتوان است. باید درمانگر او از این موضوع مطلع

- باشد تا در صورت لزوم تا ایجاد آمادگی ذهنی لازم برای دارودرمانی صبر کند.
- از فعالیت‌های روزانه کمک بگیرید، یکی از اموری که به طور معمول هر روز انجام می‌شود را با مصرف دارو هم آیند کنید (مثل بیدار شدن یا رفتن به رختخواب در شب)، این باعث می‌شود زمان مصرف دارو یادآوری شود.
 - باز هم توضیح دهید که همکاری درمانی کار آسانی نیست و نیاز به تعهد بسیاری دارد. کمک افراد دیگر در این زمینه اثر بخش است. یک راه، با هم بودن و تشکیل شبکه حمایتی است که البته یکی از افراد کلیدی در این شبکه می‌تواند درمانگر باشد، به خصوص در تطبیق درمان HIV با شیوه زندگی هر فرد.
 - برخی تفاوت‌های موجود بین نگرش بیماران و متخصصان بالینی در خصوص ویژگی‌های درمان، به احتمال زیاد همکاری درمانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. یک بررسی که در درمانگاه روستایی HIV انجام گرفته این موضوع تایید کرده است. بیماران عوارض جانبی و پیچیدگی برنامه را به عنوان بیشترین عاملی که بر همکاری درمانی اثر دارد بیان کردند. این مساله نیاز به بحث جامع و کامل در مورد روش‌های جدید و درگیری بیمار در تصمیم‌گیری درباره نحوه درمان را نشان می‌دهد (ساوینی^۱، جیمز^۲ و دیگاکلیمو^۳، ۲۰۰۳).
- در مطالعات زیادی رابطه ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی با همکاری درمانی در افرادی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند نشان داده شده است. در بعضی کیفیت زندگی ضعیف است که ممکن است با احساس پذیرش پایین HAART در ارتباط باشد. در این جمعیت اگر چه پذیرش ناکافی در این درمان بحرانی است، عوامل موثر در دسترسی اثرات کامل درمانی رژیم‌های موثر جدید، خیلی کم شناخته شده است. حتماً ویژگی‌های شخصیتی مثل خوی روانرنجور ارتباط معنی داری با کیفیت زندگی دارد. وظیفه شناسی و سازگاری با کیفیت بهتر زندگی مرتبط است. در مقابل، این ویژگی‌های شخصیتی مستقیماً با همکاری درمانی هم مرتبط هستند و باعث بهبودی آن می‌شوند. صفات شخصیتی با کیفیت خاص زندگی HIV مرتبط هستند و از طرف دیگر، کیفیت خاص زندگی HIV با همکاری درمانی مرتبط است.
- همکاری درمانی برای موفقیت درمانی لازم و ضروری است، اما همکاری درمانی نیاز به انضباط فردی زیادی دارد. خیلی از ترکیب‌های رژیم‌های درمانی پیچیده و طاقت فرسا هستند. بعضی از داروها باید در فاصله‌های زمانی خاص و دقیق و در شرایط تغذیه‌ای سخت مصرف شوند و بعضی

¹- Savini

²- James

³- DiGuglielmo

اثرات جانبی برجسته‌ای دارند. اما متحد کردن تیم در برنامه روزانه لزوماً کار شاقی نیست. وقتی با در همکاری درمانی با مشکل روبرو می‌شویم، متخصصان بالینی اکثراً سعی دارند به وسیله بحث و توضیح بیشتر و یا دفاع و حمایت بیشتر از برنامه درمانی بر مقاومت شخص غلبه کنند. وقتی این استراتژی شکست می‌خورد، اعضای تیم مراقبت ممکن است عصبانی و بی‌صبر شوند اما متخصصان بالینی باید مشکلات همکاری درمانی را به عنوان یک پیام از طرف بیمار تفسیر کنند، به نگرانی‌های افراد گوش دهند و دوباره مذاکرات یا بحث‌های مربوط به برنامه درمانی را بدون بی‌توجهی به باورها یا اولویت‌های شخصی آنان باز کنند.

بیماری‌های روانی و اعتیاد به مواد مخدر در کشورهای در حال توسعه به عنوان یک مانع مهم برای همکاری درمانی به شمار می‌آیند (گیروندا^۱ و همکاران، ۲۰۰۵، به نقل از سوهن، جیک و گورمن، ۲۰۰۸). به نظر می‌رسد افسردگی یک عامل خطر مستقل است که به ویژه بر عدم همکاری درمانی در HAART موثر است (سینگ^۲ و همکاران، ۱۹۹۶؛ گردیلو^۳ و همکاران، ۱۹۹۹؛ تولدرا^۴ ۱۹۹۹؛ وانگر^۵ و همکاران، ۲۰۰۱؛ استریس^۶ و همکاران، ۲۰۰۲؛ ون اسرلون^۷ و همکاران، ۲۰۰۲؛ کریری^۸ و همکاران، ۲۰۰۳؛ اماساری^۹ و همکاران، ۲۰۰۴؛ گنگالز^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۴، به نقل از سوهن، جیک و گورمن، ۲۰۰۸). درمان افسردگی هم در اثربخشی و هم در بهبود کیفیت زندگی نقش دارد.

همکاری درمانی در افرادی که بیماری روانی شدید دارند

عدم همکاری درمانی یک مشکل اساسی در درمان افراد HIV مثبت است. ثابت شده که ۹۰٪ نیاز توقف اثر گذار دسترس در بیشتر بیماران است (مورنو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۰؛ پاترسون^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۰، به نقل از سوهن، جیک و گورمن، ۲۰۰۸).

مشکل همکاری درمانی در صورت وجود بیماری‌های مزمن روانی بغرنج‌تر می‌شود، چون آنها وضعیت‌هایی دارند که مستعد همکاری ضعیف است، شامل ضعف حافظه و تمرکز، مشکل در تهیه

¹- Giordano
²- Singh
³- Gordillo
⁴- Tuldra
⁵- Wagner
⁶- Starace
⁷- van Servellen
⁸- Carrieri
⁹- Ammassar
¹⁰- Gonzalez
¹¹- Moreno
¹²- Paterson

هزینه داروها و نقل و انتقال، فقدان خانه ثابت یا بی خانمانی، بی کاری و فقدان حمایت اجتماعی (چاندر^۱ و همکاران، ۲۰۰۶، به نقل از سوهن، جیک و گورمن، ۲۰۰۸). بنابراین هر بیماری با HIV/AIDS باید از نظر امکان دستیابی به داروها، مسکن، کار و توانایی کارکردن و توانایی شناختی کاملاً ارزیابی شود. یک رابطه خوب بین درمانگر و بیمار نه تنها همکاری درمانی را بهبود می دهد بلکه پزشک را قادر می سازد همکاری درمانی را پیش بینی کند و در صورت نیاز، به موقع مداخله انجام دهد. چون خیلی از بیماران مبتلا به بیماری های مزمن روانی ممکن است بدون علامت باشند، محتمل است فوراً بر اثرات جانبی دارو تمرکز کنند و مزایای درمان را در نظر نگیرند. خیلی مهم است، هر وقت که ممکن باشد، در کنار درمان اثرات جانبی و علائم بیماری، توانایی بیمار در درک مزایای درمان بررسی و بهبود یابد.

سیستم اعتقادی بیمار درباره درمان و تشخیص می تواند اثر زیادی بر رضایت مندی و تمایل به مصرف دارو داشته باشد. اعتقاد به اینکه درمان موفقیت آمیز است خیلی در درمان مهم است.

نکات مهم بالینی این بخش

- ✓ در HIV برای دستیابی به حداکثر سرکوبی گسترش عفونت، پذیرش درمانی اهمیت بسیار زیادی دارد و در حقیقت کلید موفقیت درمان HIV است.
- ✓ موثرترین روشی که یک درمانگر می‌تواند به وسیله آن همکاری درمانی را در بیمار خود افزایش دهد ایجاد رابطه‌ی خوب و مثبت بین پزشک و بیمار است.
- ✓ احتمال دارد بیماران به دلایلی مثل ترس یا خجالت، گزارش درستی از همکاری درمانی که در واقع همان رعایت درست اصول و روش درمان و مصرف دارو است، به کارکنان خدمات بهداشتی ارائه ندهند.
- ✓ با وجود پیشرفت‌های بسیاری که در دارودرمانی HIV شده، مصرف داروها هنوز هم روزانه و مادام‌العمر هستند. این مساله برای بسیاری از افراد باعث بروز مشکل در همکاری درمانی می‌شود.
- ✓ باور و اعتقاد به اثر بخشی داروها باعث بهبود همکاری درمانی و پذیرش درمان و همچنین کمک به فائق شدن بر ویروس، در فرد HIV مثبت خواهد شد.
- ✓ تطبیق نحوه درمان با روش زندگی بیمار در افزایش همکاری درمانی موثر است.
- ✓ ناامیدی بیماران ممکن است به سادگی آنها را در درمان تسلیم کند. بعضی اوقات ناامیدی از درمان به علت عدم امکان ریشه‌کنی HIV است. بیماران افسردگی را تجربه می‌کنند که خود باعث می‌شود توانایی آنها را در اجرای درمان و مراقبت از خود کمتر کند.
- ✓ اگر درد تا حدی کاهش یابد همکاری درمانی افزایش می‌یابد.
- ✓ خانواده درمانی می‌تواند تحمل رنج را سبک کند، همکاری درمانی را افزایش دهد و از خودکشی جلوگیری کند.
- ✓ وجود شبکه حمایتی و دلگرمی به بیمار از طرف خانواده در همکاری درمانی بسیار موثر و نتیجه بخش است.

- Cohen, M.A., Jack, M., Gorman, (2008). *COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF AIDS PSYCHIATRY*, Oxford University press.
-
- Citron,K.,Brouillette,M.,Beckett,A.,(2005).*HIV and Psychiatry Training and Resource Manual*, Cambridge university press.
- www.who.com
- <http://www.unaids.org>
- <http://www.jhsph.edu/publichealthnews/>:January6,2010
- High Antiretroviral Therapy Adherence Associated with Lower Health Care Costs (Patient Adherence The Provider's Guide to Quality and Culture)
- Parienti, J.-J.,Bangsberg, D.R.,Verdon, R., & Gardner, E.M. (2009). Better adherence with once-daily antiretroviral regimens: A meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases*, 48(4), 484-488.
- Savini,CJ,James,CW,DiGuglielmo,D.(2003) Survey of patient and clinician attitudes on adherence in a rural HIV clinic. *Assoc Nurses AIDS Care*. 14(3):725.
- mental health AIDS Spring 2009 Newsletter / Volume 10, Issue 3 HIV Treatment News <http://mentalhealthaids.samhsa.gov/Spring2009/treatment.asp>
- HIV Medication Adherence Medication Adherence Tips To Make Taking Your Meds EasierBy Mark Cichocki, R.N., About.com GuideUpdated: July 27, 2009 About.com Health's Disease and Condition content is reviewed by the Medical Review Board
- Murphy,D.; Lam,P.; Naar-King,S.; Harris,D.; Parsons,J. and Muenz,L.(2009). Health literacy and antiretroviral adherence among HIV-infected adolescents. *Patient Education and Counseling* xxx (2009) xxx-xxx.
- Frank J. Penedoa,*, Jeffrey S. Gonzaleza, Jason R. Dahna, Mike Antonia,b,Robert Malowb, Paul Costac, Neil Schneidermana(2003) Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS *Journal of Psychosomatic Research* 54 271– 278
- [http://www.hivknowledge.org/\(29/11/88\)](http://www.hivknowledge.org/(29/11/88))

دارودرمانی اختلالات
روانپزشکی در
HIV/AIDS

بیماران HIV/AIDS اغلب از تعداد زیادی دارو استفاده می‌کنند و به این دلیل لازم است که توجه خاصی به فارماکوکینتیک و فارماکودینامیک داروهای آنها داشت.

داروهای مورد استفاده در روانپزشکی و اثرات آنها در HIV ضد افسردگی‌ها

درمان بیماران افسرده در HIV شبیه بیماری‌رانی است که HIV ندارند. گرچه باید در درمان آنها به نکاتی توجه داشت. درمان ایدز با HAART¹ می‌تواند نشانه‌ها و شدت افسردگی را کاهش می‌دهد. بیماران HIV مثبت بیشتر مستعد تداخلات دارویی هستند و به عوارض دارویی نیز بیشتر از جمعیت عمومی حساسند. درمان دارویی افسردگی در این افراد نه تنها بیماران را از نظر احساس و هیجان بهتر می‌کند بلکه وضعیت جسمی آنها را نیز بهتر می‌کند. از طرف دیگر، همراهی با اختلالات خلقی در این بیماران پذیرش دارویی را در آنها کاهش می‌دهد.

سه حلقه‌ای‌ها

سه حلقه‌ای‌ها از اولین داروهای مورد مطالعه در HIV بودند. قبل از پیداشدن درمان (HAART) ایمنی پرامین در چندین مطالعه در افراد HIV مثبت بدون ایدز مؤثر گزارش شده بود. میزان زیادی قطع دارو به دلیل تعداد زیاد قرص‌ها یا عوارض جانبی در این افراد گزارش شده است. با اینکه به دلیل عوارضی از قبیل تاکی‌کاردی، افت فشارخون، آنتی‌کولینرژیک و اثرات سمی در بیش‌مصرف این داروها، بسیاری از بالینگران از مصرف آنها خودداری می‌کنند ولی اگر مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سرونین (SSRI) در دسترس نباشند، استفاده از این داروها امکان‌پذیر است. به علاوه، گاهی از عوارض دارویی این دسته جهت درمان استفاده می‌شود مثلاً در اسهال، کاهش خواب، کاهش وزن و یا زمانی که بیمار به صورت اختلال همراه از اختلال درد (Pain disorders) نیز رنج می‌برد. با وجود احتمال تداخلات دارویی، در صورت نظارت بالینی بیمار و پایش دارو، کاربرد این داروها در افراد HIV بی‌خطر است.

مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین فلوکستین²

فلوکستین قدیمی‌ترین دارو از دسته مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین است. شواهد

¹ - Highly Active Antiretroviral Therapy

² - Ferrand

قابل توجهی برای اثربخشی مصرف این دارو در بیماران HIV با نشانه‌های افسردگی و برای کاهش تمایل مصرف کوکائین وجود دارد.

در سال ۱۹۹۷ فراندو و همکاران در یک مطالعه به مدت ۶ هفته از فلوکستین، سرتالین و پاروکستین استفاده کردند. تمام این داروها نشانه‌های افسردگی را به شکل معنی داری بهبود بخشید، ولی بین این داروها تفاوت معنی داری از نظر اثربخشی مشاهده نشد. نشانه‌های جسمی بیماران نیز به طور قابل توجهی بهبود یافت. این نکته از این نظر مهم است که اغلب تعداد زیادی از نشانه‌های جسمانی مثل کاهش وزن، خستگی، لیبدو و ناراحتی گوارشی و شکایات استخوانی به بیماری HIV نسبت داده می‌شوند. مشاهده ۷۰-۸۰ درصد بهبودی علائم جسمانی در این مطالعه بیانگر آن است که اختلالات خلقی می‌توانند سیر بیماری ایدز را بدتر کنند. شایع‌ترین عوارض و دلیل قطع دارو در مطالعه مذکور، بی‌قراری، اضطراب و بی‌خوابی گزارش شد.

فلوکستین به دلیل داشتن متابولیت فعال و نیمه عمر طولانی ممکن است در افرادی که مصرف دارو را فراموش می‌کنند مفید باشد. فلوکستین می‌تواند بی‌اشتهایی بدهد و ممکن است برای بعضی از بیماران مناسب نباشد. فلوکستین احتمال ایجاد تداخلات دارویی هم دارد که این نکته در بیماران که با HAART درمان می‌شوند مهم است.

پاروکستین^۱

در سال ۱۹۹۷ یک مطالعه کوچک نشان داد که پاروکستین در درمان بیماران HIV با اختلال انطباق و افسردگی موثر است. الیوت^۲ و همکاران در سال ۱۹۹۸ در مطالعه دیگری در مقایسه با دارونما اثربخشی پاروکستین را نشان دادند. در این مطالعه اثر پاروکستین و ایمی‌پرامین^۳ مشابه بود، ولی پاروکستین بهتر تحمل شد.

پاروکستین را می‌توان در بیماران دارای بی‌خوابی به کار برد چراکه در بین SSRIsها از بقیه بیشتر خواب‌آلودگی ایجاد می‌کند. یک مطالعه آزمایشگاهی پیشنهاد کرده است که پاروکستین اثر ضدویروسی دارد و ممکن است به این دلیل اثر HAART را افزایش دهد، ولی این مطالعه در کلینیک صورت نگرفته است. قطع پاروکستین می‌تواند علائم ترک ایجاد کند که تحمل این عارضه ممکن است سخت باشد. تداخلات دارویی پاروکستین مهم است و ممکن است با HAART تداخل ایجاد کند.

¹ - Paroxetine

² - Eliot

³ - Imopramine

سرترالین^۱

سرترالین اثرات سودمندی در مقایسه با سایر ضدافسردگی‌ها دارد و در دوز بالا نسبتاً بی‌خطر است. اولین مطالعه روی سرترالین در بیماران HIV در سال ۱۹۹۴ انجام شد و سرترالین در ۷۰٪ بیماران مؤثر گزارش شد. سرترالین هیچ اثری روی تعداد CD4 ندارد و روی سلول‌های کشنده طبیعی^۲ نیز اثری ندارد. گزارشی از یک مرد HIV مثبت وجود دارد که ترلیکوتیلومانایای او به سرترالین پاسخ داده است.

سیتالوپرام^۳ و اس‌سیتالوپرام^۴

سیتالوپرام و اس‌سیتالوپرام بیشترین اثر اختصاصی را روی گیرنده‌های سروتونین دارند و تداخلات دارویی کمی از آن‌ها گزارش شده است. این داروها به طور شایع در درمان بیماران HIV به کار می‌روند. دو مطالعه در سال ۲۰۰۴ انجام شد که هر دو اثرات خوب آن‌ها را نشان دادند. ۲۰ بیمار آلوده به ویروس HIV که به طور همزمان هپاتیت C هم داشتند و به این دلیل ایتروفون می‌گرفتند در یک مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. این بیماران افسردگی متوسط تا شدید وابسته به ایتروفون داشتند. حدود ۹۵٪ افرادی که سیتالوپرام گرفتند به درمان پاسخ دادند و عوارض دارویی نیز در بیماران گزارش نشد. این دو دارو به دلیل تداخلات دارویی کم و عوارض کم در بین بالینگران از شهرت خوبی برخوردار هستند.

فلووکسامین^۵

فلووکسامین در بین افراد HIV مثبت به خوبی تحمل نمی‌شود و به صورت روتین استفاده نمی‌شود. مشخص نیست به چه دلیل افراد HIV مثبت نسبت به جمعیت عمومی عوارض بیشتری را با فلووکسامین تجربه می‌کنند، ولی احتمالاً تداخلات دارویی نقش مهمی را در این بین دارد. فلووکسامین به طور گسترده‌ای توسط کبد و از طریق راه‌های مختلف متابولیزه می‌شود و تعداد زیادی از آنزیم‌های کبدی را مهار می‌کند که نقش مهمی در متابولیسم HAART دارند. تمامی SSRIها باید در بیماران HIV مثبت با نصف دوز معمول شروع و به آهستگی افزایش یابند.

¹ - Sertraline
² - natural killer cell
³ - Citalopram
⁴ - Escitalopram
⁵ - fluvoxamine

مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین - نوراپی نفرین

مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین - نوراپی نفرین می‌توانند در درمان افسردگی افراد HIV مثبت مثل افرادی که نشانه‌های جسمی دارند نقش داشته باشند. به طور کلی ونلافاکستین یک درمان خوب برای افسردگی همراه با نشانه‌های اضطراب است. فشارخون زمان استفاده از ونلافاکستین باید به طور منظم اندازه‌گیری شود چرا که ونلافاکستین در دوزهای بالا (بالا تر از ۳۰۰ mg/da) می‌تواند فشارخون را بالا ببرد.

افرادی که از ونلافاکستین استفاده می‌کنند امکان دارد دچار بی‌خوابی، بی‌قراری و عصبانیت بدون دلیل را شوند که به دلیل اثر فعال‌کنندگی این دارو است. این بیماران هم چنین امکان دارد سردرد را تجربه کنند.

نفازودون - ترازودون - میرتازاپین - بوپروپیون

میرتازاپین: یک مطالعه کوچک اثربخشی میرتازاپین را در درمان افسردگی بیماران HIV مثبت نشان داده است. در این مطالعه بیماران عوارض مهمی را گزارش نکردند. میرتازاپین به دلیل عارضه خواب‌آلودگی به خصوص زمانی که بیمار از بی‌خوابی شکایت دارد داروی مناسبی است. میرتازاپین هم چنین ممکن است در درمان تهوع ایدز مؤثر باشد. بیمار زمانی که میرتازاپین استفاده می‌کند ممکن است افزایش اشتها و افزایش وزن را تجربه کند که از این اثر در درمان کاهش وزن ناشی از افسردگی و یا ناشی از HIV/AIDS استفاده می‌کنند. این دارو ممکن است در بیماران افسرده‌ای که با سایر داروهای ضدافسردگی اختلالات جنسی را تجربه کرده‌اند مفید باشد. این دارو باید در زمان خواب استفاده شد.

در مطالعه‌ای بیماران مبتلا به عفونت HIV که لوکودیستروپی مولتی فوکال پیشرونده داشتند به دلیل ابتلا به افسردگی تحت درمان با میرتازاپین قرار گرفتند. بعد از ۶ ماه نشانه‌های کلینیکی لوکودیسترونی مولتی فوکال پیشرونده در بیماران پیشرفت نداشتند و تصویربرداری مغز نیز تغییری را نشان نداد (لانزانیم^۱ و همکاران، ۲۰۰۹).

نفازودون

در یک مطالعه کوچک بر بیماران HIV مثبت، نفازودون در درمان افسردگی مؤثر بوده است و عوارض مهمی نیز در کاربرد آن گزارش نشده است. FDA به دلیل اثر نفازودون بر کبد و گزارش‌هایی

^۱ - Lanzafamemm

از بیمارانی که به دلیل مصرف این دارو دچار خطر از دست دادن عملکرد کبد شده‌اند برای استفاده از این دارو هشدار اعلام کرده است. این دارو در بیماران HIV/AIDS نباید به کار برود. هم‌چنین در بیمارانی که اختلال کارکرد کبدی دارند این دارو منع مصرف دارد.

ترازودون

ترازودون در بیماران HIV مثبت با افسردگی ممکن است داروی مناسبی باشد. به خصوص زمانی که بیمار از بی‌خوابی شکایت دارد و بالینگر از وابستگی بیمار به بنزودیازپین نگران است. این دارو هم‌چنین در کاهش اضطراب بیمار مؤثر است و خطر وابستگی نیز ندارد.

بوپروپیون

در یک مطالعه برای درمان ۲۰ بیمار HIV مثبت دارای افسردگی اساسی از بوپروپیون به مدت ۶ هفته استفاده شد. حدود ۶۰٪ بیماران به دارو پاسخ دادند ولی ۲۵٪ از بیماران به دلیل عدم تحمل عوارض دارو را قطع کردند.

بوپروپیون آهسته رهش ممکن است در درمان افسردگی بیمارانی که با سایر داروهای ضدافسردگی دچار اختلالات جنسی شده‌اند، مفید باشد. بوپروپیون آستانه تشنج را پایین می‌آورد و به این دلیل بهتر است با دوز بالای ۴۰۰mg/day داده نشود. سابقه حملات تشنج قلبی، مصرف الکل، ضربه به سر و پاتولوژی‌های سیستم اعصاب مرکزی مثل عفونت و متاستاز از عوامل خطر ساز تشنج هستند. اگرچه بوپروپیون ممکن است در درمان افسردگی مؤثر باشد ولی به دلیل تداخلات دارویی آن با HAART کاربرد آن در بیماران HIV محدود است.

محرک‌های روانی^۱

محرک‌های روانی مثل متیل فنیدیت، دکستروآمفتامین و مودافینیل در درمان افسردگی در افراد دچار بیماری‌های طبی مثل بیماران HIV به کار می‌رود. این دسته به خصوص زمانی که آپاتی و کاهش انرژی از علائم اولیه افسردگی این بیماران است، کاربرد دارد. این گروه ممکن است به عنوان داروی کمکی به بقیه ضدافسردگی‌ها اضافه شود.

تحریک‌پذیری بی‌قراری، اضطراب و بی‌خوابی از شایع‌ترین عوارض این داروهاست. از اثرات قلبی - عروقی این دسته دارویی افزایش ضربان قلب، افزایش فشارخون و آریتمی قلبی است.

^۱ - Psychostimulants

مودافینیل عوارض قلبی ندارد. مشکل‌زاترین عارضه این گروه دارویی بروز وابستگی روانی و جسمی است. زمانی که بیمار سابقه مانیا، سایکوز، تشنج، فشارخون، سوء‌مصرف و وابستگی به مواد را دارد باید در استفاده از آن‌ها احتیاط کرد.

در سال ۱۹۹۷ واگنر و همکاران در یک مطالعه دکستروآمفتامین را در ۲۴ فرد مبتلا به ایدز که به شکل همزمان مبتلا به افسردگی، کاهش انرژی و $CD4 < 200$ بودند به‌کار بردند. 75% بیماران به دارو پاسخ دادند. پاسخ سریع و در عرض ۳-۲ روز ایجاد شد و فقط ۲ بیمار به دلیل عوارض دارو را قطع کردند. تعداد کمی مطالعه با کیفیت بالا در مورد اثر متیل فنیدیت در بیماری ایدز وجود دارد. یک مطالعه در سال ۱۹۹۲ روی بیماران مبتلا به HIV و دمانس خفیف انجام شد. مطالعه ۳ مرحله ۲ هفته‌ای داشت و به ترتیب دارونما - دارو - دارونما داده شد و مشاهده شد که در زمان مصرف دارو کاهش قابل توجهی در افسردگی بیماران ایجاد می‌شود. بهبودی شناختی نیز در این افراد ایجاد شد. در مطالعه دیگری متیل فنیدیت و دزی‌پرامین اثر یکسانی در بهبود افسردگی نشان دادند. متیل فنیدیت و دکستروآمفتامین نیز در مطالعه‌ای دیگر بهبودی قابل توجهی را در بیماران ایجاد کردند. اتوموکستین^۱ یک محرک غیرآمفتامینی است که برای درمان ADHD کودکان به‌کار رفته است. اطلاعاتی زیادی در مورد اثر اتوموکستین در ایدز در دسترس نیست. رابکین و همکاران در درمان خستگی در ایدز از این دارو استفاده کردند و نتایج آن امیدوارکننده‌ای گرفتند. در این مطالعه بیماران هم چنین بهبود خلق را نیز نشان دادند، اما این مطالعه با دارونما مقایسه نشده بود. در این مطالعه درمان به خوبی تحمل شد ولی اثر قابل توجهی بر $CD4$ و یا بار ویروس دیده نشد.

تثبیت‌کننده‌های خلق

لیتیوم

درمان بیماران دارای اختلال دوقطبی و HIV مثبت مشابه جمعیت عمومی است. لیتیوم به عنوان درمان اختلال دوقطبی به شکل تک دارویی و یا به عنوان اضافه شونده به سایر داروها به کار می‌رود. هم‌چنین از آن به عنوان داروی کمکی ضدافسردگی در جمعیت عمومی نیز استفاده شده است. لیتیوم در بدن متابولیزه نمی‌شود و به شکل بدون تغییر از طریق کلیه دفع می‌شود. مطالعه زیادی درباره اثر این دارو بر افسردگی در ایدز انجام نشده است. مطالعه روی حیوانات اثر محافظتی لیتیوم را بر سلول‌های هیپوکامپ در برابر HIV-GP120 نشان داده است. هم‌چنین نشان داده شده که اثر نوروتروفیک این دارو ممکن است پیشرفت دمانس وابسته به ایدز را کند نماید. عوارض لیتیوم که

¹ - Atomoxetine

شامل خستگی، کندی شناختی و افزایش وزن است ممکن است استفاده از این دارو را در بیماران طبی سخت کند. نشانه‌های مسمومیت با لیتیوم (تهوع- استفراغ- اسهال- گیجی و ...) ممکن است مشابه نشانه‌های معمول ایدز باشد.

هنگام مصرف لیتیوم همچنین لازم است بالانس الکترولیت‌ها در خون حفظ شود که این مساله در بیماران HIV به علت اسهال، استفراغ و ضعف عمومی سخت است. بیماران HIV دارای نفروپاتی کاندیدای مناسبی برای لیتیوم نیستند. همچنین در صورتی که MRI بیمار آسیب جدی مغزی را نشان دهد لیتیوم به خوبی تحمل نخواهد شد. با وجود این معایب لیتیوم برای بعضی از بیماران تنها داروی مؤثر است. در این زمان مراقبت کامل از نظر مسمومیت لیتیوم لازم است.

ضد تشنج‌ها

با وجود اثر حفاظتی لیتیوم یک مطالعه عنوان کرد که اگر ترکیب لیتیوم با یک داروی نورولپتیک سنتی مؤثر نباشد، درمان با ضد تشنج‌ها ممکن است درمان جایگزین باشد. در کلینیک ضد تشنج‌ها اغلب در بیماران HIV به کار می‌روند. والپروات، فنی‌توئین و کاربامازپین در ۱۱ بیمار نتیجه خوبی داشتند. این مطالعه همچنین نشان داد در صورتی که قبل از درمان در MRI بیمار ناهنجاری وجود داشته باشد یا بیمار در مراحل آخر سرکوب ایمنی باشد، شاید به خوبی نتواند لیتیوم را تحمل کند. ولی تثبیت‌کننده‌های خلق در این شرایط به خوبی تحمل می‌شوند. این گروه دارویی همچنین در درمان نوروپاتی HIV نیز تأثیر دارند.

والپروات توسط کبد متابولیزه می‌شود و توانایی ایجاد سمیت کبدی را دارد. به این دلیل FDA آمریکا در این مورد درج هشدار روی دارو را اجباری کرده است. بالینگران قبل از شروع درمان در هر فرد باید از کارکرد سالم کبدی او مطمئن شوند و در طول درمان در صورتی که اختلال کبدی ایجاد شود باید دوز دارو را کم و یا دارو را قطع کنند. والپروات امکان ایجاد اختلال کارکرد پلاکت و ایجاد ترومبوسیتوپنی را نیز دارد. والپروات همچنین هشدار FDA آمریکا را از جهت تراتوژن بودن و منع مصرف در بارداری دارا می‌باشد. احتمال ایجاد پانکراتیت نیز با والپروات وجود دارد.

والپروات در آزمایشگاه باعث افزایش HIV شده است اما این مطلب در بدن موجودات زنده تأیید نشده است. به علاوه والپروات چندین تداخل دارویی ایجاد می‌کند که کاربرد آن را مشکل می‌کند. گزارشی از یک بیمار مبتلا به مانیا وجود دارد که به والپروات پاسخ داده و علائم او کنترل شده است. پس از شروع ritonavir جهت درمان عفونت HIV، علائم مانیا مجدداً عود کرده که با بالا بردن دوز

والپروات علائم دوباره فروکش نموده است (شیان^۱ و همکاران، ۲۰۰۸).

کاربامازپین توسط کبد متابولیزه می‌شود. کاربامازپین به علت ایجاد عوارض خونی از قبیل آنمی آپلاستیک و آگرانولوسیتوز هشدار FDA آمریکا را دارد. به این دلیل هنگام استفاده از کاربامازپین پایش مرتب وضعیت خونی بیمار توصیه می‌شود. عوارض متعدد این دارو خصوصاً لوکوپنی و تداخلات زیاد دارویی که ایجاد می‌کند کاربرد این دارو را در ایدز مشکل کرده است.

اثرات درمانی لاموتریزین در درمان افسردگی بیماران دوقطبی مشخص شده است. لاموتریزین به خوبی تحمل می‌شود. فقدان رخوت زایی و افزایش وزن از اثرات خوب آن به‌شمار می‌روند. یکی از عوارض قابل توجه لاموتریزین بروز راش‌های پوستی است که می‌تواند به سمت استیونس جانسون پیشرفت کند و از علائم اولیه این سندرم باشد.

اثر لاموتریزین در یک مطالعه که در بیماران HIV انجام شده از دارونما بیشتر بوده است. از شایع‌ترین عوارض ایجاد شده راش بود که هیچ‌یک به سمت استیونس جانسون پیشرفت نکرد و با قطع دارو تمام موارد رفع شد. یک مطالعه بزرگ‌تر تأثیر لاموتریزین را در رفع درد بیمارانی که درمان ضدویروس نوروکسیک می‌گرفته‌اند نشان داد، ولی اگر بیماران درمان ضدویروس نوروکسیک دریافت نمی‌کردند لاموتریزین تأثیری در تسکین درد نداشت.

گاباپنتین در کبد متابولیزه نمی‌شود و به وسیله کلیه‌ها دفع می‌شود. به این دلیل بالینگر قبل از درمان باید از کارکرد طبیعی کلیه‌ها مطمئن باشد. گاباپنتین داروی بی‌خطریست، به خوبی توسط بیماران تحمل می‌شود و تداخلات دارویی مهمی نیز ندارد. گاباپنتین در درمان بی‌خوابی، دردهای نوروپاتی و اضطراب به کار می‌رود. گاباپنتین توسط هان^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۴ روی ۲۶ بیمار مبتلا به HIV مورد مطالعه قرار گرفت. آن‌ها نتیجه گرفتند که گاباپنتین در تسکین درد نوروپاتیک بیماران از دارونما مؤثرتر است. این دارو تا 3600mg/day به خوبی تحمل شد و خواب‌آلودگی شایع‌ترین عارضه این دارو بود.

لازم به ذکر است که تمام ضدتشنج‌ها را در این گروه بیماران باید با دقت لازم به کار برد و با احتیاط عمل کرد.

نورولپتیک‌ها^۳

چندین مطالعه کوچک اثربخشی نورولپتیک‌های سستی را نشان داده‌اند. در یک مطالعه بر ۱۳ بیمار

¹ - Sheehan

² - Hahn

³ - Neuroleptics

مرد با سابقه سایکوز قبلی و عفونت HIV از تیوریدازین و هالوپریدول استفاده شد. بهبود نسبتاً کمی در علائم مثبت ایجاد شد اما بهبودی در علائم منفی ایجاد نشد. به نظر می‌رسد بیماران HIV مثبت، به عوارض نورولپتیک‌های سنتی بسیار هستند که این مساله ممکن است در اثر تداخل دارویی با Ritonavir تشدید شود. در یک مطالعه مولیندون^۱ در بیماران HIV به کاررفته و عوارض کمی داشته است.

نورولپتیک‌های آتیپیک

در یک مطالعه کوچک ریسپریدون به خوبی تحمل شد و در ۶ بیمار از ۹ فرد مبتلا به دمانس ایدز و اختلالات رفتاری تأثیر مثبت داشت. در یک مطالعه بزرگتر ۱۲ بیمار مانیک و ۹ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیفرم مبتلا به HIV تحت درمان با ریسپریدون قرار گرفتند. از ۲۱ بیمار درمان شده، ۲۰ بیمار به درمان پاسخ دادند. در ۱۳ بیمار علائم بعد از ۱۲-۲ هفته کاملاً رفع شد. عارضه‌ای جدی در بیماران گزارش نشد. خواب آلودگی شایع‌ترین عارضه بود و عارضه خونی نیز گزارش نشد.

آری‌پیرازول^۲ در ترکیب با لورازپام در بیماران کاتاتونی و سایکوز به کار رفته است. مطالعه‌ای مقایسه‌ای برای انواع نورولپتیک انجام نشده است. همانند اسنفاده از نورولپتیک‌های سنتی باید توجه داشت که بیماران HIV مستعد عوارض دارویی خصوصاً عوارض خارج هرمی هستند. در این بیماران حرکات غیرطبیعی حتی ممکن است قبل از شروع درمان وجود داشته باشد که نشانه حمله HIV به بازال گانگلیای بیمار است.

ریسپریدون بیش از بقیه نورولپتیک‌های آتیپیک احتمال ایجاد عوارض خارج هرمی را دارد. به علاوه ریسپریدون بیشتر مستعد تداخلات دارویی با داروهای دارای پتانسیل مهارکنندگی متابولیسم، مثل ritonavir است که ممکن است در صورت استفاده همزمان سطح سرمی ریسپریدون بالا رفته و بیمار در معرض عوارض دارویی و تاردیو دیسکینزی قرار گیرد.

بنزودیازپین

بنزودیازپین برای اضطراب خفیف تا متوسط تجویز می‌شود. این دسته دارویی هم چنین برای کمک به خوابیدن، درمان دلیریوم، کمک در درمان سایکوز و حملات مانیا تجویز می‌شود. بیماران HIV مثبت ممکن است خیلی به اثرات بنزودیازپین‌ها حساس باشند و مصرف آن‌ها باعث گیجی اختلال شناختی و مهار گسیختگی شود. بنزودیازپین‌ها می‌توانند به خصوص در افراد مسن و افراد با

^۱ - Molindone

^۲ - aripiprazole

درگیری سیستم اعصاب مرکزی مثل بیماری‌هایی که دچار دمانس ایدز هستند، مهارگسیختگی رفتاری، دلیریوم، عدم آگاهی به زمان و مکان، اختلال حافظه، خلق بی‌ثبات و بی‌قراری ایجاد کنند. از بین بنزودیازپین خصوصاً لورازپام خیلی در ایدز مطالعه شده است. در ایدز باید از بنزودیازپین‌های بدون متابولیت فعال استفاده کرد، مثل لورازپام، اکسازپام و تمازپام. بنزودیازپین‌های طولانی اثر با متابولیت فعال به دلیل احتمال ایجاد مهارگسیختگی، فراموشی و دلیریوم نباید استفاده شوند. هم چنین تداخلات دارویی بین بنزودیازپین‌ها و سایر داروهای به‌کار رفته در HIV مهم است. مخصوصاً تداخل بین تریازولوبنزودیازپین‌ها (مثل آلپرازولام و تریازولام) و مهارگرهای پروتئاز اهمیت دارد.

بوسپیرون

بوسپیرون یک ضد اضطراب غیربنزودیازپینی است که برای درمان اختلال اضطراب فراگیر به کار می‌رود. بوسپیرون شروع آهسته دارد و ایجاد سرخوشی نمی‌کند. شایع‌ترین عارضه بوسپیرون سرگیجه و احساس سبکی سر است. بوسپیرون قابلیت سوء مصرف و وابستگی ندارد و به این دلیل برخی از بالینگران در بیمارانی که از HAART استفاده می‌کنند و مشکل سوء مصرف مواد دارند از این دارو استفاده می‌کنند. تداخل دارویی بوسپیرون با مهارکننده‌های پروتئاز و efavirenz مصرف آن را در بیماران ایدز محدود کرده است.

متادون

متادون در درمان نگهدارنده افراد وابسته به مواد شبه‌افیونی به کار می‌رود. از شایع‌ترین عوارض متادون احساس منگی، سرگیجه، تهوع، استفراغ، یبوست، کاهش میل جنسی، مهار ارگاسم و افزایش وزن است. دیده شده است که متادون درمانی خطر ابتلا به ایدز را به علت کاهش انتقال و عدم استفاده از سرنگ کاهش می‌دهد.

متادون درمانی همچنین باعث کاهش تعداد شرکای جنسی و کاهش خودفروشی جهت به دست آوردن مواد می‌شود. متادون خطر مصرف بیش از حد هرئوین^۱ را نیز کاهش می‌دهد. یک مطالعه بزرگ در اسپانیا توسط بروگل^۲ و همکاران در سال ۲۰۰۵ انجام شد. در این مطالعه دیده شد خطر مصرف بیش از حد هرئوین بیماران، زمانی که از متادون استفاده نمی‌کنند ۷/۱ برابر زمانی است که متادون مصرف می‌کنند.

^۱ - overdose

^۲ - Brugal

بوپره‌نورفین^۱

بوپره‌نورفین یک آگونیست نسبی گیرنده‌های اپیوئید است که در درمان وابستگی به اپیوئید به کار می‌رود. یک مطالعه نشان داد که رفتارهای پرخطری که باعث انتقال ایدز می‌شوند در اثر درمان با بوپره‌نورفین کاهش می‌یابد ولی این کاهش به اندازه مصرف متادون باعث کاهش مصرف هروئین نشد. بوپره‌نورفین توسط مسیر 3A4 متابولیزه می‌شود و مستعد تداخلات دارویی است.

نالترکسون^۲

نالترکسون آنتاگونیست گیرنده مواد شبه‌افیونیست. نالترکسون جهت درمان وابستگی به مواد شبه‌افیونی و وابستگی به الکل به کار می‌رود. مطالعات زیادی در مورد مصرف نالترکسون در بیماران HIV صورت نگرفته است.

دی‌سولفیرام

مطالعات زیادی در مورد مصرف دی‌سولفیرام در ایدز وجود ندارد. یک آزمایش دارویی اثر منفی دی‌سولفیرام را روی سیستم ایمنی نشان داده و نشان داده که دی‌سولفیرام باعث پیشرفت بیماری می‌شود. به دلیل احتمال سمیت کبدی دی‌سولفیرام در بیماران ایدز به خصوص بیمارانی که همزمان هپاتیت B دارند زمان استفاده از این دارو باید آنزیم‌های کبدی پایش شوند. استفاده همزمان با الکل خطر عوارض جدی را در بیماران بالا می‌برد. برای استفاده از این دارو در ایدز نیاز به مطالعات بیشتری در آینده وجود دارد.

مروری کوتاه بر تداخلات دارویی

تعداد زیادی از داروهای (HAART) توسط داروهای مختلف تحت تأثیر قرار می‌گیرند که تقریباً قابل پیش‌بینی است.

(HAART) Highly Active Antiretroviral Therapy

در حال حاضر HAART شامل مهارکننده‌های پروتئاز، مهارکننده‌های ترانس کریپتاز آنالوگ نوکلئوزئید (NRTIs)، مهارکننده‌های ترانس کریپتاز غیر نوکلئوئید (NNRTIs) و مهارکننده‌های ادغام (fusion) می‌باشند. این چهار دسته دارویی HIV/AIDS را از یک بیماری کشنده به یک

¹ - Buprenorphine

² - Naltrexone

بیماری مزمن اداره شدنی تبدیل کرده است.

مهارکننده‌های پروتئاز^۱

مهارکننده‌های پروتئاز در حال حاضر بزرگترین گروه دارویی به کار رفته در HIV/AIDS هستند. مهارکننده‌های پروتئاز مثل تمام داروهای HIV نیاز به دقت در کاربرد دارند. Saquinavir، Ritonavir، Indinavir و Nelfinavir از این دسته دارویی هستند. عوارض شایع این دسته شامل ناراحتی گوارشی، به هم خوردن متابولیسم گلوکز و لیپید، عوارض جنسی و سمیت کبدی است. عوارض گوارشی از عوارض اصلی این دسته هستند که هم در آغاز درمان و هم در طی درمان می‌توانند به وجود بیایند و به این دلیل تعداد زیادی از بیماران مصرف دارو قطع و از ادامه درمان خودداری می‌کنند.

شایع‌ترین نشانه‌های عوارض گوارشی تهوع، استفراغ و اسهال است که در ۷۵٪ بیماران می‌تواند رخ دهد. اختلال در متابولیسم چربی، افزایش قندخون و افزایش لیپیدها می‌تواند اتفاق بیفتد. جمع شدن چربی با اختلال در متابولیسم لیپید رابطه دارد که در ناحیه گردن و شکم اتفاق می‌افتد. این مورد به درمان مقاوم است و ممکن است حتی با قطع دارو نیز رفع نشود. تقریباً در بین داروهای HAART مهارکننده‌های پروتئازها بیشترین خطر ابتلا به اختلالات جنسی را دارند. در بعضی از مطالعات بیش از ۷۰٪ بیماران این عارضه را تجربه کردند، گرچه مکانیسم‌های روانی برای کاهش لیپیدو، اختلال نعوظ و تأخیر انزال در این بیماران هنوز در حال بررسی است. درمان اختلالات جنسی لازم است برای هر فرد به شکل مناسب صورت گیرد. دارودرمانی مثل استفاده از سیلدنافیل ممکن است لازم باشد ولی باید مراقب تداخلات دارویی بود.

تمام مهارکننده‌های پروتئازها می‌توانند سطح آنزیم‌های کبدی را بالا ببرد. یک سوم بیماران که مهارکننده‌های پروتئاز را مصرف می‌کنند افزایش آنزیم‌های کبدی را در آغاز و یا در طول درمان تجربه می‌کنند ولی بیشترین آن‌ها خفیف و گذرا است. عفونت همزمان با هیپاتیت B و C و یا مصرف سنگین الکل می‌تواند باعث افزایش احتمال آسیب کبدی شود. مهارکننده‌های پروتئاز به طور اولیه از طریق سیتوکروم 3A4 متابولیزه می‌شود و بعضی مثل ritonavir و nelfinavir کمی 2D6 را نیز درگیر می‌کنند. مهارکننده‌های پروتئاز همچنین آنزیم 3A4 را مهار می‌کنند. در بین تمام مهارکننده‌های پروتئاز ritonavir بیشترین قدرت مهارکنندگی را دارد و در نتیجه بیشترین دقت را هنگام تجویز سایر داروها لازم دارد.

^۱ - Protease inhibitors

مهارکننده‌های ترانس کریپتاز معکوس آنالوک نوکلئوزیدی

این دسته شامل Zalcitabine, Staudine, abacavir, Lamivudine, Didanosine, Zidovudine است. این کلاس دارویی بی‌خطر و مؤثر و به‌طور معمول با P450 تداخل ندارد. NRTI چندین عارضه مهم دارد که شامل مسمومیت میتوکندری، سمیت شنوایی و عوارض خونی است. شایع‌ترین علائم مسمومیت میتوکندری شامل نوروپاتی، میوپاتی، اسیدوز لاکتیک، کبد چرب یا پانکراتیت و اختلال متابولیسم چربی است. عوارض خونی شامل آنمی، نوتروپنی و ترومبوسیتوپنی است. از عوارض این دسته واکنش افزایش حساسیت کشنده است که در بیشتر از ۵٪ بیماران که abacavir می‌گیرند ایجاد می‌شود.

مهارکننده‌های ترانس کریپتاز معکوس غیر نوکلئوزیدی

۳ دسته دارویی در این گروه موجود است: Delavirdine, Efavirenz, Nevirapine. گرچه ساختمان شیمیایی آن‌ها متفاوت است ولی مکانیسم عمل، عوارض و بعضی از متابولیسم آن‌ها مشابه است. راش، افزایش آنزیم‌های کبدی و اختلال متابولیسم لیپد از عوارض آن‌هاست. راش ایجاد شده آن‌ها ضعیف است و نیازی به قطع دارو ندارد. افزایش آنزیم‌های کبدی اغلب بدون علامت است و اغلب به‌جز اندازه‌گیری منظم آنزیم‌های کبدی به‌کار دیگری نیاز ندارد. اختلال متابولیسم لیپد اغلب باعث قطع دارو می‌شود و همیشه با قطع دارو رفع نمی‌شود. تمام این داروها از طریق سیتوکروم 3A4 متابولیزه می‌شوند و efavirenz و nevirapine مختصری هم توسط 2D6 متابولیزه می‌شوند. delavirdine مهارکننده آنزیم 3A4 و nevirapine القاکننده آن است. اثر efavirenz روی ایزوآنزیم‌های مختلف یکسان نیست و برخی را مهار و برخی را القا می‌کند.

مهارکننده‌های ادغام دیواره سلولی

این دسته جدیدترین گروه دارویی پیدا شده در درمان ایدز هستند. Enfuvirtide یک پپتید سنتتیک از این دسته است. بیشترین عارضه قابل توجه، واکنش موضعی عمل تزریق است به‌طور کلی نشان داده شده که Enfuvirtide داروی بی‌خطری است و به‌خوبی تحمل می‌شود. عوارض

دارویی آن محدود است و تداخلات دارویی آن نیز کم است.

سایکوتروپیک‌ها

در بعضی از کلینیک‌ها بیش از ۵۰٪ بیماران HIV مثبت، بیماری همراه روانپزشکی و یا اختلال مصرف مواد را نیز دارند. دانستن تداخلات دارویی HAARI و داروهای روانپزشکی پذیرش دارویی را بالا می‌برد و کیفیت زندگی بیماران را نیز بالا می‌برد در زیر برخی از این تداخلات پرداخته شده است.

SSRIs

بیمارانی که فلوکستین را با ritonavir می‌گیرند ممکن است سندرم سروتونین بگیرند که شامل تغییرات وضعیت ذهنی، تعریق، به هم خوردن فعالیت اتونوم، اسهال و میوکلونوس است. از نظر تئوری با به کارگیری سایر SSRIs نیز این سندرم امکان دارد رخ بدهد اما گزارش کلینیکی از آن موجود نیست. سندرم سروتونین می‌تواند در اثر همراهی مهارکننده‌های مونوآمین اکسیداز با SSRIs نیز دیده شود. SSRIs اغلب توسط 3A4 و 2D6 متابولیزه می‌شوند که هر دو آن‌ها توسط ritonavir مهار می‌شوند.

سه حلقه‌ای‌ها

پنجره درمانی سه حلقه‌ای‌ها باریک است و در بیش مصرف سمیت قلبی دارند. تمام آن‌ها توسط 2D6 و 3A4 متابولیزه می‌شوند بنابراین مهارکننده‌ای مثل ritonavir ممکن است سمیت قلبی ایجاد کند.

بوپروپیون

بوپروپیون به طور اولیه از طریق 2D6 متابولیزه می‌شود. nelfinavir, efavirenz, ritonavir همگی مهارکننده 2D6 هستند. بوپروپیون قادر است که آستانه تشنج را پایین بیاورد. پس در صورت استفاده از داروهای مهارکننده 2D6 احتمال تشنج با این دارو بالا می‌رود. بیماران با سابقه قبلی تشنج و یا بیمارانی که خطر تشنج را دارند کاندیدای مناسبی برای این دارو نیستند.

ترازودون

Ritonavir دیده شده است که به طور قابل توجهی ترازودون را بالا می‌برد و باعث خستگی و

خواب آلودگی می شود.

بنزودیازپین

تریازولوبنزودیازپین ها شامل آلپرازولام، تریازولام و میدازولام همگی با 3A4 متابولیسم می شوند و تمام مهارکننده های پروتئاز آن ها را مهار می کنند. تداخل با ritonavir ثابت شده که پیچیده تر است. حتی کاربرد کوتاه مدت ritonavir نشان داده شده که پتانسیل محدود کردن متابولیسم این داروها را دارد که نتیجه آن بالا بردن خواب آلودگی و تخریب شناختی است.

بوسپیرون

بوسپیرون توسط 3A4 متابولیسم می شود.

آنتی سایکوتیک ها

پیموزاید به طور معمول برای درمان تیک به کار می رود. ریسک تشنج، عوارض خونی و آریتمی با این دارو وجود دارد. پیموزاید به طور اولیه با 3A4 متابولیسم می شود. پس هرگز نباید با مهارکننده های پروتئاز و NNRIIs به کار رود. بیشتر آنتی سایکوتیک ها به جز پیموزاید و زیپراسیدون با 2D6 متابولیسم می شوند. این دسته مستعد تداخل با ritonavir هستند و ممکن است عوارض دارویی مثل اکستراپیرامیدال و تاردیودیسنکزی ایجاد شود.

آنتی سایکوتیک های جدید برای درمان علائم روانپزشکی بیماران HIV به طور وسیع به کار می روند. در مطالعه ای اثر این داروها بر رشد کودکان و نوجوانانی که در زمان حاملگی مادر دچار عفونت HIV شده بودند و برای درمان علائم روانپزشکی در آنها از این دسته داروها استفاده شده بود، بررسی شد. مصرف این گروه دارویی باعث افزایش BMI این گروه بیماران شد. بیمارانی که به طور همزمان از مهارکننده های پروتئاز و این داروها استفاده کرده بودند. افزایش وزن بیشتری را نشان دادند (کوپتا نوپک¹ و همکاران، ۲۰۰۹).

گزارش هایی به شکل معرفی بیمار وجود دارد که وقتی بیماران کوئتیاپین را با Ritonavir دریافت می کردند دچار عوارض کوئتیاپین از قبیل خواب آلودگی، گیجی و افزایش وزن شدند. پس از قطع کوئتیاپین این عوارض در بیماران رفع شده است. کوئتیاپین به وسیله آنزیم 3A4 (CYP) p450 متابولیزه می شود و Ritonavir مهارکننده این آنزیم است و این تداخل شاید دلیل ایجاد این عوارض

¹ - Kopetanovic

دارویی باشد (پلاک^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). گزارشی از ایجاد پریایسزم در یک مرد HIV مثبت وجود دارد بیمار به طور همزمان از آمفتامین نیز استفاده می کرده است (هارسیون^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). گزارشی از بیماری مبتلا به مانیا و عفونت HIV وجود دارد که در این فرد برای بهبود علائم از ریسپریدون استفاده شده است و بیمار دچار کوما شده است. بیمار به طور همزمان از ritonavir نیز استفاده می کرده است که احتمالاً به دلیل مهار آنزیم 2D6 توسط ریتاناویر سطح ریسپریدون در پلاسمای بیمار بالا و فرد دچار عارضه دارویی شده است (جاو^۳ و همکاران، ۲۰۰۲).

تثبیت کننده های خلق

بیشتر ضد تشنج ها القاکننده چند آنزیم P450 هستند. فنی توئین، فنوباریتال و کاربامازپین 3A4 را القاء می کنند و بنابراین ممکن است سطح سرمی مهارکننده های پروتئاز را پایین بیاورند. همچنین سطح NNRTIs را نیز پایین می آورند. نتیجه این تداخل دارویی عدم پاسخ به درمان و مقاومت ویروسی است. ضد تشنج های جدید که 3A4 را القا نمی کنند ممکن است انتخاب اول بهتری برای بیمارانی که HAART می گیرند و نیاز به درمان تشنج دارند باشند.

لیتیوم کمترین تداخل فارماکوکینتیک را با HAART دارد. گرچه عوارض آن شاید باعث محدودیت کاربرد آن در HIV بشود. Ritonavir ممکن است متابولیسم لاموتریزین را القا کند و سطح والپروات را نیز کاهش می دهد.

کاربامازپین القاگر قوی 3A4 و 1A2 و 2C19 است و همچنین پتانسیل کاهش سطح سرمی مهارکننده های پروتئاز و NNRTIs را دارد. کاربامازپین با چند آنزیم متابولیسم می شود. بنابراین نباید با Ritonavir به کار برود. گزارشی از استفاده هم زمان این دو وجود دارد که استفراغ، سرگیجه و افزایش آنزیم های کبدی با افزایش سطح کاربامازپین در ۱۲ ساعت اول دادن Ritonavir رخ داده است.

والپروات به طور وسیعی با پروتئین باند می شود و به این دلیل امکان ایجاد تداخلات دارویی بالایی را دارد. این دارو به طور وسیعی در کبد متابولیزه و به بیشتر از ۵۰ متابولیت تبدیل می شود. زمانی که آنزیم های متابولیزه کننده والپروات القا بشوند ممکن است سطح سرمی یک متابولیت والپروات به نام 4-ene- valproic بالا برود. این متابولیت سمی است و توسط آزمایشگاه های معمولی سنجیده نمی شود. ریسک فاکتورهای سمیت کبدی والپروات، مذكر بودن، سن کمتر از ۲ سال،

¹ - Pollac

² - Harrison

³ - Jove

بیماری‌های نورولوژی و درمان توسط القاکننده‌های P450 است. گزارش‌هایی از هیپاتوتوکسیته با القا آنزیم کبدی مثل nevirapine وجود دارد. ritonavir و efavirenz نیز ممکن است با والپروات تداخل کنند.

لیتیوم روی ستیوکین‌هایی که قادرند دفاع بدن را در برابر عفونت‌های ویروسی بالا ببرند، نقش تنظیمی دارد. همچنین ممکن است که نقش نروتروفیک در مغز داشته باشد (هاروی^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). لیتیوم به علاوه می‌تواند تخریب شناختی ناشی از عفونت HIV را بهبود بخشد (لتندر^۲ و همکاران، ۲۰۰۶).

^۱ - Harvey

^۲ - Letendre

نکات مهم بالینی این بخش

- بیماران HIV مثبت بیشتر مستعد تداخلات دارویی هستند و به عوارض دارویی نیز بیشتر از جمعیت عمومی حساسند.
- SSRIها برای درمان افسردگی در بیماران HIV مثبت مناسبند، اما باید به تداخلات دارویی آنها در افزایش سطح سایر داروها توجه کرد. سیتالوپرام کمترین تداخل را از این دسته دارد.
- عوارض جانبی برخی داروها مثل خواب‌آوری، افزایش اشتها و یبوست می‌تواند علاوه بر درمان افسردگی به درمان برخی از علائم بیمار مثل بی‌خوابی، بی‌اشتهایی و اسهال نیز کمک کند.
- هنگام استفاده از داروهای تثبیت‌کننده خلق، علاوه بر در نظر داشتن تداخلات دارویی باید به کارکرد کلیه (لیتیوم) و کبد (والپروات و کاربامازپین) توجه داشت.
- بیماران HIV مثبت، نسبت به عوارض نورولتیک‌ها حساس‌تر هستند.
- بیماران مسن و افرادی که به دمانس HIV مبتلایند نیز به بنزودیازپین‌ها حساس‌ترند و ممکن است دچار مهارگسیختگی، دلیریوم، اختلال حافظه، خلق بی‌ثبات و بی‌قراری شوند. استفاده از داروهای با نیمه عمر کوتاه‌تر و بدون متابولیت فعال مثل آلپرازولام در این بیماران ارجح است.
- مهارکننده‌های پروتئازها می‌توانند سطح آنزیم‌های کبدی را بالا ببرند که در بیشتر موارد خفیف و گذرا است. مهارکننده‌های پروتئاز (خصوصاً ریتوناویر) آنزیم 3A4 را مهار می‌کنند.
- مهارکننده‌های ترانس کریپتاز معکوس آنالوگ نوکلئوزیدی به طور معمول با P450 تداخل ندارند.
- مهارکننده‌های ترانس کریپتاز معکوس غیرنوکلئوزیدی هر یک اثرات متفاوتی روی سیتوکروم 3A4 دارند.
- ✓ اکثر مهارکننده‌های ادغام دیواره سلولی (خصوصاً ریتوناویر)، آنزیم 3A4 را به درجات مختلف مهار می‌کنند، اگرچه اثرات مهاري و القایی دیگری هم روی ایزوآنزیم‌های مختلف دارند.

- Cohen, M.A., Jack, M., Gorman, (2008). *COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF AIDS PSYCHIATRY*, Oxford University press.
-
- Citron, K., Brouillette, M., Beckett, A., (2005). *HIV and Psychiatry Training and Resource Manual*, Cambridge university press
-
- Harvey, B. H., Meyer, C. L., Gallichio, V. S., Manj, H. K., (2002). Lithium salts in AIDS and AIDS related dementia, *psychopharmacol Bul.* 36(1): 5-28.
- Letendre, S. L., Woods, S. P., Ellis, R. J., Atrison, J. H., Masliah, E., Van de., Brande, G., Durelle, J., Grant, L., Everall, L., HNRC Group, (2006). Lithium improves HIV-associated neurocognitive impairment, *AIDS*, 20 (14): 1885-8.
- Lanzafamem M., Ferriar, S., Lattuada, E., Corsini, F., Deganello, R., Vento, S., Conica, E., (2009). Mirtazapine in an HIV-1 infected patient with progressive multifocal leukoencephalopathy, *infez Med.* 17(1): 35-7.
- Sheehan, N. L., Brouillette M. J., Delcsle, M. S., Allan, J., (2006). Possible interaction between lopinavir/ritonavir and valproic acid exacerbates bipolar disorder, *Ann pharmacotherapy.* (1): 147-5.
- Jove, F., Cuadrado, J. M., Andreu, L., Merino, J. (2002). Reversible coma caused by risperidone-ritonavir interaction. *Clin Neuropharmacol*, 25 (5): 251-3.
- Harrison, G., Dilley, J. W., Loeb, L., Nelson, W., (2006). Priapism and quetiapine: a case report. *J Clin Psychopharmacol*, 26 (1): 100-1.
- Pollac, T. M., Mc Coy, C., Stead, W. (2009). Clinically significant adverse effects from a drug interaction between quetiapine and atazanavir-ritonavir in two patients.
- Kopetanovic, S., Aaron, L., Montepiedr, G., Sirois, P. A., Olesre, J. M., Malea, Person, D. A., Nichols, S. L., Garive, P. A., Farly, J., Nazycem M. L., Miatz, M., Williams, P. L., (2009). The use of second-generation antipsychotics and the change in physical growth in children and adolescents with perinatally acquired HIV, *AIDS patient care STDS.* 23 (11): 939-47.

مداخلات روانشناختی
در
HIV/AIDS

اطلاع از ابتلا به ویروس HIV می‌تواند در هر فردی نتایج روانشناختی منفی نظیر اضطراب، افسردگی و استرس‌های هیجانی (کریکوریان^۱، کای^۲ و لیانگ^۳، ۱۹۹۵؛ کورد^۴ و سیسکی^۵، ۱۹۹۰؛ مونی‌هام^۶ و همکاران، ۱۹۹۷؛ والت^۷ و ساندرز^۸، ۱۹۹۷) و همچنین فرسودگی روان‌شناختی و جسمی (رز^۹، پاغ^{۱۰}، لیرز^{۱۱} و گوردون^{۱۲}، ۱۹۹۸) را به دنبال داشته باشد. در واقع افراد HIV مثبت طیفی از استرس‌های روان‌شناختی اختصاصی این بیماری تا استرس‌های عمومی ناشی از زندگی کردن با یک بیماری مزمن با انگ بالای اجتماعی را باید تحمل کنند (کوهن^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۲).

تحقیقات نشان داده‌اند که سطح بالای فشارهای روان‌شناختی بر این افراد انجام مشاوره و دیگر مداخلات روان‌شناختی و رفتاری را برای آنها ضروری می‌کند (کریستال^{۱۴} و جکسون^{۱۵}، ۱۹۸۹؛ کلی^{۱۶} و مورفی^{۱۷}، ۱۹۹۲؛ کلی و همکاران، ۱۹۹۳). هرچند که پژوهش‌های کمی در مورد کفایت این مداخلات انجام شده است ولی به طور کلی نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی به صورت معناداری موجب بهبودی کیفیت زندگی و بهداشت روانی در این افراد می‌شوند (براون^{۱۸} و همکاران، ۲۰۰۸). با توجه به اینکه یکی از عوارض شایع ابتلا به HIV افسردگی است بهبود احساس بهزیستی در این افراد معمولاً جزو اهداف اصلی هر طرح درمانی است.

مداخلات روانی اجتماعی در افراد مبتلا به HIV شامل درمان‌هایی با هدف کاهش فشارهای روانی ناشی از بیماری‌های جسمی و روانی همراه با HIV مانند افسردگی و اضطراب می‌باشند. این درمان‌ها به دلیل کمک به بیمار در ایجاد و استفاده بیشتر از مقابله‌های سازگارانه، موجب افزایش حمایت‌های اجتماعی و اعتماد به نفس و در نهایت سازگاری کلی بهتر با بیماری می‌شوند.

مداخلات روانی اجتماعی به صورت فردی، گروهی، گروه‌های حمایتی غیر دولتی و یا گروه‌هایی که هدف آنها جمعیت‌های خاص هستند (مانند زنان، مردان، مادران و مراقبان) اجرا می‌شوند. ممکن

-
- 1- Krikorian
 - 2- Kay
 - 3- Liang
 - 4- Kurder
 - 5- Siesky
 - 6- Moneyham
 - 7- Valente
 - 8- Saunders
 - 9- Rose
 - 10- Pugh
 - 11- Lears
 - 12- Gordon
 - 13- Cohen
 - 14- Crystal
 - 15- Jackson
 - 16- Kelly
 - 17- Murphy
 - 18- Brown

است این مداخلات موضوعات ویژه‌ای مانند کاهش آسیب در HIV و یا تبعیت از درمان (اورسا^۱ و کیمبرلین^۲، ۱۹۹۶) را هدف درمان خود قرار دهند. در واقع می‌توان گفت مداخلات روانی اجتماعی طیفی از مداخلات فردی تا خانوادگی و یا رواندرمانی‌های گروهی را در بر می‌گیرد و می‌توانند با رویکردهای روان تحلیلی، روان پویایی، بین فردی، رفتاری، شناختی و حمایتی باشند. به دلیل طیف وسیع عوامل عصبی روانی، روان‌شناختی و اجتماعی در عفونت HIV، روان‌پزشکان باید به دامنه وسیعی از درمان‌های موجود توجه و برای هر فرد یک یا ترکیبی از چند درمان مناسب را انتخاب کنند.

فشارهای روانی در افراد HIV مثبت با پیشرفت بیماری، نزدیک شدن زمان مرگ و کیفیت زندگی آنها ارتباط دارد. با در نظر گرفتن مدل زیستی روانی اجتماعی، می‌توان گفت که فشارهای روانی در HIV ثانویه به یک یا چند مورد زیر است:

۱. جنبه‌های پزشکی: علائم جسمی بیماری، درد و یا سطح انرژی.
۲. جنبه‌های روان‌شناختی و روان‌پزشکی: اختلال‌های روان‌پزشکی همراه و مشکلات مقابله با بیماری‌های پزشکی شدید، احساس شرم و یا گناه، داغدیدگی و فقدان، تعارض‌های جنسی، وابستگی، معنای زندگی و معنویت و موضوعات اختصاصی فرهنگی.
۳. جنبه‌های اجتماعی: مشکلات در برقراری ارتباطات نزدیک و اجتماعی، افشاسازی، انگ و پذیرش اجتماعی، بیکاری، مسائل مالی و مشکل مسکن.

تحقیقات نشان داده‌اند که فشارهای روانی و کیفیت زندگی بر روی سیستم ایمنی بیماران مبتلا به HIV تاثیر می‌گذارند (گودکین^۳ و همکاران، ۱۹۹۲؛ بوراک^۴ و همکاران، ۱۹۹۳؛ کرتزرنر^۵ و همکاران، ۱۹۹۳؛ ساز^۶ و همکاران، ۱۹۹۴؛ ایوانز^۷ و همکاران، ۱۹۹۵؛ کمنی^۸ و همکاران، ۱۹۹۵؛ تئورل^۹ و همکاران، ۱۹۹۵). خلق افسرده و حوادث پر فشار زندگی با تعداد پایین‌تر سلول‌های CD4 (گودکین و همکاران، ۱۹۹۲؛ بوراک و همکاران، ۱۹۹۳؛ ایوانز و همکاران، ۱۹۹۵؛ کمنی و همکاران، ۱۹۹۵)، لنفوسیت‌های ماگلویتینین^{۱۰} (کمنی و همکاران، ۱۹۹۵؛ گودکین و همکاران، ۱۹۹۶) و سلول‌های

¹ - Aversa
² - Kimberlin
³ - Goodkin
⁴ - Burack
⁵ - Kertzner
⁶ - Sahs
⁷ - Evans
⁸ - Kemeny
⁹ - Theorell
¹⁰ - Magglutinin

کشنده طبیعی (گودکین و همکاران، ۱۹۹۶) و افزایش سطح سرمی نئوپترین^۱ (گودکین، ۱۹۹۶؛ کمنی و همکاران، ۱۹۹۵) ارتباط دارد. کمنی و دین^۲ (۱۹۹۵) کشف کردند که با اینکه واکنش‌های سوگ ارتباطی با کاهش CD4 و شروع علائم بیماری ندارد، ولی جنبه‌هایی از افسردگی مانند سرزنش خود پیش بینی کننده کاهش CD4 است (گودکین و همکاران، ۱۹۹۶).

حمایت‌های اجتماعی و مقابله‌های فعال با حوادث پرفشار زندگی نیز با تعداد CD4 بالاتر ارتباط دارند (گودکین و همکاران، ۱۹۹۲؛ تئورل و همکاران، ۱۹۹۵). بر اساس نتایج حاصل از یک پیگیری چهار ساله، کاهش سطح اضطراب و رفتارهای پر خطر در بزرگسالان مبتلا به HIV در اثر مداخلات اجتماعی دیده شد (کمنی و همکاران، ۱۹۹۵). پژوهش‌های انجام شده در زمینه اثرات مثبت مداخلات رفتاری بر سیستم ایمنی افراد مبتلا به HIV (لزمن^۳ و همکاران، ۱۹۹۲؛ لین^۴ و همکاران، ۱۹۹۳؛ هال^۵) هنوز محدود است و از تعداد کمی پژوهش‌های کارآزمایی کنترل شده به دست آمده‌اند. بنابراین هرچند که بهبود وضعیت سیستم ایمنی به عنوان اثرات مثبت و بالقوه درمان‌های روانی اجتماعی برای افراد مبتلا به عفونت HIV مورد تردید قرار دارد، ولی رهایی از رنج بیماری‌های روان‌پزشکی و بهبود کیفیت زندگی آنها به عنوان اهداف اولیه مداخلات باقی خواهند ماند.

روان‌درمانی‌های انفرادی

روان‌درمانی رفتاری شناختی

اخیرا گرایش زیادی به استفاده از فنون روان‌درمانی رفتاری شناختی که بوسیله آرون بک پایه‌گذاری و توسعه یافته است و به طور سنتی برای بیماران افسرده استفاده می‌شود، برای کاهش یا بهبود اثرات فشارهای روانی در بیماران مبتلا به HIV، به وجود آمده است. در دهه‌های اخیر تحقیقات نشان داده‌اند که روان‌درمان رفتاری شناختی (CBT) در ترکیب با فنون دیگر مدیریت استرس برای برخی از چالش‌ها و مشکلاتی که بیماران مبتلا به HIV با آن روبرو هستند، مفیدند. در این نوع روان‌درمانی بیمار یاد می‌گیرد که هیجانات و رفتارهای همزمان با موقعیت‌های خاص را شناسایی کند و پاسخ‌های هیجانی و رفتاری سازگارانه‌تری به آنها بدهد.

در یک بررسی، روان‌درمانی رفتاری شناختی به همراه مصاحبه انگیزشی به صورت یک مداخله

¹ - Neopterin

² - Dean

³ - Leserman

⁴ - Linn

⁵ - Hall

هشت جلسه‌ای هفتگی انفرادی با یک درمانگر آموزش دیده در بیماران HIV مثبت، اجرا شد. در این پژوهش مصرف مواد کاهش یافت ولی در تبعیت از درمان دارویی تغییری دیده نشد (پارسونس^۱ و همکاران، ۲۰۰۵). محققان تاکید داشتند که تداوم ۷۳ درصدی بهبودی بعد از ۸ هفته بیانگر امکان پذیر بودن چنین مداخلاتی در این جمعیت خاص می‌باشد.

برخی از مطالعات پیشنهاد می‌کنند که قومیت نقش مهمی را در نتایج روان‌درمانی در بیماران مبتلا به HIV بازی می‌کند. مارکوویتز^۲ و همکاران (۲۰۰۰) ۱۰۱ بیمار را به روش تصادفی در گروه‌های روان‌درمانی بین فردی، روان‌درمانی رفتاری شناختی، روان‌درمانی حمایتی و ایمی‌پرامین به علاوه روان‌درمانی حمایتی قرار دادند و برای هر گروه شانزده هفته درمان اجرا کردند. در این مطالعه آزمودنی‌های آفریقایی-آمریکایی که در گروه روان‌درمانی رفتاری شناختی قرار داشتند نتایج درمانی ضعیف‌تری را نشان دادند. در مطالعه دیگری اثرات روان‌درمانی رفتاری شناختی با مداخلات مدیریت مشروط^۳ در افراد وابسته به هروئین یا کوکائین مقایسه شد. در روش مدیریت مشروط از فنون تقویت رفتار نظیر تشویق‌های ملموس (مانند دادن کوپن برای دریافت غذا یا خدمات) برای جلوگیری از رفتارهای منفی (مانند استفاده از مواد) یا تقویت رفتارهای مثبت استفاده می‌شود. نتایج این مطالعه کاهش رفتارهای پرخطر بیماران را در همه گروه‌های درمانی شامل روان‌درمانی رفتاری شناختی به تنهایی، مدیریت مشروط به تنهایی و ترکیب این دو نشان داد که ارتباط زیادی با نوع درمان نداشت (شرودر^۴ و همکاران، ۲۰۰۶). بعلاوه در بعضی از مقیاس‌های رفتاری مانند عدم انجام روابط جنسی محافظت نشده، کاهش رفتار پرخطر در گروه درمان ترکیبی بیشتر بود. علیرغم وجود مطالعات بالا، مقالات مربوط به روان‌درمانی رفتاری شناختی در بیماران مبتلا به HIV بیشتر مربوط به مداخلات گروهی است تا انفرادی و اطلاعات مربوط به درمان انفرادی برای این جمعیت اندک است.

روان‌درمانی روان‌پویایی

بیشتر مداخلات روان‌شناختی برای بیماران مبتلا به HIV متمرکز بر حمایت یا مشاوره جهت افزایش سازگاری در زندگی با این بیماری است. از دیدگاه روان‌پویایی، روان‌درمانی زمانی استفاده می‌شود که سازش با خود^۵ به دلیل ابتلا به بیماری HIV مختل شده باشد. چندین مؤلف برای فهم بیشتر تعارضها و تقلاهای بیمار مبتلا به HIV از این دیدگاه استفاده کرده‌اند (راجرز^۶، ۱۹۸۹؛ الرز^۱ و

^۱ - Parsons

^۲ - Markowitz

^۳ - Contingency management

^۴ - Schroeder

^۵ - Self

^۶ - Rogers

بن جک^۲، ۱۹۹۱؛ ویس^۳، ۱۹۹۷؛ کوهن^۴ و همکاران، ۱۹۹۸؛ کوهن، ۱۹۹۹؛ ریکارت^۵ و همکاران، ۲۰۰۲). موضوع اصلی که در دیدگاه روان‌پویایی پیگیری می‌شود شامل پذیرش بیماری و کاهش تعارضات جنسی است (ویس، ۱۹۹۷). با ظهور درمان‌های آنتی رتروویرال، موضوعات جدید روان‌درمانی مانند زندگی با یک بیماری مزمن، حفظ هدف زندگی و ارتباط با دیگران در هم ادغام شده‌اند (سلوین^۶ و همکاران، ۱۹۹۸؛ فاربر^۷ و مک دانیل^۸، ۱۹۹۹).

مطالعات نشان داده‌اند که ارتباط قوی بین سوء استفاده‌های جنسی در دوران کودکی و رفتارهای پرخطر مرتبط با HIV و عدم تبعیت از درمان وجود دارد (الرز و بن‌جک، ۱۹۹۱؛ لودیکو^۹ و دی‌کلمنت^{۱۰}، ۱۹۹۴؛ جیمز^{۱۱} و میردینگ^{۱۲}، ۱۹۹۷؛ لندرکینگ^{۱۳} و همکاران، ۱۹۹۷؛ تامپسون^{۱۴} و همکاران، ۱۹۹۷؛ وین‌گود^{۱۵} و دی‌کلمنت، ۱۹۹۷؛ گودمن و همکاران، ۱۹۹۸؛ هاتون^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۱). توجه به تروماهای کودکی در روان‌درمانی با دیدگاه روان‌پویایی می‌تواند باعث بهبود علائم روان‌پزشکی، کاهش رفتارهای پرخطر و همچنین افزایش تبعیت از درمان شود (ریکارت^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۲). با توجه به اینکه انجام مطالعات کنترل شده در مورد روان‌درمانی‌هایی با گرایش روان‌پویایی با مشکلاتی در زمینه طراحی و اجرا روبرو است، بنابراین هنوز سودمندی این روش‌ها به طور قطع روشن نمی‌باشند.

روان‌درمانی بین فردی

هدف اولیه روان‌درمانی بین فردی این است که افسردگی فرد را بوسیله کمک به وی جهت درک ارتباط افسردگی با استرس‌های بین فردی ویژه و سپس برطرف کردن استرسها از این طریق، درمان کند. در یک مطالعه نقش اثرات محیطی را بر خلق بررسی و از این طریق چند حوزه مشترک

-
- 1 - Allers
 - 2 - Benjack
 - 3 - Weiss
 - 4 - Cohen
 - 5 - Ricart
 - 6 - Selwyn
 - 7 - Farber
 - 8 - Mc Daniel
 - 9 - Lodico
 - 10 - Diclemente
 - 11 - James
 - 12 - Meyerding
 - 13 - Lenderking
 - 14 - Thompson
 - 15 - Wingood
 - 16 - Hutton
 - 17 - Ricart

مشکل ساز را شناسایی کردند. این حوزه‌ها شامل سوگ حل نشده پس از مرگ فرد مورد علاقه، تغییر نقش‌ها (سازگاری با شرایط جدید زندگی)، مناقشه در نقش‌های بین فردی (تعارض با افراد مهم دیگر) و کمبودهای بین فردی (فقر شبکه‌های اجتماعی) بودند.

نتایج یک تحقیق حاکی از آن است که روان‌درمانی بین فردی افسردگی را در بیماران مبتلا به اختلالات عروقی کاهش می‌دهد (کوزیکی^۱ و همکاران، ۲۰۰۴). در این تحقیق دریافت دارو توسط بیمار نقشی در میزان پاسخ به روان‌درمانی بین فردی نداشت. همچنین یک یافته نشان داده است که این روش می‌تواند جانشین درمان دارویی باشد. مطالعات انجام شده بر روی بیماران مبتلا به HIV نیز نتایج مشابهی داشته است. یک بررسی نتایج موفقیت آمیزتر روان‌درمانی بین فردی را در مقایسه با روان‌درمانی حمایتی به تنهایی و روان‌درمانی حمایتی به همراه ایمی‌پرامین گزارش کرده است (مارکوویچ^۲ و همکاران، ۱۹۹۸ و ۱۹۹۵). در مطالعه دیگری کاتالان^۳ و همکاران (۱۹۹۹) کشف کردند که روان‌درمانی بین فردی مؤثرتر از روان‌درمانی رفتاری شناختی یا روان‌درمانی حمایتی به تنهایی است. بعلاوه این روش قابل مقایسه با روان‌درمانی حمایتی به همراه دارو برای درمان افسردگی در بیماران مبتلا به HIV است.

زوج درمانی

بهبودی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به HIV مشخصاً تحت تاثیر سیستم‌های اجتماعی‌ای است که فرد در آن درگیر است. زوج‌ها اغلب درگیر مدیریت روابط و نقش‌هایی که باید بازی کنند هستند و بیماری می‌تواند روابط آنها را تحت تاثیر قرار دهد. موضوعاتی مانند پویایی نقش‌ها و عدم اطمینان در مورد آینده مشترک چالش‌هایی را در روابط ایجاد می‌کنند. طبیعت انتقال جنسی HIV در حوزه‌های دیگر روابط نیز تاثیر می‌گذارد. بنابراین در چنین شرایطی، زوج‌ها به بحث‌های قانع کننده در این خصوص و آموزش برای انجام روابط جنسی ایمن نیاز دارند. شخص مبتلا به عفونت HIV ممکن است علاقه به روابط جنسی را از دست بدهد و یا احساس غیر جذاب بودن کند. به دلیل طبیعت پیشرونده این بیماری زوج‌ها بیشتر نگران مرگ هستند، بنابراین بعضی از افراد ممکن است از نظر احساسی از شریک خود فاصله بگیرند. احساس گناه و تقصیر در زوج‌ها به وفور دیده می‌شود.

درمانگران می‌توانند به بیماران مبتلا به عفونت HIV در مدیریت مشکلات هیجانی و تماس‌های روان‌شناختی‌شان با دیگران کمک کنند. کارآیی مداخلات روان‌شناختی در این حوزه بیشتر متمرکز بر

¹ - Koszycki

² - Markowitch

³ - Catalan

زوج درمانی در جهت کاهش روابط جنسی محافظت نشده است. برخی از مطالعات نشان داده‌اند که جلسات زوج درمانی در شرکت این افراد در جلسات مشاوره، انجام تست‌های HIV و افزایش استفاده از کاندوم مؤثر بوده است. ال باسل^۱ و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند که شش جلسه مداخله برای زنان و شریک جنسی آنها در یک جمعیت با رفتارهای پرخطر جنسی، باعث کاهش تعداد انجام روابط جنسی محافظت نشده در ۱۲ ماه بعد از مداخله می‌شود. اثر این مداخله در حالت انفرادی و زوج با یکدیگر تفاوتی نداشت (ال باسل و همکاران، ۲۰۰۳).

روان‌درمانی گروهی

بیش از پنجاه سال است که روان‌درمانی گروهی برای درمان استرس‌های روان‌شناختی بیماری‌های روانی مورد تأیید قرار گرفته است. مکرراً کارآیی این درمان‌ها در بیماران سرطانی بررسی شده است. مدارکی وجود دارد که مداخلات گروهی در کاهش ناراحتی‌های خلقی، درد و بهبود کیفیت زندگی بیماران سرطانی موثر است. همچنین مدارکی وجود دارد که طول عمر بیماران سرطانی از این طریق افزایش می‌یابد (بلک مورتیمر^۲ و همکاران، ۱۹۸۱؛ تلک^۳ و تلک، ۱۹۸۶؛ لسیس^۴ و همکاران، ۲۰۰۴). هرچند که همه تحقیقات این مسئله را تأیید نکرده‌اند.

گروه درمانی برای بیماران مبتلا به HIV می‌تواند به صورت گروه‌های همتا، درمانگر مدار، آموزشی، درمانی، عمومی و یا متمرکز بر یک موضوع خاص مانند داغداری، والدگری و یا زوج‌های ناسازگار اجرا شود. گروه‌ها می‌توانند بر موضوعات خاص مانند معنویت و یا جمعیت‌های خاص مانند جوانان متمرکز باشند. در بین درمان‌های متفاوت گروهی، مطالعات بیشتر گروه‌های رفتاری شناختی، حمایتی و بیان هیجانی را مورد بررسی قرار داده‌اند (زیسوک^۵ و همکاران، ۱۹۹۸).

گروه‌های حمایتی

سیکما^۶ و همکاران (۲۰۰۴) کارآیی این گروه‌ها را برای مقابله با داغدیدگی در زنان و مردان مبتلا به HIV و AIDS نشان دادند. آنها نشان دادند که این نوع مداخله کیفیت سلامت عمومی زندگی و بهداشت اختصاصی را در مقایسه با استانداردهای اجتماعی مراقبت در این بیماران بهبود می‌بخشد. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان شرکت‌کننده در گروه درمانی بهتر از سایر زنان بود.

^۱ - El Bassel

^۲ - Blake Mortimer

^۳ - Telch

^۴ - Leszcz

^۵ - Zisook

^۶ - Sikkema

گودکین^۱ و همکاران (۱۹۹۸) مطالعه‌ای را به صورت کارآزمایی کنترل شده تصادفی جهت بررسی تاثیر مداخلات گروهی حمایتی در داغدیدگی مردان هم‌جنس‌باز HIV مثبت و منفی که دوستان نزدیک و یا شریک جنسی‌شان را در شش ماه گذشته از دست داده بودند، انجام دادند. نتایج بیانگر آن بود که مداخلات موجب کاهش فشارهای روان‌شناختی و سوگواری در این گروه‌ها می‌شود. همچنین بهبودی در سیستم ایمنی گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل مشاهده شد. تفاوت بالینی مشاهده شده در میزان مراقبت‌های بهداشتی در شش ماه بعد از مداخله نیز ادامه داشت. باید در نظر داشت که داغدیدگی مثالی از فشارهای شدید زندگی است.

گروه درمانی برای قربانیان سوءاستفاده نیز بسیار مناسب است (وان در کولک^۲ و همکاران، ۱۹۹۳). معمولاً احساس‌های عدم اطمینان، انزوا و اضطراب در قربانیان سوءاستفاده موجب جدایی فیزیکی یا هیجانی آنها از دیگران می‌شود. گروه درمانی یک روش خوب برای درمان قربانیان تروماهای این چنینی است تا از انزوای آنها جلوگیری شود.

افراد HIV مثبت اغلب قربانی تروماهای جنسی و فیزیکی در دوران کودکی می‌باشند. روان‌درمانی‌های گروهی برای افرادی HIV مثبتی که تجربه تروما و سوءاستفاده را دارند، سودمند است. سیکما و همکاران (۲۰۰۴) گزارش دادند که بیش از ۷۵ درصد از افرادی که در گروه‌های متمرکز بر تروما شرکت داشتند، بهبودی را در خلقشان نشان دادند.

همانطور که سیکما نیز اشاره کرده است، تاکید زیاد بر مواجهه با موقعیت‌های پر آشوب و پرفشار زندگی برای بازماندگان تروما می‌تواند بیشتر زیانبخش باشد تا سودمند و مداخلات باید بیشتر بر ساخت مهارت‌ها، ابزارهای مقابله‌ای و یادگیری کاربردی آنها جهت استفاده در زندگی روزانه متمرکز باشند.

گروه‌های رفتاری شناختی

همانطور که در بالا نیز اشاره شد درمان‌های روان‌شناختی زیادی برای این گروه از بیماران پیشنهاد شده است که یکی از مهمترین آنها روان‌درمانی‌های رفتاری شناختی است.

تحقیقات زیادی کارآیی گروه درمانی با رویکرد رفتاری شناختی برای بیماران مبتلا به عفونت HIV را نشان داده‌اند. در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۲ دیده شد که ۱۶ هفته گروه درمانی رفتاری شناختی برای بیماران مبتلا به HIV باعث بهبود افسردگی و اضطراب با پایایی تاثیر سه ماه می‌شود (بلانچ^۳ و

¹ - Goodkin

² - Van der kolck

³ - Blanch

همکاران، ۲۰۰۲). بیماران با نمرات بالای اضطراب در خط پایه، بیشترین بهبودی را در نمرات زیرمقیاس‌های اضطراب نشان دادند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که چنین روش‌هایی به صورت کاربردی می‌توانند برای زیرگروه‌های معینی از بیماران سودمند باشند.

لی^۱ و همکاران (۱۹۹۹) نشان دادند که ۲۰ هفته گروه درمانی رفتاری شناختی در ترکیب با داروهای ضد افسردگی برای بیماران مبتلا به HIV باعث کاهش افسردگی و پایایی آن تا ۱ سال پس از درمان می‌شود.

برای مقایسه روان‌درمانی گروهی با درمان دارویی مطالعات کارآزمایی کنترل شده کمی انجام شدند. در یک مطالعه دوسوکور تصادفی با گروه کنترل پلاسیبو دیده شد که کارآیی درمان با فلوکستین به همراه گروه درمانی در مردان مبتلا به HIV مثبت بیشتر از گروه درمانی به تنهایی است (زیسوک^۲ و همکاران، ۱۹۹۸).

مطالعاتی که کارآیی گروه درمانی‌های رفتاری شناختی را با انواع دیگر گروه درمانی مقایسه کرده‌اند، نتایج مشابهی را به دست آورده‌اند و اغلب نشان می‌دهند که گروه درمانی رفتاری شناختی بهتر از روش‌های دیگر است. به طور مثال در یک مطالعه در چین در مبتلایان به HIV نشان داده شد که گروه درمانی رفتاری شناختی در بهبود خلق و کیفیت زندگی بیماران بیش از مشاوره حمایتی توسط گروه همتایان و یا عدم انجام مداخله اثر داشت و اثر مثبت آن نیز تا ۳ ماه پیگیری همچنان وجود داشت (مولاسیوتیس^۳ و همکاران، ۲۰۰۲). مالدر^۴ و همکاران (۱۹۹۵) نیز نشان دادند که گروه درمانی رفتاری شناختی به اندازه گروه درمانی تجربی برای مردان همجنس باز مبتلا به HIV مؤثر است.

کلی^۵ و همکاران (۱۹۹۳) نشان دادند که گروه درمانی رفتاری شناختی و گروه حمایت اجتماعی در کاهش علایم افسردگی، خصومت و جسمانی کردن علائم در مردان هم‌جنس‌باز HIV مثبت به یک اندازه مؤثرند. در این مطالعه کاهش در رفتارهای منفی در هر دو روش تا سه ماه پیگیری نیز ادامه داشت. همچنین گروه رفتاری شناختی کاهش بیشتری در مصرف داروهای غیر مجاز و گروه حمایت اجتماعی کاهش بیشتری در علائم روان‌پزشکی و روابط جنسی محافظت نشده نشان دادند.

لاپرییر^۶ و همکاران (۲۰۰۵) نیز در یک کارآزمایی بالینی آینده نگر نشان دادند که گروه درمانی با ترکیبی از فنون رفتاری شناختی، مدیریت استرس، فنون تن آرامی و روش‌های درمانی بیانی-حمایتی

¹ - Lee

² - Zisook

³ - Molassiotis

⁴ - Mulder

⁵ - Kelly

⁶ - Laperriere

در کاهش افسردگی زنان مؤثر است و نتایج مثبت تا ۱ سال پس از مداخله نیز قابل مشاهده است. بلانچ و همکاران (۲۰۰۷) نیز نشان دادند که در بیماران HIV مثبت تحت درمان با داروهای آنتی ریتروویرال که دچار عارضه لیپودیستروپی هستند، گروه درمانی ساختار یافته رفتاری شناختی به همراه آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شامل آموزش درباره تغذیه و یک سری تمرینات بدنی باعث بهبود کیفیت زندگی و تطابق روان‌شناختی با تغییرات بدنی لیپودیستروپی می‌شود.

اخیرا مسیر برخی از تحقیقات در جهت بررسی اثرات مداخلات رفتاری شناختی بر پارامترهای سیستم ایمنی تغییر یافته است. فرض اصلی آنها این است که از طریق کاهش استرس با استفاده از چنین مداخلاتی شاید بتوان تغییراتی در محور هیپوتالاموس هیپوفیز آدرنال ایجاد کرد. نتایج نشان داده است که در برخی از بیماران با عفونت HIV این تغییرات مشاهده می‌شود. به طور مثال مالدر و همکاران (۱۹۹۵) نشان دادند که کاهش تعداد CD4ها در مردان همجنس باز مبتلا به عفونت HIV که ۱۵ هفته گروه درمانی رفتاری شناختی یا گروه درمانی تجربی دریافت کرده بودند با کاهش سطح فشار روانی آنها نسبت عکس داشت.

مطالعه‌ای نیز برای بررسی اثرات مدیریت استرس رفتاری شناختی^۱ بر عوامل روان‌شناختی، غدد درون ریز و سیستم ایمنی انجام شده است. در این مطالعه ۱۰ جلسه درمان هفتگی اجرا شد. هر جلسه به دو جلسه ۴۵ دقیقه‌ای روش‌های تن‌آرامی (شامل آرام سازی عضلانی، آموزش خودزاد، تصویرسازی هدایت شده، مراقبه و تمرینات تنفسی) و ۹۰ دقیقه‌ای مدیریت استرس (شامل آموزش اثرات استرس، شناسایی افکار خودآیند، استفاده از بازسازی شناختی، افزایش مهارت‌های مقابله‌ای شامل قاطعیت و مدیریت خشم و استفاده از حمایت‌های اجتماعی) تقسیم می‌شد. بیماران آموزش می‌دیدند که تمرینات تن‌آرامی را دوبار در روز و تکالیف خانگی شناختی‌شان را بین جلسات انجام دهند. این مطالعه از یک گروه مقایسه لیست انتظار نیز به عنوان گروه کنترل استفاده کرد. در مقایسه با گروه کنترل گروه مدیریت استرس رفتاری شناختی پس از درمان در افسردگی، اضطراب، خشم و گنجی کاهش نشان دادند که بیانگر یک کاهش عمومی در فشارهای روان‌شناختی بود. بعلاوه در گروه مداخله سطوح پایین‌تری از کورتیزول و نوراپی نفرین ادراری مشاهده شد که اولی نشانه کاهش خلق افسرده و دومی نشانه کاهش اضطراب است (آنتونی^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). کریس^۳ و همکاران (۲۰۰۰) نیز کشف کردند که در گروه مداخله میزان تستوسترون آزاد سرم افزایش می‌یافت که میزان تغییرات آن با میزان تغییرات فشارهای روانی نسبت عکس داشت. هم‌چنین در گروه مداخله تعداد

¹ - Cognitive behavior stress management

² - Antoni

³ - Cruess

سلول‌های T- cytotoxic ($CD3+CD8+$) افزایش می‌یافت که در یک دوره پیگیری ۶ تا ۱۲ ماهه کاهش بیشتر نوراپی‌نفرین و فراوانی بیشتر تمرینات تن‌آرامی در منزل در طی دوره مداخله پیش‌بینی‌کننده بالاتر بودن تعداد سلولهای $CD3+CD8+$ بودند (آنتونی، ۲۰۰۰). بعلاوه در مردان گروه مداخله پس از ۶ تا ۱۲ ماه پیگیری تعداد T-cell های ذاتی (naïve) بیشتر بود که این مسئله به تعداد اولیه آنها و بار ویروسی (virus load) ارتباطی نداشت (آنتونی و همکاران، ۲۰۰۲).

اخیراً شرمن^۱ و همکاران (۲۰۰۴) مشابه لسز^۲ و همکاران (۲۰۰۴) گزارش دادند که تاثیرات مثبتی از مداخلات گروهی در سیستم ایمنی، غدد درون ریز و خلق در مراحل مختلف بیماری در بیماران مبتلا به HIV و سرطان مشاهده می‌شود. همچنین این نتایج مدارکی را فراهم کرده است که نشان می‌دهند شاید مدیریت استرس با بهبودی و تنظیم سیستم ایمنی این مردان ارتباط داشته باشد. برای تکرار این یافته‌ها نیاز به انجام بررسی‌های بیشتر در این زمینه می‌باشد.

فشارهای روان‌شناختی مرتبط با HIV/AIDS می‌تواند توانایی افراد را برای مقابله با روش‌های سازگارانه کاهش دهند. در این حالت معمولاً افراد از روش‌های مقابله‌ای اجتنابی و منفعلانه که کمکی به حل مسئله نمی‌کنند، استفاده می‌کنند (کووارد^۳، ۱۹۹۴؛ کورد و سیسکی، ۱۹۹۰؛ نامیر^۴، ولکات^۵، فازی^۶ و آلومباغ^۷، ۱۹۸۷). تحقیقات نشان داده‌اند که استفاده از مقابله‌های مواجهه‌ای فعال با بهبود بیماری ارتباط دارند (مولدر^۸، آنتونی، دوون‌وردن^۹، کافمن^{۱۰} و گودکین، ۱۹۹۵). بنابراین آموزشهایی در این زمینه به بیماران مبتلا به HIV می‌تواند به عنوان یک عامل مرکزی در برنامه‌های مداخله‌ای در نظر گرفته شود (آنتونی و همکاران، ۱۹۹۱؛ کوتس^{۱۱}، مک‌کوسیک^{۱۲}، کونو^{۱۳} و استیتس^{۱۴}، ۱۹۸۹؛ گیفورد^{۱۵}، لورنت^{۱۶}، گنزالس^{۱۷}، چسنی^{۱۸} و لوریگ^{۱۹}، ۱۹۹۸؛ لوتگن‌دورف^{۲۰} و

-
- 1- Sherman
 - 2- Leszcz
 - 3- Coward
 - 4- Namir
 - 5- Wolcott
 - 6- Fawzy
 - 7- Alumbaugh
 - 8- Mulder
 - 9- Duivenvoorden
 - 10- Kauffmann
 - 11- Coates
 - 12- McKusick
 - 13- Kuno
 - 14- Stites
 - 15- Gifford
 - 16- Laurent
 - 17- Gonzales
 - 18- Chesney
 - 19- Lorig
 - 20- Lutgendorf

همکاران، ۱۹۹۷؛ تایلور^۱، ۱۹۹۵).

در یک مطالعه اینویوی و همکاران (۲۰۰۱) نشان دادند که یک برنامه ۷ هفته‌ای آموزش انفرادی مدیریت خود و مهارت‌های مقابله‌ای در مبتلایان به HIV/AIDS باعث ارتقای خلق، مهارت‌های مقابله‌ای (استفاده کمتر از روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و فرمانبردارانه) و نگرش‌های بهداشتی می‌شود.

در دهه گذشته محققان این مسئله را که آیا روش‌های رفتاری شناختی به کاهش رفتارهای پرخطر در جمعیت HIV مثبت منجر می‌شود یا خیر مورد بررسی قرار داده‌اند. در یک مطالعه دیده شد که کارایی مداخلات رفتاری شناختی انفرادی یا گروهی در کاهش رفتارهای پرخطر مربوط به HIV در سوءاستفاده کنندگان کرک و معتادان تزریقی با مشاوره دارویی استاندارد دو جلسه‌ای و پروتکل آزمایشی تولید شده توسط انستیتوی ملی سوءمصرف مواد (NIDA) تفاوتی نداشت (هرچرگر^۲ و همکاران، ۲۰۰۳).

مطالعات دیگری نیز روان‌درمانی رفتاری شناختی را با مداخله مدیریت مشروط مقایسه کرده‌اند. همانطور که در بالا توضیح داده شد، در رویکرد مدیریت مشروط از تقویت‌های رفتاری برای بیماران استفاده می‌شود، بدین طریق که فرد تقویت‌هایی را برای عدم انجام رفتارهای منفی یا نشان دادن رفتارهای مثبت دریافت می‌کند. شاپتاو^۳ و همکاران (۲۰۰۵) اخیراً نشان داده‌اند که درمان‌های مبتنی بر مدیریت مشروط و یا ترکیب آن با روان‌درمانی رفتاری شناختی نتایج بهتری نسبت به روان‌درمانی رفتاری شناختی استاندارد در کاهش استفاده از مت‌آمفتامین و رفتارهای پرخطر مرتبط با HIV در مردان هم‌جنس‌باز و یا دوجنس‌باز شهری داشته است.

در یک بررسی توسط کرایچ و همکاران (۲۰۰۹) نیز دیده شد که برنامه خود کمکی رفتاری شناختی باعث کاهش میزان افسردگی در افراد HIV مثبت شد ولی برنامه ساختاریافته نوشتاری کامپیوتری باعث تغییر در خلق افراد نشد.

گروه‌های هیجان ابراز شده

اگرچه گزارشات اندکی در رابطه با کارایی روان‌درمانی گروهی هیجان ابراز شده وجود دارند ولی مطالعات موجود سودمندی بالینی این گروه از مداخلات را تأیید می‌کنند (ویس^۴ و همکاران، ۲۰۰۳). این روش‌ها از طریق آموزش‌های روانی و آموزش روش‌های مقابله به کاهش فشارهای هیجانی

¹ - Taylor

² - Herschberger

³ - Shoptaw

⁴ - Weiss

کمک می‌کنند. چسنی^۱ و همکاران (۲۰۰۳) اثرات مثبت آموزش مقابله‌های موثر برای فشارهای روان‌شناختی را در مردان هم‌جنس‌باز HIV مثبت نشان دادند. در مداخله آنان اثرات مثبت گروه درمانی روی روحیه مثبت تا ۶ و ۱۲ ماه باقی ماند.

گروه‌های متمرکز بر معنویت

اخیرا توجه به بهزیستی معنوی به ابعاد مختلف درمان‌های روان‌شناختی در بیماران جسمی اضافه شده است. بطور کلی مقالات موجود از نقش مثبت معنویت در مقابله با بیماری‌های جدی و با خطر بالای مرگ حمایت می‌کنند (چیبنال^۲ و همکاران، ۲۰۰۲؛ مک کلین^۳ و همکاران، ۲۰۰۳؛ نیولین^۴ و همکاران، ۲۰۰۳). معنویت می‌تواند اثرات منفی افسردگی و استرس‌های هیجانی را که بر کیفیت زندگی و احساس ناخوشی حاصل از بیماری تاثیر می‌گذارد کاهش دهد (مک کلین و همکاران، ۲۰۰۳؛ نیولین و همکاران، ۲۰۰۳). مواجهه با مراحل پایانی بیماری به دلیل مطرح شدن سؤالاتی در مورد معنای زندگی و اهداف و همچنین اضطراب جدایی یک مسئله غامض معنوی است. بنابراین مراقبت‌های پزشکی که به طبیعت معنوی انسان توجه و از آن حمایت می‌کنند، می‌توانند به ترویج بهزیستی معنوی در برخی از بیماران که در مراحل پایانی زندگی‌شان در جستجوی آن هستند، بسیار کمک کنند. تعداد بسیار اندکی از مطالعات کارآیی جهت دهی معنوی را در روان‌درمانی‌های گروهی مورد بررسی قرار داده‌اند. میلر^۵ و همکاران (۲۰۰۵) کشف کردند که بیماران که چنین مداخلاتی را دریافت می‌کنند علائم افسردگی کمتر، احساس بی‌معنایی مربوط به مرگ کمتر و بهزیستی معنوی بهتری داشتند. بررسی‌های بیشتری برای ارزیابی کارآیی معنویت در درمان گروهی باید انجام شود.

درمان گروهی در جمعیت کودکان

گاهی اوقات نوجوانان با HIV عوامل خطر بیشتری دارند، مانند زندگی خانوادگی مختل، تاریخچه خانوادگی مثبت بیماری‌های روانی و سوء‌مصرف مواد، تجربه مرگ، ترس از افشاسازی و خطر طرد شدن (فردریک^۶ و همکاران، ۲۰۰۰؛ باچاناس^۷ و همکاران، ۲۰۰۱). شیوع بالایی از علائم روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان HIV مثبت گزارش شده است (گاگهام^۸ و همکاران، ۲۰۰۴؛

¹ - Chesney
² - Chibnall
³ - Mc Clain
⁴ - Newlin
⁵ - Miller
⁶ - Frederick
⁷ - Bachanas
⁸ - Gaugham

میسراهی^۱ و همکاران، ۲۰۰۴). موضوعات درمان‌های روان‌شناختی و اجتماعی در این گروه سنی معمولاً مختص به سن و مربوط به روابط با گروه‌های هم‌تاها، تصویر خود، مسائل جنسی و برنامه‌ریزی برای زندگی به عنوان یک بزرگسال می‌باشد. عدم تبعیت از برنامه‌های درمانی معمولاً مشکلی مشترک در این جمعیت است. فانک برنتانو^۲ و همکاران (۲۰۰۵) گزارش کرده‌اند که شرکت در گروه حمایتی هم‌تاها با بهبودی در بهزیستی هیجانی نوجوانان HIV مثبت ارتباط دارد و این مسئله می‌تواند تاثیر مثبتی بر وضعیت بهداشتی آنها داشته باشد.

خانواده درمانی

والدین بیماری که از فرزندانشان مراقبت می‌کنند، به دلیل آنکه همزمان با علائم فیزیکی در حال پیشرفت خود نیز مقابله می‌کنند معمولاً با چالش‌های ویژه‌ای مواجه هستند. معمولاً این گروه‌ها نسبت به استرس‌ورهای روانی اجتماعی‌ای که بر سلامت آنها تاثیر می‌گذارند آسیب پذیرند. این والدین اغلب درگیر مشکلات اجتماعی و مالی هستند که اثر شدیدی بر بهزیستی کودکان آنها دارد. اگر خود کودکان نیز HIV مثبت باشند، حفظ سلامت و پویایی خانواده بسیار مشکل خواهد بود. افشاسازی، واکنش‌های هیجانی به تشخیص HIV، ترس از مرگ، سازگاری با نقش‌ها، فقدان و سوگواری و همچنین انگ‌های اجتماعی همه مثال‌هایی از چالش‌هایی هستند که خانواده مبتلا به HIV با آنها روبرو است. اغلب فشار برای کاهش رفتارهای پرخطر نیز به عنوان یکی از این چالش‌ها محسوب می‌شود. چندین مطالعه افزایش تبعیت از درمان، بهبود بهزیستی و بهبود در مقیاس‌های سلامت در خانواده‌هایی که گروه درمانی خانوادگی حمایتی را دریافت کرده بودند، گزارش داده‌اند (کمیتا^۳ و همکاران، ۲۰۰۲؛ لیون^۴ و همکاران، ۲۰۰۳؛ میترا^۵ و همکاران، ۲۰۰۳؛ رودرام بروس^۶ و همکاران، ۲۰۰۳؛ مک کی^۷ و همکاران، ۲۰۰۴)

درمان‌های جایگزین و تکمیلی^۸

برخی از بیماران با عفونت HIV در جستجوی درمان‌های جایگزین یا تکمیلی هستند. این درمان‌ها شامل استفاده از موادی مانند مکمل‌های گیاهی، مکمل‌های خوراکی و ماری جوانا و

^۱ - Misdrahi

^۲ - Funck-Brentano

^۳ - Kmita

^۴ - Lyon

^۵ - Mitrani

^۶ - Rotheram - Borus

^۷ - Mc Kay

^۸ - Complementary and Alternative Modalitis

همچنین انجام فعالیت‌های درمانی سنتی مانند ماساژ، طب سوزنی، هیپنوتیسم، نیایش، مراقبه و یوگا می‌باشند. درمان‌های تکمیلی می‌توانند به صورت غیر فعال (مانند درمان با ماساژ و یا طب سوزنی) باشند در حالیکه روش‌های دیگر (مانند یوگا و مدیتیشن) بر شرکت فعالانه بیماران تاکید دارند. بیماران معمولاً یک روش را بر اساس تجارب دیگران و یا بر طبق ترجیحات شخصی خود انتخاب می‌کنند.

در سال‌های گذشته مطالعات زیادی با حمایت مالی انستیتوی ملی بهداشت آمریکا، دفتر پزشکی جایگزین و انستیتوی ملی آلرژی و بیماری‌های عفونی انجام شده‌اند. استاندیش^۱ و همکاران (۲۰۰۱) گزارش کردند که در میان ۱۶۷۵ مرد و زن HIV مثبت ۶۳ درصد ویتامین C، ۵۴ درصد مولتی ویتامین و مکمل‌های معدنی، ۵۳ درصد ویتامین E و ۵۳ درصد سیر مصرف می‌کردند. همچنین ۴۹ درصد آنها به ماساژ درمانگر، ۴۵ درصد به متخصص طب سوزنی، ۳۷ درصد به متخصص تغذیه و ۳۵ درصد به مشاوران با رویکردهای متفاوت مراجعه کرده بودند. بعلاوه ۶۳ درصد به ورزش‌های ایروبیک، ۵۸ درصد به نیایش، ۵۳ درصد به ماساژ و ۴۶ درصد به مراقبه اقدام کرده بودند. نکته قابل ذکر آن است که انتخاب‌های درمانی افراد بر اساس مدارک علمی در زمینه کارآیی این درمان‌ها نبوده است.

علی‌رغم مدارک علمی ناکافی در مورد تائید کارآیی این گونه درمان‌ها، افراد زیادی گزارش‌هایی در زمینه سودمندی این نوع درمان‌ها ارائه داده‌اند و سالانه مقدار زیادی پول برای این نوع درمان‌ها هزینه می‌شود. همچنین برخی از تحقیقات نیز بر اثرات مثبت آنها تاکید داشته‌اند (دنگ^۲ و کاسیلت^۳، ۲۰۰۵).. اما مطالعات کنترل شده در این زمینه بسیار محدود است. بنابراین برای اطلاع رسانی به پزشکان و بیماران درباره مزایا و مضرات احتمالی این درمان‌ها به انجام کارآزمای‌های بالینی نیاز است. اکثر آزمودنیها در مطالعه انستیتوی ملی بهداشت آمریکا متذکر شدند که مشاوره‌هایی را با ارائه دهندگان روش‌های درمانی متعارف و غیر متعارف داشته‌اند. به نظر می‌رسد که استفاده از هر دو نوع این درمان‌ها به عنوان یک مدل پزشکی یکپارچه سودمند باشد. متأسفانه به ندرت ارائه دهندگان این دو رویکرد به صورت یک تیم با یکدیگر کار می‌کنند. بنابراین تحقیقات بیشتر برای حمایت و تشویق این مدل‌های مراقبتی یکپارچه سودمند خواهد بود.

مداخلات ذهن-بدن، طب سوزنی، ماساژ درمانی و موسیقی درمانی به عنوان درمان‌هایی برای اختلالات خلقی در بیماران سرطانی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. فنون تن‌آرامی، تصویرسازی هدایت

¹ - Standish
² - Deng
³ - Cassileth

شده و مراقبه در چندین کارآزمایی بالینی تصادفی مفید بودنشان را در کاهش اضطراب، افسردگی و علائم دیگر ناشی از فشارهای روانی نشان داده‌اند (سپکا^۱ و همکاران، ۲۰۰۰؛ پترسون^۲ و همکاران، ۲۰۰۲؛ تارگ^۳ و لوین^۴، ۲۰۰۲).

هر چند که تحقیقات کمی در مورد مداخلات تن‌آرامی در بیماران مبتلا به HIV انجام شده است ولی نتایج برخی از مطالعات نوید دهنده بوده است. به طور مثال فاکونیشی^۵ و همکاران (۱۹۹۷) نشان دادند که گروه درمانی مبتنی بر فنون تن‌آرامی باعث کاهش اضطراب، فرسودگی، افسردگی و گیجی در بیماران مبتلا به HIV می‌شود. تیلور^۶ (۱۹۹۵) نیز نشان داد که برنامه مدیریت استرس رفتاری به صورت ۲۰ جلسه یک هفته در میان آموزش تن‌آرامی عضلانی پیشرونده، بیوفیدبک، مراقبه و هیپنوتیسم در کاهش اضطراب، بهبود خلق و اعتماد به نفس و افزایش تعداد T-cellها مؤثر است. هدف مراقبه مبتنی بر ذهن آگاهی، افزایش توجه متمرکز بر روی تفکرات، هیجانات، احساسات و ادراکات عینی است. مهارت‌های شناختی یاد گرفته شده از طریق این فرآیند از تمرکز بر تنفس تا توجه به همه فعالیت‌های زندگی گسترش می‌یابد. شواهد معدود جمع‌آوری شده در دو دهه گذشته، بیانگر آن است که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی شاید یک درمان الحاقی موثر برای مجموعه‌ای از درمان‌های روان‌شناختی و جسمی باشد. رایینسون^۷ و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند که یک برنامه ۸ هفته‌ای کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند منجر به بهبود عملکرد بهداشتی و افزایش تعداد و فعالیت سلول‌های کشنده طبیعی در افراد مبتلا به HIV شود.

مطالعات زیادی تاکید بر نقش هیپنوتیسم در کمک به بیماران سرطانی داشته‌اند. لیوسی^۸ و هاتیرا^۹ (۱۹۹۹) گزارش کردند که اضطراب و فشار روانی در کودکان سرطانی با هیپنوتیسم بیش از روان‌درمانی رفتاری شناختی کاهش می‌یابد. لانگنفلد^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۲) نیز نشان دادند که هیپنوتیسم در بیماران HIV مثبت باعث کاهش درد و نیاز به مسکن می‌شود.

ماساژ درمانی یا بازتاب‌شناسی^{۱۱} (ماساژپا) شاید برای بیماران با دردهای سرطانی مزمن و همچنین بیمارانی که از دردهای نوروپاتی رنج می‌برند، مفید باشد. در یک کارآزمایی کنترل شده

¹ - Speca

² - Petersen

³ - Targ

⁴ - Levine

⁵ - Fukunishi

⁶ - Taylor

⁷ - Robinson

⁸ - Lioosi

⁹ - Hatira

¹⁰ - Langenfeld

¹¹ - Reflexology

تصادفی در بیماران سرطانی، این درمان منجر به کاهش درد و اضطراب شد (اهلز^۱ و همکاران، ۱۹۹۹؛ استیفنسون^۲ و همکاران، ۲۰۰۰؛ ویلکی^۳ و همکاران، ۲۰۰۰؛ اسمیت^۴ و همکاران، ۲۰۰۲؛ کاسیلث^۵ و ویکرز^۶، ۲۰۰۴). اما در حال حاضر هیچ مطالعه کنترل شده‌ای که نشان دهنده اثرات مشابه برای بیماران مبتلا به HIV مثبت باشد، وجود ندارد.

طب سوزنی شامل تزریق سوزن در مسیرهای ویژه‌ای از بدن است. از این روش گاهی در ترکیب با تحریکات حرارتی، صوتی و الکتریکی استفاده می‌شود. چندین مطالعه کاهش دردهای سرطانی را پس از استفاده از این روش نشان داده‌اند، هر چند که فقدان گروه کنترل اعتبار نتایج آنها را محدود می‌کند (فیلشی^۷ و ردمن^۸، ۱۹۸۵؛ لنگ^۹، ۱۹۹۹). دیده شده است که طب سوزنی در بیماران سرطانی‌ای که علیرغم درمان ثابت برای کاهش درد هنوز درد را تجربه می‌کنند می‌تواند باعث کاهش درد شود (الیمی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۳). در حال حاضر مدارکی برای اثرات مشابه در بیماران HIV مثبت وجود ندارد.

استفاده از مکمل‌های گیاهی رو به افزایش است. مکمل‌های گیاهی شامل ویتامین‌ها، پروتئین‌ها، علف‌ها و مواد دیگر هستند که می‌توانند به صورت کپسول، قرص، مایع یا فرم‌های دیگر ارائه شوند. برخی از مکمل‌های گیاهی به دلیل شهرتی که در مورد اثرات خلقی‌شان دارند توسط بیماران HIV مثبت به طور وسیعی استفاده می‌شوند، مثلاً از Kava برای کاهش اضطراب، از افدرا (Ephedra) یا ماهونگ (Mahuang) به عنوان محرک، از علف چای (St. John's wort) برای کاهش افسردگی، از سنبل الطیب (Valerian) و گل ساعت (passionflower) برای کمک به خواب. گزارش شده است که ginkgobiloba اثرات افزایش شناختی دارد. هنوز کارآزمایی کنترل شده‌ای که نشان دهنده اثرات سودمند این مکمل‌های گیاهی باشد وجود ندارد.

نتیجه‌گیری

در دو دهه گذشته شاهد گسترش انتخاب‌های درمانی روان‌شناختی برای جمعیت مبتلا به عفونت HIV بوده‌ایم که می‌تواند به مراقبت‌های پزشکی و دارویی افراد HIV/AIDS اضافه شده و یا کامل

¹ - Ahles

² - stephenson

³ - Wilkie

⁴ - Smith

⁵ - Cassileth

⁶ - Vickers

⁷ - Filshie

⁸ - Redman

⁹ - Leng

¹⁰ - Alimi

کننده آنها باشد. نیازهای روان‌شناختی افراد مبتلا به HIV بسیار پیچیده و چند لایه می‌باشد، بنابراین مطمئناً نیازمند یک دیدگاه چند رشته‌ای است. به طور سنتی انتخاب درمان‌های روان‌شناختی بیشتر به در دسترس بودن منابع و یا زمینه‌های تئوریک ارائه دهندگان آنها وابسته است نه بر شواهد تحقیقاتی. با این حال بیشتر تحقیقاتی که کارآیی انواع درمان‌های مختلف را بررسی کرده‌اند بر تاثیرات مثبت آنها تاکید داشته‌اند.

در بیماران مبتلا به عفونت HIV نیز وضع به همین منوال است. نتایج مطالعات بیانگر آن هستند که هر دو نوع درمان‌های گروهی و انفرادی شامل دیدگاه‌های روان‌پویایی و روان‌تحلیلی، بین فردی، رفتاری شناختی و حمایتی موثر می‌باشند. در برخی از موارد مداخلات روانی اجتماعی حتی با بهبود عملکرد سیستم ایمنی نیز ارتباط داشته است.

هر چند که کارآیی انواع مختلف درمان‌ها مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، ولی هنوز حوزه‌های زیادی برای انجام تحقیقات آینده جهت فراهم کردن مدارک با ثبات‌تر در حمایت از دیدگاه‌های درمانی گوناگون وجود دارد. بویژه این مسئله در مورد انواعی از درمان‌ها که کمتر استفاده می‌شوند کاربرد دارد. هنوز مدارک بسیار کمی در مورد کارآیی این روش‌ها وجود ندارد و بنابراین تحقیقات بیشتری برای تشخیص اینکه چه وضعیت پزشکی و روان‌شناختی در بیمار می‌تواند پیش‌بینی کننده بهتری برای پاسخ مثبت به یک نوع درمان خاص باشد، مورد نیاز است. این مسئله به درمانگران در ارائه بهتر یک طرح درمانی اختصاصی برای هر بیمار کمک می‌کند.

پژوهش‌های زیادی در زمینه تحقیقات متمرکز بر بیمار انجام شده است (هوارد¹ و همکاران، ۱۹۹۶؛ لمبرت^۲ و همکاران، ۲۰۰۱). درحالیکه تحقیقات سنتی در زمینه روان‌درمانی تمایل به تمرکز بر اثرات عمومی یک مداخله داشته‌اند، تحقیقات اخیر بیشتر متمرکز بر بیمارهایی با یک بیماری خاص هستند. هدف تحقیقات متمرکز بر بیمار افزایش سودمندی یافته‌های تحقیق و همچنین فراهم کردن ابزارهایی است که درمانگران بتوانند از آنها برای ارزیابی پاسخ‌های بیمار به درمان استفاده کنند. هرچند که استفاده از این روش در تحقیقات روان‌درمانی گسترش پیدا کرده است (لمبرت و همکاران، ۲۰۰۳) هنوز توجه زیادی به آن در درمان و تحقیقات مربوط به HIV نشده است. در آینده مداخلات روانی اجتماعی برای بیماران مبتلا به HIV وابسته به نتایج تحقیقات سنتی، مبتنی بر شواهد و متمرکز بر بیماری خواهد بود که بر روی انواع گوناگون درمان‌های در دسترس انجام خواهند شد.

در آخرین مبحث این فصل به سؤالات مشترکی که معمولاً توسط درمانگرانی که با بیماران مبتلا به HIV روبرو می‌شوند مطرح می‌گردند پاسخ می‌دهیم.

¹ - Howard

² - Lambert

۱- کدامیک از روش‌های روان‌درمانی برای افراد مبتلا به HIV مثبت، سودمندتر است؟

اگرچه نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که بهترین روش‌های روان‌درمانی برای بیماران مبتلا به HIV روش‌های درمانی گروهی، خانواده، زوج و فردی می‌باشند ولی انتخاب یک روش درمانی بیشتر وابسته به عوامل زیر است:

۱. آموزش درمانگر و اساس تئوری وی
۲. در دسترس بودن امکانات لازم برای انجام یک روش درمانی
۳. اهداف درمانی
۴. منابع روان‌شناختی بیمار
۵. مسائلی که در طی دوره بیماری در یک بیمار خاص ایجاد می‌شوند

۲. مسئولیت درمانگران در زمینه آگاهی دادن به بیماران در مورد رفتارهای پرخطر چیست؟

روان‌درمانگران با هر دیدگاه روان‌درمانی، مسئول آگاهی دادن به بیماران خود در مورد رفتارهای پرخطر هستند و به همه بیماران علی‌رغم اینکه آنها مستعد رفتارهای پرخطر می‌باشند یا خیر باید با آرامش در مورد رفتارهای جنسی، مصرف مواد و رفتارهای پرخطر دیگر توضیح داده شود.

۳- چه موضوعاتی می‌تواند توانایی فرد را برای انجام رفتارهای جنسی ایمن تحت تاثیر قرار دهد؟

علی‌رغم هزینه‌های زیاد مالی که صرف آموزش موضوعات مربوط به رفتارهای پرخطر مرتبط با HIV شده است، ولی هنوز ما شاهد انجام رفتارهای جنسی نایمن توسط این گروه از بیماران می‌باشیم. به نظر می‌رسد که آموزش به تنهایی برای پیشگیری از رفتارهای جنسی پرخطر کافی نیست. بنابراین برای کمک به بیماران باید ابتدا از دلایل زیر بنایی رفتارهای پرخطر آگاه شد و سپس به آنها اطلاعاتی را جهت آمادگی بیشتر با موقعیت‌هایی که ممکن است در آینده با آن درگیر شوند و احتمال رفتار پرخطر را در آنها افزایش دهد، ارائه داد. در واقع روان‌درمانگران باید قبل از آموزش، عوامل تعیین کننده زیر بنایی و ناخودآگاه این رفتارهای جنسی پرخطر را شناسایی کنند.

۴- چه نوع مداخله‌ای بلافاصله بعد از اینکه فرد از ابتلاء خود به بیماری آگاهی پیدا می‌کند،

مناسب‌تر است؟

در بیشتر موارد درمان‌هایی که بر اساس اصول مداخله در بحران طراحی شده‌اند بسیار سودمند می‌باشند. زیرا هدف این مداخلات کمک به افراد برای برگشتن به نزدیک‌ترین سطح عملکرد قبل از

بیماری می‌باشد. این روش‌ها شامل موارد زیر هستند: فراهم کردن یک محیط امن واقعی و همدلانه تا فرد بتواند به راحتی و آزادانه احساساتش را بیان کند، کنترل علائم حاد با استفاده از داروها، کمک به بیمار در شناسایی منابع حمایتی شامل خانواده، دوستان و باورهای مذهبی خود، اطمینان به بیمار که اطلاعات مناسب در مورد بیماری، مراحل رشد آن و همچنین انتخاب‌های درمانی در دسترس در اختیار وی قرار خواهد گرفت.

۵- نقش انکار در زندگی بیماران مبتلا به عفونت HIV چیست؟

هر چند که انکار سالم این امکان را برای بیمار فراهم می‌کند که به زندگی خود ادامه داده و از آن لذت ببرد و ممکن است نتایج منفی بالقوه زیادی را نداشته باشد ولی این مسئله می‌تواند در توجه به نیازهای پزشکی و گرفتن حمایت از دیگران و همچنین استفاده از رفتارهای جنسی ایمن و کاهش رفتارهای پر خطر تاثیر بگذارد و بالطبع این مسئله می‌تواند مشکل جدی را در روند درمان ایجاد کند.

نکات مهم بالینی این بخش

- ✓ افراد HIV مثبت طیفی از استرسهای روان‌شناختی اختصاصی این بیماری تا استرسورهای عمومی ناشی از زندگی کردن با یک بیماری مزمن با انگ بالای اجتماعی را باید تحمل کنند.
- ✓ مداخلات روان‌شناختی موجب بهبود کیفیت زندگی، بهداشت روانی و عملکرد سیستم ایمنی در این افراد می‌شوند.
- ✓ مداخلات روانی اجتماعی طیفی از مداخلات فردی تا خانوادگی و یا روان‌درمانی‌های گروهی را در بر می‌گیرند و می‌توانند با رویکردهای روان‌تحلیلی، روان‌پویایی، بین‌فردی، رفتاری، شناختی و حمایتی باشند.
- ✓ هر یک از مداخلات غیر دارویی موجود بخشی از نیازهای بیماران را پوشش می‌دهند و برای انتخاب آنها باید دید که بیمار به کدام یک بیشتر نیاز دارد، کدام یک در دسترس‌تر است و کدام یک با آموزشهای حرفه‌ای روان‌درمانگر متناسب هستند.
- ✓ به دلیل طیف وسیع عوامل عصبی روانی، روان‌شناختی و اجتماعی در عفونت HIV، روان‌پزشکان باید به دامنه وسیعی از درمان‌های موجود توجه و برای هر فرد یک یا ترکیبی از چند درمان مناسب را انتخاب کنند.
- ✓ طیف وسیعی از بیماران از درمان‌های متفرقه استفاده می‌کنند که آگاهی روان‌پزشک از آنها برای جلوگیری از آسیب به بیمار و یا استفاده از اثرات مثبت آنها الزامی است.
- ✓ روان‌درمانگران با هر دیدگاه روان‌درمانی، مسئول آگاهی دادن به بیماران خود در مورد رفتارهای پرخطر هستند.
- ✓ رویکرد مداخله در بحران بلافاصله پس از اطلاع بیمار از بیماری خود رویکردی بسیار مناسب برای برخورد با واکنش‌های روان‌شناختی بیمار است.

- M.A. Cohen, R.G. Hoffman, C. Cromwell, J. Schmeidler, F. Ebrahim, G. Carrera, F. Endorf, C.A. Alfonso and J.M. Jacobson, The prevalence of distress in persons with human immunodeficiency virus infection, *Psychosomatics* 43 (2002), pp. 10–15.
- J.L. Brown and P.A. Vanable, Cognitive–behavioral stress management interventions for persons living with HIV: a review and critique of the literature, *Ann Behav Med* 35 (2008), pp. 26–40.
- S. Himelhoch, D.R. Medoff and G. Oyeniya, Efficacy of group psychotherapy to reduce depressive symptoms among HIV-infected individuals: a systematic review and meta-analysis, *AIDS Patient Care STDs* 21 (2007), pp. 732–739.
- N. Crepaz, W.F. Passin, J.H. Herbst, S.M. Rama, R.M. Malow, D.W. Purcell and R.J. Wolitski, Meta-analysis of cognitive–behavioral interventions on HIV-positive persons’ mental health and immune functioning, *Health Psychol* 27 (2008), pp. 4–14.
- L.A.J. Scott-Sheldon, S.C. Kalichman, M.P. Carey and R.L. Fielder, Stress management interventions for HIV positive adults: a meta-analysis of randomized controlled trials, 1989 to 2006, *Health Psychol* 27 (2008), pp. 129–139.
- D.G. Cruess, D.L. Evans, M.J. Repetto, D. Gettes, S.D. Douglas and J.M. Petitto, Prevalence, diagnosis, and pharmacological treatment of mood disorders in HIV disease, *Biol Psychiatry* 54 (2003), pp. 307–316.
- L.J. Fulk, B.E. Kane, K.D. Phillips, C.M. Bopp and G.A. Hand, Depression in HIV-infected patients: allopathic, complementary, and alternative treatments, *J Psychosom Res* 57 (2004), pp. 339–351.
- J.A. Ciesla and J.E. Roberts, Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorder, *Am J Psychiatry* 158 (2001), pp. 725–730.
- A.W. Carrico and M.H. Antoni, Effects of psychological interventions on neuroendocrine hormone regulation and immune status in HIV positive persons: a review of randomized controlled trials, *Psychosom Med* 70 (2008), pp. 575–584.
- J. Blanch, A. Rousaud, A. Milinkovic, E. Martine, J.M. Peri and J.M. Gatell
Copyright © 2007 Published by Elsevier Masson SAS
- Jillian Inouye, APRN, Laura Flannelly , RN and Kevin J. Flannelly .Copyright © 2001 Association of Nurses in AIDS Care Published by Elsevier USA
- Vivian Kraaij , Arnold van Emmerik, Nadia Garnefski, Maya J. Schroevers, Deborah Lo-Fo-Wong, Pepijn van Empelen, Elise Dusseldorp, Robert Witlox and Stan Maes’ Copyright © 2009 Elsevier Ireland Ltd All rights reserved.