

HIV ENFEKSİYONUNDA PSİKIYATRİK DURUMLAR

Doç.Dr. Gonca KARAKUŞ
ÇÜTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD
21.01.2017

- 
- * AIDS tüm sağlık çalışanlarını yakından ilgilendiren, birçok nörolojik ve psikiyatrik yönü olan bir hastalıktır.



* ERİŞKİN PSİKIYATRİ:

-Enfeksiyon bulaşmasına zemin hazırlayan

-Hastalık ve tedavisi sırasında ortaya çıkan ruhsal bozukluklar

* ÇOCUK PSİKIYATRİ:

-İntrauterin, kan transfüzyonu ve cinsel kötüye kullanım yollarıyla bulaşabildiğinden

HIV ve SSS

- * HIV enfeksiyonu tıpkı bağışıklık sisteminde yol açtığına benzer şekilde sinir sisteminde de ilerleyici bir yıkıma neden olur.
- * Nörolojik komplikasyonlar %40-50
- * Hastaların %10'unda ise nörolojik belirtiler hastalığın ilk belirtisi olarak ortaya çıkar.
- * AIDS hastalarının %75-90'ında, klinik belirti olmasa bile otopside santral sinir sistemi (SSS) tutulumu gösterilmiştir.

HIV ve SSS tutulumu

- * Neye bağlı olarak ortaya çıktığı, hangi hastalarda görülüp hangilerinde görülmediği önceden tam olarak bilinmemektedir.
- * Bu durum ya virüsün bir alt tipinin SSS tutma eğilimi yani "nörotropik" olması ya da bu kişilerin immünolojik özelliklerine bağlı olarak SSS tutulumuna yatkınlığı ile açıklanabilir.

Nöropsikiyatrik belirti nedenleri

- SSS lenfoması ve oportunistik infeksiyonlara bağlı lezyonlara ikincil
- HIV'in doğrudan SSS'yi etkilemesiyle
- Antiviral tedavilerin yan etkileri,
- Hastalığın neden olduğu psikososyal stresler rol oynarlar

HIV pozitiflik ve psikiyatri


- o Ruhsal bozukluğu olan seropozitif hastalarda önemli oranda ruhsal hastalık öyküsü hastalık öncesine dayanır.
- o ABD'da AIDS prevalansının yüksek olduğu bölgelerde psikiyatri hastanelerinde yatmakta olan hastalar arasında HIV seropozitifliği %6- 8
- o HIV infeksiyonu olan insanlardaki ruhsal hastalıkların **ayırıcı tanısında** HIV'e bağlı olsun ya da olmasın sistemik hastalıklar (endokrin, kardiyopulmoner, nörolojik) gözönüne alınmalıdır.

Psikiyatristler açısından önemli noktalar

- * HIV bulaşma riskini arttıran psikiyatrik bozukluklar
- * AIDS'in psikolojik özellikleri
- * Psikoimmünoloji
- * HIV enfeksiyonuna eşlik eden psikiyatrik hastalıklar
- * AIDS korkusu
- * Sağlık çalışanlarının AIDS'e ilişkin sorunları

HIV bulaşma riskini arttıran psikiyatrik bozukluklar

- * Eşcinsellik??????
- * Madde kullanım bozuklukları
- * Antisosyal ve borderline kişilik bozuklukları
- * Duygudurum bozuklukları(Depresyon, mani)

- 
- * Hastalığın yayılmasına ve stigmatize olmasına yol açan madde kullanım bozukluğunun ve uygun olmayan cinsel davranışların düzeltilmesi toplum psikiyatrisinin ilgi alanına girmektedir.

AIDS'in psikolojik özellikleri

- * Hastaların birçoğu için tanı ölümle(yavaş yavaş ve acıyla) yüzleşme anlamı taşımaktadır.
- * Bu yönü ile diğer yaşamı tehdit eden hastalıklara , özellikle kansere benzer.

Ölümcül hastalığa ruhsal tepki aşamaları

- * Şaşkınlık ve inkar
- * Öfke ve isyan
- * Pazarlık
- * Depresyon
- * Kabullenme

Diğer yaşamı tehdit eden hastalıklardan farklı yanları

- * Hasta yakınları çoğu kez hastayı suçlamakta ve enfeksiyon bulaşma korkusu nedeni ile hastadan kaçmakta
- * Hastalar cinsel seşimlerinin deşifre olmasından korkmakta
- * Cinsel eşinin enfekte olacağı endişesi ile cinsel hayatları etkilenmektedir.

- Ailesel, toplumsal ve mesleki red
- Hastalığı hak ettiği
- Şu anki hallerinin geçmişteki günahları-suçlarının kanıtı olduğu hissi

Ruhsal tepkilerin Őiddetini belirleyen etkenler

- * Baş etme becerilerinin yetersiz ve pasif olması
- * GeçmiŐ psikiyatrik bozukluk öyküsü
- * Sosyal destekler
- * Yeterli HIV danışmanlığının olmaması
- * Fiziksel sağlığın bozuk olması

HIV enf. eşlik eden psikiyatrik bozukluklar

- * Uyum bozuklukları
- * Uyku bozuklukları
- * Anksiyete bozuklukları
- * Duygudurum bozuklukları
- * Psikotik bozukluklar
- * Madde kullanım bozuklukları
- * Kognitif bozukluklar

HIV ve uyum bozuklukları

- * Ayaktan tedavi gören AIDS hastalarının %29-69'unda
- * Tanı ve tedavinin pek çok aşamasında ortaya çıkabilir
- * Duygudurum ve anksiyete bozukluklarının ölçütlerini karşılamayan belirtiler vardır.
- * Eğitim ve destekleyici tedaviye iyi yanıt verir.

HIV ve uyku bozuklukları

- * Uyku ile ilgili yakınmalar %80
- * SSS enfeksiyonu, immun yanıtta veya tedavide kullanılan ilaçlara(AZT, abacavir, didanosine, efavirenz) sekonder olabilir.
- * Diğer psikiyatrik hastalıkların belirtisi olarak görülebilir.
- * Etiyolojiye bağlı olarak sedatif etkili antidepresanlar ya da atipik antipsikotikler kullanılabilir.
- * Benzodiyazepin ve antihistaminikler kullanılmamalıdır.

HIV ve anksiyete bozuklukları

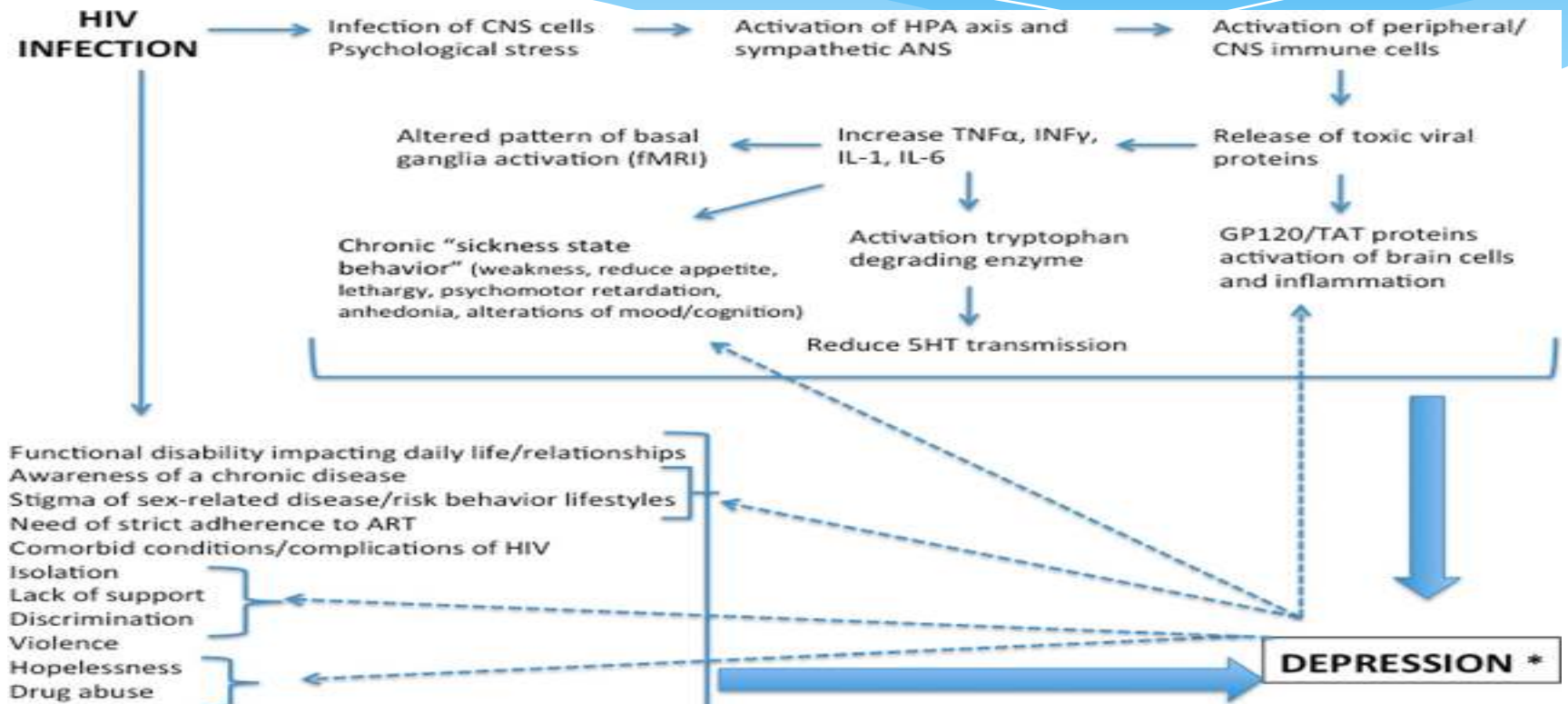
- Anksiyete sık görülür.
- Bu hastalarda anksiyete
 - uyum bozukluğuna eşlik eden kısa süreli nöbetler halinde olabileceği gibi yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, obsesif kompülsif bozukluk gibi bozuklukların belirtisi de olabilir.
- HIV hastalarında işlevselliği bozacak düzeyde olan anksiyete bozukluklarının görülme olasılığı genel popülasyondan çok farklı değildir.

- Eşlik eden dispne, sersemlik hissi, bulantı, ishal, deri döküntüsü, terleme, titreme gibi **otonomik anksiyete** belirtileri **sistemik HIV hastalık** belirtileri ile karışabilir.
- Anksiyete hastalığı ile ilgili kaygılar ya da ilişki sorunlarıyla sınırlı ise **farmakolojik olmayan** yaklaşımlardan (eğitim, psikolojik destek, sosyal yardım gibi) yarar sağlanabilir.

- İlaç tedavisinde SSRI gibi antidepresan ilaçlar anksiyete hastalarında nispeten güvenle kullanılacak ilaçlardır.
- Bir diğer seçenek benzodiazepinlerdir.
 - HIV hastası için en uygun anksiyolitik, aktif metabolitinin olmaması nedeniyle lorazepamdır.
 - **Akut anksiyete dönemlerinde** 3 hafta süreyle anksiyolitik kullanması çoğu zaman yeterli olur.
 - **Benzodiazepinler, yüksek dozlarda verilirse,** özellikle eşlik eden ensefalopati/demans, kafa içi lezyon ya da deliryumu olan hastalarda bilişsel ve motor yan etkilere yol açabilir

HIV ve depresyon

- * Hastalığın her aşamasında sıklıkla karşılaşılan ruhsal bozukluklardan biridir.
- * Depresif duygudurum %80; Major depresif bozukluk%2-40(son yıllarda azalıyor)



**Risk factors for HIV
in depression**




Shared risk factors

Childhood abuse
Cognitive-behavioral factors
Social-relationship
Suicidal ideation
Personality profile (self judgement, poor self-esteem, insecure attachment style, high neuroticism score)

**Risk factors for depression
in HIV**

Female
Older age
Elevated HIV1 RNA levels
Homelessness
Unemployment
Poor income adequacy
Active drug use
Poor self efficacy
Lack of social support

- * HIV'in ilk pozitifleştigi dönemlerde reaktif bir depresyon olasılığı yüksek
- * İlerledikçe ikincil bir depresyondan şüphelenmek daha gerçekçi olur.
- * HIV pozitif hastalarda majör depresyon organik hastalığı olmayan gruplardan iki kat fazladır.

- 
- * Depresyon Őiddeti fiziksel hastalık Őiddeti ile bağlantılı
 - * Depresyon yaşam sũresini kısaltıyor.
 - * İŐlev dũzeyini ve yaşam kalitesini azaltıyor.
 - * Riskli davranışları arttırarak enfeksiyon yayılmasını hızlandırıyor.

- Antidepresan ilaçlar düşük dozda başlanıp, yavaş yavaş arttırılmalıdır.
- İlaç seçiminde fazla sedatize eden, şiddetli antikolinergik ve alfa adrenergik antagonist etkisi olan ilaçlardan mümkün olduğu kadar kaçınmalıdır
- Standard antidepresan ilaçlar (SSRI, SNRI, trazodon) kullanılabilir
- Diğer seçenekler ise elektrokonvülsif tedavi veya psikostimulan kullanımudur.

HIV ve mani

- Doğrudan HIV infeksiyonuna bağlı mani sık karşılaşılan bir durum değildir.
- HIV hastalarında mani
 - eğer primer bir bipolar bozukluğa bağlı değilse
 - daha çok altta yatan organik duruma (örneğin; kriptokokal menenjit) ya da
 - kullanılan ilaçlara (kortikosteroid, zidovudine, gansiklovir) ikincil olarak gelişir.

HIV ve mani

- Yatkınlık hazırlayan bir SSS tutulumundan şüphelenilmelidir.
- HIV hastasında ilk mani atağını aksi kanıtlanana kadar HIV'e sekonder kabul etmek gerekir.
- Tedavisi klasik mani tedavisi gibi lityum ve antipsikotiklere dayanır.
- Ancak yan etkiler nedeniyle ilaç dozunu fazla arttıramamak tablonun yatışmasını güçleştirebilir.

HIV ve mani


- MR'da görünen lezyonu olan hastalar klasik tedaviye genellikle yanıt vermezler.
- Bu ilaçlara yanıt vermeyen hastalarda duygudurum düzenleyici antikonvülzan ilaçlar kullanılabilir.
- Karbamazepin kullanımına bağlı hematolojik yan etkilerin daha sık görülmesi nedeniyle sodyum valproat daha çok tercih edilmektedir.

HIV ve psikotik bozukluklar

- AIDS hastasında
 - deliryum,
 - kompleks parsiyel nöbet,
 - psikoaktif madde kullanımı ve
 - HIV öncesinde var olan bozuklukların alevlenmesine bağlı olarak görülebilir.
- Doğru tanı son derece önemlidir.
- Bu durum, bu hastaların sıklıkla ve korunmaksızın HIV açısından tehlikeli ilişkilere girmeleri ve tedavilerini sürdürmelerindeki güçlüklerle açıklanabilir.

- Bilinç açıkken varsanı, sanrı ve açık düşünce bozukluğu ile başvuran HIV seropozitif hastada bu durumun **demansın ilk belirtisi** olabileceği düşünölmeli ve BOS tetkiki, beyin görüntöleme dahil ayrıntılı bir nörolojik inceleme yapılmalıdır.
- Bazen psikotik belirtiler **antiretroviral tedavideki değışikliklerden sonra** ortaya çıkabilir. Genellikle kısa sürelidir ve tedaviye iyi cevap verirler.
- HIV hastasındaki psikotik belirtilerin bir nedeni de **kompleks parsiyel nöbetler** olabilir.

- Tedavisi antipsikotik ilaçlarla yapılır.
- HIV Ensafalopatisi olan hastalarda dopamin metabolitleri, bazal ganglionlardaki atrofinin beynin başka bölgelerinden daha fazla olması ile ilgili olarak normalden çok düşük bulunmaktadır.
- Bu nedenle ek olarak psikoza olan hastalarda kullanılan **antipsikotik ilaçlara bağlı ekstrapiramidal yan etkiler ve malign nöroleptik sendrom ensafalopatisi** olmayanlara göre daha sık ve şiddetli görülür.

- 
- * Düşük dozda ve yüksek potensli antipsikotikler tercih edilir.
 - * Olağan antipsikotik dozların 1/10-1/3 dozlarında kullanım önerilmektedir.

HIV ve Madde kullanım bozuklukları

- Bu hastalarda üçlü tanı sıktır(MKB+Psikiyatrik bozukluk+HIV pozitifliği)
- Alkol ve madde kullanımının yargılamada bozulmaya ve dürtü denetiminde zorluğa yol açmasının yanısıra HIV yayılımı açısından da önemi vardır.
- Bazı hastalarda hastalıkla başetme stratejisi olarak madde kullanımı artabilir ve bu da yaşam süresinin kısalmasına yol açabilir.

- HIV bulaş(tır)ma riskini azaltmak için;
 - madde kullanımını tamamen bırakması,
 - damar yoluyla kullandığı madde yerine başka madde kullanması,
 - kullanma sıklığını azaltması,
 - enjektör temizliğine dikkat etmesi,
 - enjektörleri başkalarıyla paylaşmaması,
 - daha güvenli cinsel ilişkide bulunması gibi amaçlar hedeflenir.

HIV ve Kognitif bozukluklar

- * Hafif bellek bozukluğundan ağır demansa kadar
- * Demansın nedeni HIV ensefalopatisi
- * Demans subkortikal tipte,
- * Depresif bozuklukla karışabilir.
- * Demansa deliryum tablosu da eşlik edebilir.
- * Demans ve deliryum birlikteliğinde prognoz kötü(%50-75 6 ay içinde ölüm)

HIV ve intihar

- Risk 6-20 kat yüksek
- Bazı HIV risk faktörleri intihar için de risk oluşturur.
 - psikoaktif madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olanlar
 - genç yaştaki eşcinseller
 - eşlik eden depresyon
 - AIDS'li arkadaşlarının ölmesi,
 - HIV seropozitifliği anlaşıldıktan sonraki ilk altı ay,
 - HIV seropozitif olduğunu farketmeden AIDS'e bağlı komplikasyon çıkması,
 - nöksler,
 - sosyal çıkmazlar,
 - yetersiz sosyal ve mali destek,
 - demans ya da deliriyum
 - daha önceki intihar girişim(ler)i

HIV tedavisinde sık kullanılan ilaçların nöropsikiyatrik yan etkileri

Abakavir	Asteni, uykusuzluk
Didanozin (ddI)	Uykusuzluk, periferik nöropati
Efavirenz	Yönelim bozukluğu, konfüzyon, depresyon, uykusuzluk, kabus görme
Gansiklovir	Mani, psikoz, ajitasyon, deliryum
Lamivudin	Mani
Proteaz inhibitörleri	Asteni, depresyon, uykusuzluk
Steroidler	Depresyon, öfori, mani, psikoz
Vinkristin	Depresyon, varsanılar, baş ağrısı, ataksi, duyu kaybı, ajitasyon
Zidovudin	Baş ağrısı, huzursuzluk, ajitasyon, uykusuzluk, mani, depresyon

Tedavide dikkat edilmesi gereken önemli noktalar

- * Tüm psikotrop ilaçlar dozu azaltılarak kullanılmalıdır(1/2,1/4)
- * Benzodiyazepin ve antikolinergic etkili ilaçlardan kaçınılmalıdır.
- * Nöbet eşğini en az düşüren ilaçlar seçilmelidir.
- * Fırsatçı SSS enfeksiyonu ve KİBAS durumlarında Elektrokonsulsif tedavi uygulanmamalıdır.
- * İlaç etkileşimlerine ve organ tutulumlarına dikkat edilmelidir.

- * Psikotrop ilaçların bir çoğu sitokrom P 450 2D6 ve 3A4 ile meabolize olur ve bazıları aynı zamanda inhbitör etki gösterir.
- * Özellikle proteaz inhibitörleri ve nonnükleozid revers transkriptaz inhibitörleri ile etkileşebilirler.

Psikoterapide hedefler

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



Teşekkürler...