

HIV ve Psikiyatrik Sorunlar: Türkiye Verisi

Dr. Ezgi İNCE GULİYEV

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

21 Ocak 2018, İstanbul

**HIV tedavisinde sizi en çok zorlayan psikiyatrik durum(lar)
nedir?**



HIV tedavisinde psikiyatristlerden beklentileriniz nelerdir?

1981 – İlk olgu bildirimini yayımlandı*

1982 – AIDS tanımlandı**

1983 – AIDS'in psikososyal etkileri ve AIDS için psikiyatrik literatüre olan ihtiyaç dile getirilmiş***

*CDC (1981). Pneumocystis pneumonia—Los Angeles. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 30:250–252.

**CDC (1982). Current trends on acquired immune deficiency syndrome (AIDS)-United States. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 31:507–508, 513–514.

*** Holtz H, Dobro J, Kapila R, Palinkas R, and Oleske J (1983). Psychosocial impact of acquired immunodeficiency syndrome. JAMA 250:167.

- Kronik ve seyri açısından belirsizlikler taşıyan bir hastalık
- HIV/AIDS'in kendine özgü farklılıkları bulunmakta ve psikiyatrik belirtileri tanımlamak her zaman kolay değil:
 - Bedensel bir hastalığın psikiyatrik belirtilerle ortaya çıkması
 - Bedensel bir hastalığın veya tedavinin psikiyatrik komplikasyonları
 - Bedensel bir hastalığa veya tedaviye verilen psikolojik tepkiler
 - Psikiyatrik hastalıkların veya tedavilerin bedensel belirtilerle ortaya çıkması
 - Komorbid bedensel veya psikiyatrik hastalıklar
- Tanı ile birlikte gelen sosyal zorlanmalar ve HIV/AIDS ilişkili damgalanma

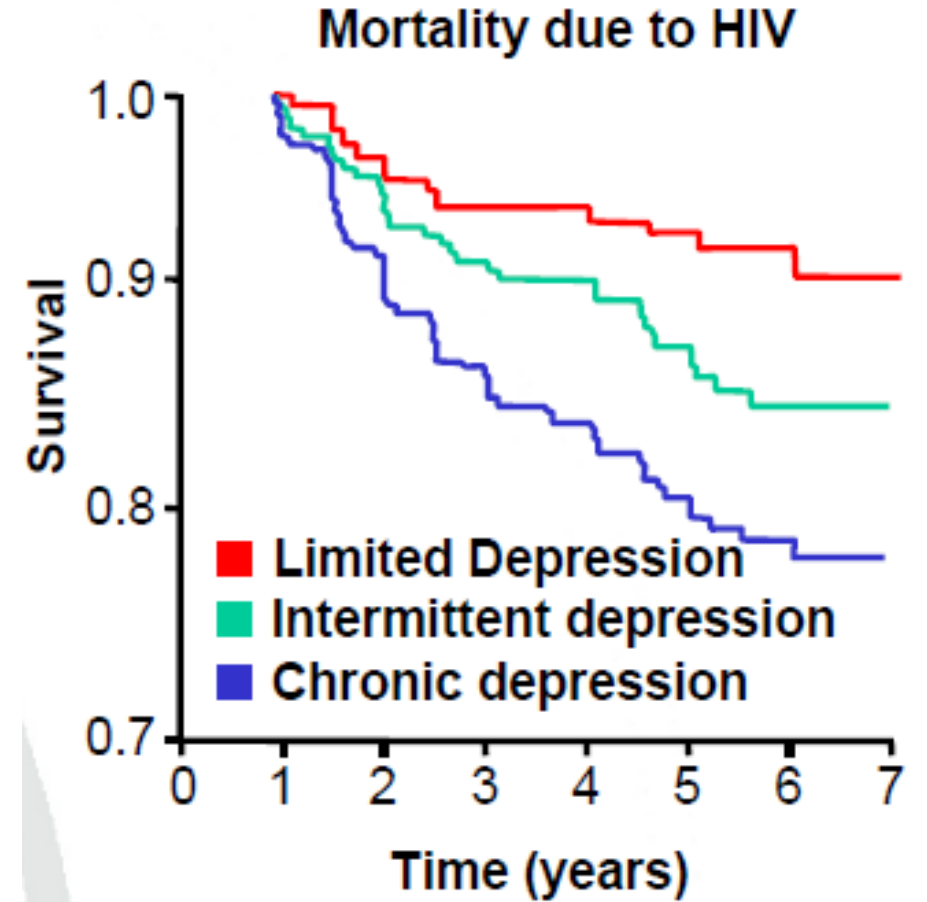
- HIV/AIDS varlığı ruh sağlığı açısından bağımsız bir risk faktörüdür
- 12 aylık psikiyatrik bozukluk prevalansı ~%50
 - Duygudurum bozuklukları
 - Anksiyete spektrum bozuklukları
 - Alkol/madde kullanım bozuklukları
- Belirti bazında incelendiğinde → #1 depresif belirtiler
- İşlevselliği, tedavi uyumunu, hastalık ilerleyişini, yaşam kalitesini etkiler

1. Major Depresif Bozukluk

- HIV/AIDS ile yaşayan kişilerde en sık görülen psikiyatrik bozukluktur
- Dünya çapında ikinci sıklıkta görülen hastalık olan depresyon
 - Genel toplumda ~%6
 - Kronik hastalığı olan kişilerde ~%9.5
 - HIV enfeksiyonu olan kişilerde ~%20-35
- Kadınlar, eşcinsel/biseksüel erkekler ve siyahiler (ABD için) → risk grubu
- Tanısını paylaşmamış olanlar, tanıdıklarını birini HIV nedeni kaybetmiş olanlar, hastalığın ileri evrelerinde olanlar, tedavi başarısızlığı görülenlerde de risk artmış

- HIV ilerleyişini olumsuz etkiler
 - Mortalitede artış
 - İlaç uyumunda azalma
- Nadiren tanır ve tanı alır
- Tanı aldığına bile nadiren tedavi edilir
 - Damgalanma/ikinci damgalanma?
 - İlaç-ilaç etkileşim?
- Tedavi edildiğinde ilaç uyumu, hastalık gidişatı, yaşam kalitesi artar

HERS cohort: 765 HIV+ women



Majör Depresif Bozukluk – Tanı kriteri

A. $\geq 5/ 2$ hafta boyunca, hemen her gün:
(En az 1 belirti 1. veya 2. madde olmalı)

1. **Çökkün duygudurum**
2. **Anhedoni**
3. Belirgin kilo/iştah kaybı veya artışı
4. İnsomni veya hipersomni
5. Psikomotor huzursuzluk veya yavaşlama
6. Yorgunluk veya enerji kaybı
7. Değersizlik ve suçluluk düşünceleri
8. Dikkatte belirgin azalma ve kararsızlık
9. İntihar ve ölüm düşünceleri

B. Bu belirtilerin önemli derecede sıkıntı yaratması veya mesleki, sosyal ve diğer alanlarda işlevsellikte belirgin bozulma

C. Bu belirtilerin başka bir bedensel hastalık, madde veya durum ile daha iyi açıklanmaması

Ayırıcı tanı!!!

- İlaç yan etkisi
- HIV ilişkili demans
- Deliryum
- Endokrinopatiler
- HIV'e ikincil istemik hastalıklar (hepatit, *pneumocystis carinii*...)
- Malnütrisyon (Vitamin B6-B12 eksiklikleri)
- Diğer psikiyatrik bozukluklar

HIV Medication	May trigger
Interleukin	Depression, disorientation, confusion and coma
Steroids	Mania or depression
Efavirenz (Sustiva)	Decreased concentration, depression, nervousness, nightmares
Stavudine (Zerit, d4T)	Depression or mania, asthenia
Zidovudine (Retrovir, AZT)	Mania, depression
Interferon	Neurasthenia fatigue syndrome, depression
Zalcitabine (Hivid)	Depression, cognitive impairment
Vinblastine	Depression, cognitive impairment

Detaylı tıbbi inceleme!

İntihar düşünceleri

- Depresyon tanısı alan hastaların
 - 2/3'sinde intihar düşünceleri,
 - %10 ila 15'inde de intihar girişimi mevcuttur.

HIV ile beraber bu oran ~%40 ↑

- Mutlaka sorulmalı!
 - Pasif ölüm düşüncesi
 - İntihar düşüncesi
 - İntihar planı
 - İntihar girişimi

2.Uyum bozukluğu

- Belirgin bir stresör ardından ortaya çıkan
- Klinik olarak anlamlı
- Kişinin işlevselliğini bozan
- Davranışsal veya duygusal tepkilerdir.

Test için başvurmak
Test sonucu beklemek
Tanı
Tedavi başlanması
CD4/viral yük arttı azaldı
...

Öfke
Anksiyete
Çökkün duygu durum
Uyku bozukluğu
İsteksizlik
....

«AIDS oldum» «acılı bir şekilde öleceğim»
«ben kötü bir insanım ve bunları hak ettim»
«bittim ben, hayatım sona erdi» «bundan sonra benim
için yaşam kalmadı»
«herkesin tiksindiği bir insan olacağım»
«aileme sevdiklerime nasıl söyleyeceğim»
«bundan sonra kimse beni sevmeyecek» «asla
evlenemeyeceğim» «asla çocuk sahibi olamayacağım»
«çalışamayacağım» «kovulacağım» «herkes öğrenecek,
rezil olacağım, dışlanacağım»

3. Anksiyete Bozuklukları

- Anksiyete bozuklukları: %4-40
 - Sosyal fobi
 - Agorafobi
 - Yaygın anksiyete bozukluğu
 - Panik bozukluğu
 - Posttravmatik stres bozukluğu
 - Özgül fobi

Disorder	Odds Ratio*	P Value
Generalized anxiety disorder	2.4 (1.2-5.0)	.02
Panic disorder	2.0 (1.4-3.0)	< .001
Any psychiatric disorder	1.9 (1.4-2.6)	< .001
Depression	1.7 (1.3-2.3)	.001
Multiple disorders (OR per disorder)	1.4 (1.3-1.5)	< .001
Dysthymia	1.3 (0.9-1.9)	.17

- Sıklıkla depresyonla birlikte
- Dürtüsel nitelikte intihar girişimleri

Belirtiler

- Huzursuz ve gergin bir görünüm

- ...

Açıklanamayan somatik belirtilerin altında anksiyete bozukluğu yatıyor olabilir

aşırılık

- Düşünceyi yoğunlaştırma zorlukları

- Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük

- Be

Anksiyete bozukluğu tanısı düşünüldüğünde öncelikle tıbbi değerlendirme yapmak gerekir

Tedavi

- İlaç tedavisi → ilaç – ilaç etkileşimleri !?
- EKT
- Psikoterapi (Bilişsel Davranışçı T., Psikodinamik T. ...)
- Danışmanlık/Psikoeğitim
- Grup terapiler ve destek grupları

Diğer durumlar

- Deliryum
- Demans/bilişsel bozulma (HAND)
- Madde kullanım bozuklukları
- Psikotik bozukluklar
- Mani
- Cinsel işlev bozuklukları
- ...

Belirtiler
Ayırıcı tanı
Alta yatan durum
Tedavi

Table 1

Categories of HIV-Associated Neurocognitive Disorder (HAND), Frascati Criteria⁹

	Neurocognitive Status [#]	Functional Status [*]
Asymptomatic Neurocognitive Impairment (ANI)	1 SD below mean, 2 cognitive domains	No Impairment in activities of daily living
Mild Neurocognitive Disorder (MND)	1 SD below mean, 2 cognitive domains	Impairment in activities of daily living
HIV Associated Dementia (HAD)	2 SD below mean, 2 cognitive domains	Marked impairment in activities of daily living

Of note, for HAND diagnosis other etiology of dementia must be ruled out and confounding effect of substance use or psychiatric illness must be considered.

[#] Neurocognitive testing should include evaluating at least five domains including attention-information processing, language, abstraction-executive, complex perceptual motor skills, memory (including learning and recall) simple motor skills or sensory perceptual skills. Appropriate norms must be available to determine the number of domains in which performance is below 1 standard deviation (SD).

^{*} Functional status is typically evaluated by self report but may be corroborated by a collateral source. No agreed upon measures exist for HAND criteria.

Türkiye verisi

Amaç: Enfeksiyon hastalıkları polikliniklerinden HIV enfeksiyonu nedeniyle takip edilen hastalardaki psikiyatrik yakınmaları ve tedavi arama davranışlarını incelemek

Ölçekler

- Demografik özellikleri
- Psikiyatrik yakınmaları ve tedavi arayışlarına yönelik bir veri formu
- Beck Depresyon Envanteri (BDE)
- Beck Anksiyete Envanteri (BAE)

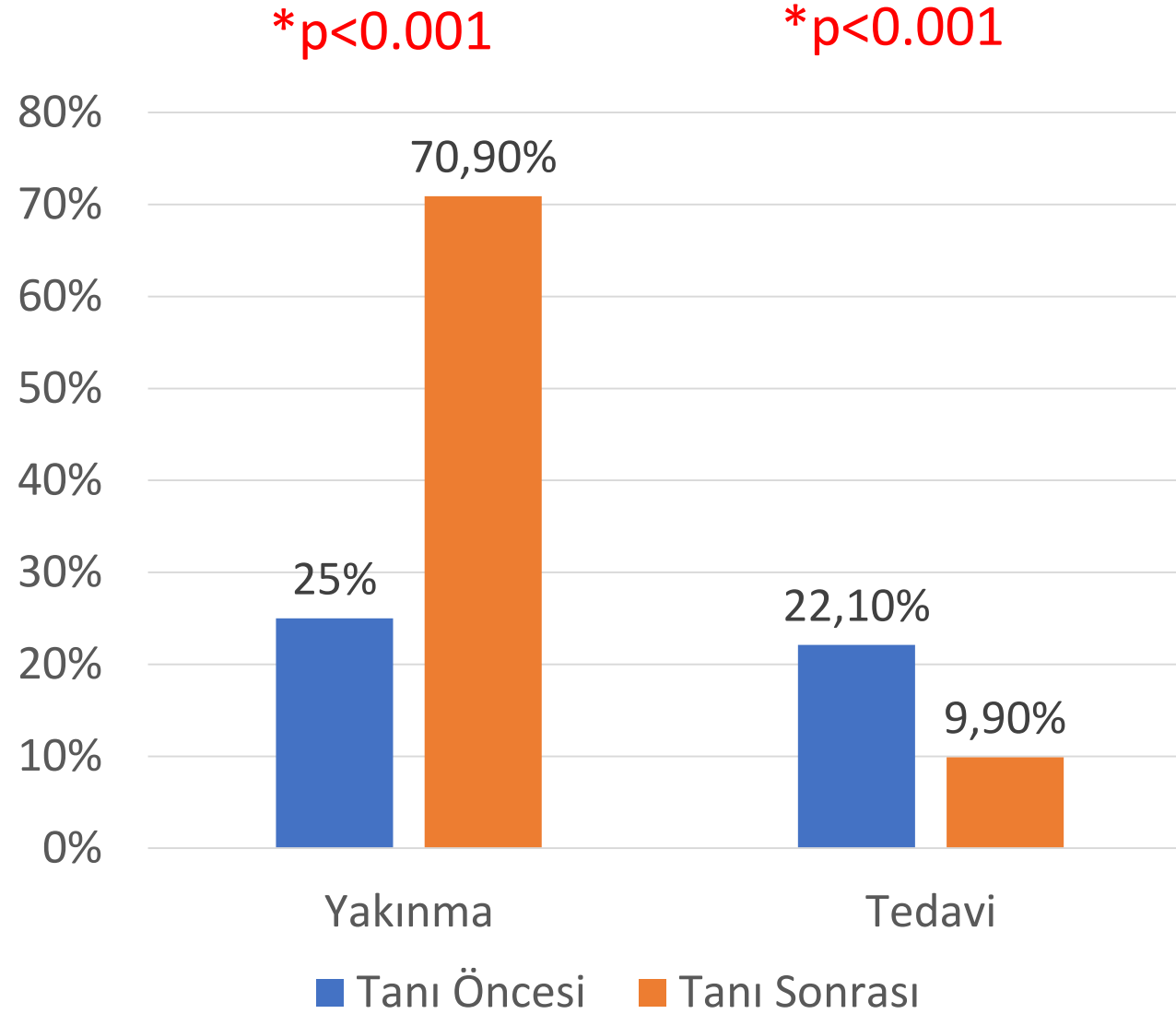
- COPE Başa çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği
- Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği
- MSPPS Hastalık Algısı Ölçeği

5 Merkez
n=213

Yöntem

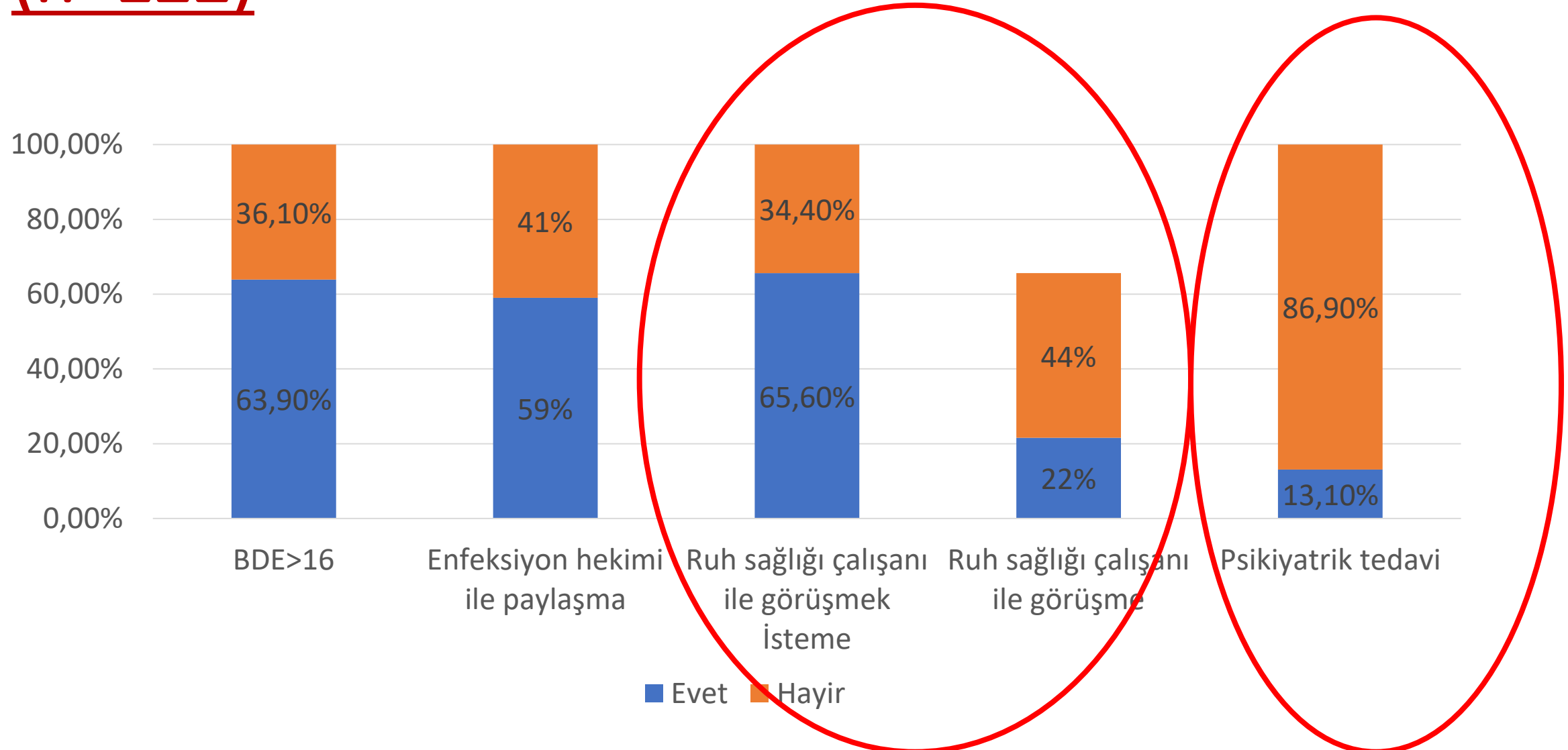
- Tanı öncesi psikiyatrik yakınma
- Tanı öncesi psikiyatrik tedavi
- Tanı sonrası psikiyatrik yakınma
- Tanı sonrası yakınmanın enfeksiyon hekimiyle paylaşılıp paylaşılmadığı
- Tanı sonrası herhangi bir ruh sağlığı çalışanı ile görüşme gerekliliği duyulup duyulmadığı.
 - Evet ise görüşülüp görüşülmediği
- Tanı sonrası psikiyatrik ilaç tedavisi
- Tanı sonrası psikoterapi

n=172



*McNemar Test

Tanı sonrası psikiyatrik yakınması olan kişiler (n=122)



Tanı sonrası psikiyatrik yakınması olan kişiler (n=122)

- Öğrenim düzeyi: Üniversite ve üstü %81.1 ($p<0.001$)
- Medeni durum: bekar %78.3 ($p<0.005$)
- Cinsel yönelim: eşcinsel %84.7 ($p<0.011$)

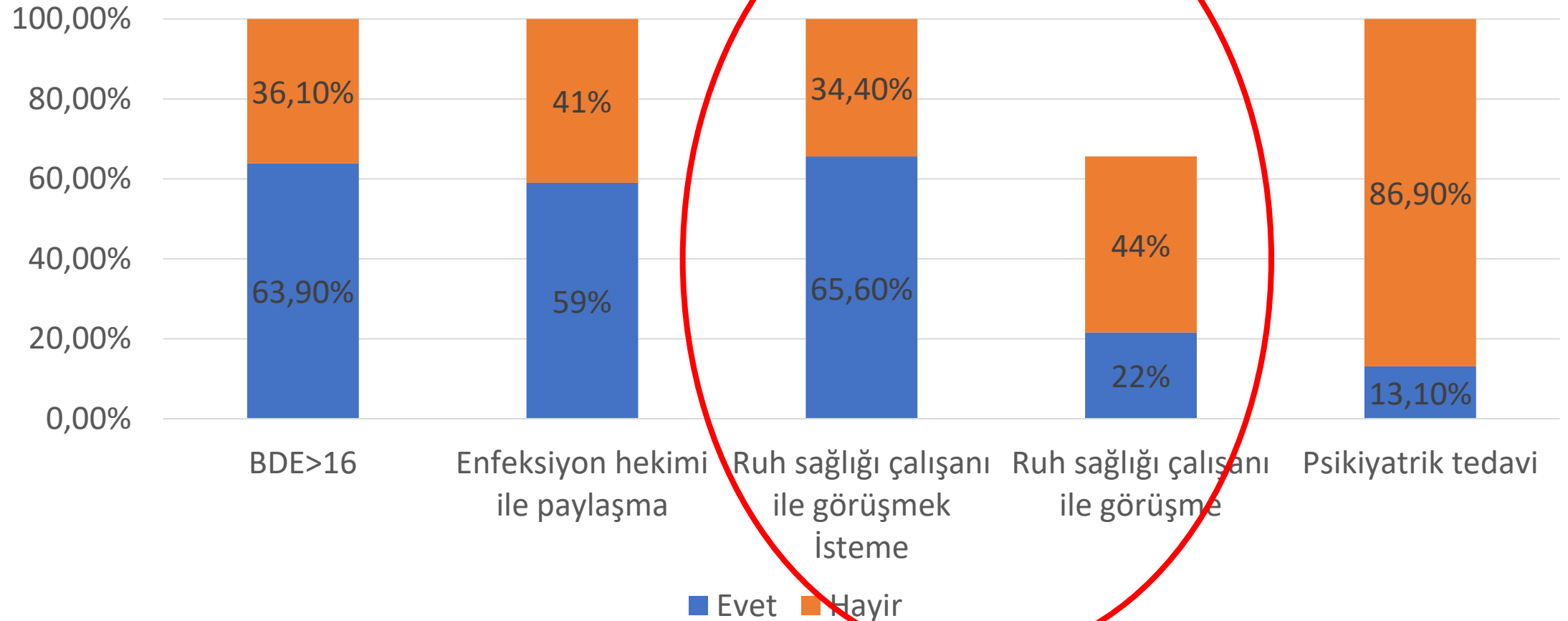
Beck Depresyon Envanteri:

n=172	Var	Yok	p	Z
Tanı sonrası yakınma	15.57+/-12.18	8.84+/-7.17	<0.001*	-3.521
Tanı sonrası görüşmek isteyen	18.21+/-12.91	8.44+/-6.10	<0.001*	-5.527
Tanı sonrası görüşen	16.09+/-13.25	19.37+/-12.18	0.253	-1.144
Tanı sonrası farmakoterapi	18.94+/-14.28	13.03+/-10.90	0.090	-1.698
Tanı sonrası psikoterapi	22.85+/-14.77	12.79+/-10.69	0.011**	-2.531

Beck Depresyon Envanteri:

n=172	Var	Yok	p	Z
ART tedavisi	13.23+/-10.82	18.83+/-15.68	0.187	-1.319
Daha önce ART kullanıp kullanmama	11.89+/-11.95	14.72+/-11.65	0.056	-1.911
Fırsatçı enfeksiyon	19.59+/-12.34	12.73+/-11.06	0.007**	-2.711
HIV ilişkili hastane yatışı	13.52+/-10.17	13.75+/-11.63	0.933	-0.258

Tanı sonrası psikiyatrik yakınması olan kişiler (n=122)



Psikiyatri ile görüşen vs görüşmeyen?

- Bir ruh sağlığı çalışanı ile görüşmem gerekir diyen 91 kişi var.
 - %64.8'l (n=59) görüşmemiş.

Psikiyatri ile görüşen vs görüşmeyen?

- BDE/BAE skorları arasında anlamlı farklılık yok.
- BDE>16 oranları farklı değil
- Tanı sonrası psikiyatrik yakınma oranları arasında fark yok
- Demografik veriler farklı değil (Cinsiyet, cinsel yönelim, gelir, öğrenim vs)
 - Medeni durum, bekarlar daha çok görüşmüş → daha çok yakınma!

Psikiyatri ile görüşen vs görüşmeyen?

- HIV nedenli hastane yatışı olanlar (%66,7 - %29,9, p:0.021)
- ART kullananlar (%38,7 - %7,7, p:0.031)
- Daha önce farklı ART kullananlar (%64,7 – %26,9, p:0.003)
- Tanı sonrası zorluğunu enfeksiyon hekimi ile paylaşanlar (%42,9 - %22,9, p:0.041)
- Tanı öncesi psikiyatrik yakınması olanlar (%51,9 - %28,1, p:0.03)

Özetle

- Tanı sonrası yakınma, BDE, BAE skorları artmış ancak tedavi edilme oranları azalmıştır.
- Yakınmalar enfeksiyon hastalıkları hekimleri ile yeteri kadar paylaşılmamaktadır, ruh sağlığı çalışanlarına ulaşım daha da az.
- Kişiler görüşmek istese de bir nedenle görüşmemekte
 - Enfeksiyon hekimiyle iletişimi daha fazla olan grupta (Hastane yatışı olanlar, ART kullananlar, daha önceden farklı bir ART kullanmış olanlar) başvuru oranı daha yüksek
 - Diğer nedenler? Stigma, başa çıkma mekanizmaları?
- Fırsatçı enfeksiyon geçirmiş olmak, öğrenim düzeyi yüksek olmak ve cinsel yönelim yakınmalar açısından risk yaratan etmenler olabilir.

Sonuç

- Karmaşık biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin bileşimi olması nedeniyle HIV ile yaşayan kişilerdeki psikiyatrik belirtileri tanımak zorlayıcı olabilir.
- Öte yandan bu belirtilerin hastalar tarafından ifadesi de kısıtlıdır.
 - Nedenleri?
- HIV enfeksiyonuna eşlik eden ruhsal sorunların tedavisi beklenenden az kalmaktadır.
- Hasta-hekim etkileşimini artırmak (psikiyatrist ve/veya enfeksiyon hastalıkları) hastaların ruhsal yakınmalarının saptanması ve ele alınması için fayda sağlayabilir.
 - Enfeksiyon hekimi tarafından ruhsal belirtilerin sorgulanması.
 - İlk tanıda/periyojik olarak psikiyatri konsültasyonu.

Teşekkürler

- Prof. Dr. Fehmi Tabak
- Prof. Dr. Mustafa Yıldırım
- Prof. Dr. İlyas Dökmetaş
- Doç. Dr. Hayat Kumbasar
- Doç. Dr. Bilgöl Mete
- Doç. Dr. Özlem Altuntaş Aydın
- Doç. Dr. Dilek Yıldız
- Uzm. Dr. Fatma Sargın
- Uzm. Dr. Alper Gündüz
- Bilgenur Bilge



ACTion against HIV in Istanbul