

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ



سازمان بهزیستی کشور



مرکز تحقیقات علوم رفتاری

روانشناسی و روانپزشکی

ایدز

تالیف:

کنت سیترون

ماری-جوسی برولت

الکساندرا بکت

ترجمه:

دکتر خدابخش احمدی

دکتر مجید رضازاده

دکتر حمیدرضا توانگر

مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)

مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور



سرشناسه	: سیترون، کنت، ۱۹۵۸ - م.
عنوان و نام پدیدآور	: Citron, Kenneth روانپزشکی و روانشناسی ایدز/مؤلفین کنت سیترون، ماری سی برولت، الکساندر بکت ؛ مترجمین خدابخش احمدی، مجید رضازاده، حمیدرضا توانگر.
مشخصات نشر	: تهران : انتشارات رسانه تخصصی، ۱۳۹۳.
مشخصات ظاهری	: ۳۷۲ ص.
شابک	: 978-600-293-079-8
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: عنوان اصلی: HIV and psychiatry : training and resource manual, 2nd ed, 2005.
موضوع	: ایدز -- بیماران -- بهداشت روانی
موضوع	: ایدز -- جنبه های روانشناسی
شناسه افزوده	: بروییت، ماری-ژوزه، ۱۹۶۱ - م.
شناسه افزوده	: Brouillette, Marie-Josée
شناسه افزوده	: بکت، الگزاندرا
شناسه افزوده	: Beckett, Alexandra
شناسه افزوده	: احمدی، خدابخش، مترجم
شناسه افزوده	: رضازاده، مجید، مترجم
شناسه افزوده	: توانگر، حمیدرضا، مترجم
رده بندی کنگره	: RC۶۰۶/۶/س۹۹ ۱۳۹۳
رده بندی دیویی	: ۳۶۲/۱۹۶۹۷۹۲
شماره کتابشناسی ملی	: ۳۵۳۰۷۱۵



نشانی: میدان فردوسی (ضلع غربی)، خیابان پارس، خیابان جهانگیر، ساختمان یاس شرقی، واحد ۱۳
تلفن : ۰۹۱۲۳۰۴۹۱۰۹-۶۶۷۳۷۰۷۴-۶۶۷۳۷۹۰۲-۶۶۷۳۷۳۳۲

روانپزشکی و روانشناسی ایدز

- **مؤلفین:** کنت سیترون، ماری-سی برولت، الکساندر بکت
- **مترجمین:** دکتر خدابخش احمدی، دکتر مجید رضازاده، دکتر حمیدرضا توانگر
- **ویراستار:** هما صدقی جلال
- **شابک:** ۹۷۸-۶۰۰-۲۹۳-۰۷۹-۸
- **نوبت چاپ:** اول / ۱۳۹۳
- **شمارگان:** ۱۱۰۰ نسخه
- **قیمت:** ۲۰۰۰۰ تومان

فهرست مطالب

۵	مقدمه مترجمین
۷	مقدمه مولفین
۱۱	فصل ۱- مرور پزشکی
۴۱	فصل ۲- اختلالات شناختی در مبتلایان HIV مثبت
۷۵	فصل ۳- اصول کلی درمان دارویی در مبتلایان به عفونت HIV
۱۱۵	فصل ۴- اختلالات خلقی و روان‌پریشی در HIV
۱۴۵	فصل ۵- عفونت HIV و رفتار خودکشی
۱۵۷	فصل ۶- اختلالات اضطرابی و بیماری اچ آی وی
۱۶۷	فصل ۷- موضوعات کلی روانپزشکی HIV در بیمارستان
۱۸۱	فصل ۸- اچ آی وی و افراد مبتلا به بیماری‌های روانی سخت و مزمن
۱۹۹	فصل ۹- روان‌درمانی
۲۲۳	فصل ۱۰- HIV و اختلالات مربوط به مصرف مواد
۲۳۷	فصل ۱۱- مشکلات روانی در کودکان مبتلا به HIV/AIDS
۲۵۷	فصل ۱۲- کودکان غیر مبتلا از والدین مبتلا به HIV
۲۶۹	فصل ۱۳- زوجین و HIV
۲۸۵	فصل ۱۴الف- HIV و تنوع فرهنگی
۲۹۱	فصل ۱۴ب- آمریکایی‌های آفریقایی تبار
۳۰۳	فصل ۱۴ج- اسپانیایی‌تبارها و بیماری HIV

- فصل ۱۴-د- یک قلب، دو روح و فراتر از آن: HIV و مردم بومی آمریکا ۳۱۵
- فصل ۱۵- HIV در جمعیت زندانیان ۳۲۹
- فصل ۱۶- مسایل حقوقی و اخلاقی ۳۴۱
- فصل ۱۷- انتظارات از روانپزشک و استرس روانپزشکی ایدز ۳۵۷

مقدمه مترجمان

بیماری ایدز که از سه دهه پیش شروع شده و به سرعت در حال گسترش در همه‌ی جهان است، یک بیماری عفونی محسوب می‌گردد که راه‌های انتقال منحصر به فرد این بیماری، آن را از سایر بیماری‌های عفونی متمایز می‌نماید. انتقال از راه روابط جنسی محافظت نشده، خون، وسایل تزریق و... باعث می‌شود تا این بیماری جزء بیماری‌های رفتاری طبقه‌بندی گردد. بنابراین راه‌های پیشگیری از این بیماری عفونی هم به صورت ویژه بوده و با تغییر رفتار میسر خواهد بود. با بروز نشانگان بالینی بیماری که ناشی از ایجاد بیماری‌های همراه ویروس نقص ایمنی می‌باشند فرد ناخوش شده و نیاز به مراقبت و حمایت افزایش خواهد یافت و در صورت عدم کفایت خدمات پزشکی، بیمار فوت خواهد نمود که این خود به افزایش افراد تحت تکفل و ایتم منجر خواهد گردید. در نتیجه خانواده شاهد اثرات مضر دیگری از جمله فشارهای روانی ناشی از ناخوشی و مرگ و افزایش ناامنی و کاهش رفاه خواهد بود. همچنین ابتلا به بیماری باعث از دست دادن درآمد، افزایش فقر و سوء تغذیه می‌شود و در نهایت خانواده با از دست دادن اعضای بالغ که در سنین تولید مثل هستند دچار فقدان باروری و از هم گسیختگی خواهد شد.

بیماری ایدز علاوه بر آسیب‌های جسمانی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی، موجبات بروز آسیب روانشناختی و روانپزشک بر فرد و حتی خانواده می‌شود. از اضطراب و افسردگی به عنوان اختلالات شایع در بین افراد بیمار تا اعتیاد و خودکشی نشان‌دهنده گستره وسیع علائم بالینی در مبتلایان است. وجود اختلالات روانشناختی و روانپزشکی در مبتلایان ایدز علاوه بر افزایش بار بیماری و آسیب‌های فردی، می‌تواند آسیب‌های خانوادگی و تهدیدات اجتماعی نیز به دنبال داشته باشد. به‌ویژه اینکه الگوی شیوه اچ‌آی‌وی رفتارهای پرخطری همچون اعتیاد تزریقی و رفتار جنسی غیرایمن است.

علی‌رغم افزایش مبتلایان ایدز در کشور (ایران) و احتمال افزایش شدید آن در آینده با توجه به تغییر الگوی انتقال به رفتارهای پرخطر جنسی، نیاز به وجود منابع علمی ضروری است. لازم است تمامی متخصصان مرتبط و از جمله روانپزشکان و روانشناسان و مشاوران و تمامی حرفه‌های باورانه در جامعه واحدهای درسی یا دوره‌های آموزشی در این مورد ببینند. ضرورت این مساله بخوبی حس می‌شود و کمبود منابع در این زمینه ملموس است. امید است این کتاب نقشی در جبران این کمبود داشته باشد. و امید است

برنامه‌های آموزشی در زمینه روانپزشکی و روانشناسی ایدز در کشورمان همگام با احساس ضرورت‌های آن پیش برود.

این کتاب با هدف آموزش ابعاد، آسیب‌شناسی و مداخله روانپزشکی و روانشناسی در مبتلایان اچ‌آی‌وی و ایدز برای متخصصان روانپزشکی، روانشناسان، مشاوران، پزشکان عمومی، پرستاران و مربیان فعال در این حوزه توسط نویسندگان با تجربه در این کار تالیف شده است. مترجمان از بین کتب مختلف این کتاب را انتخاب و ترجمه کردند. ویژگی مناسب این کتاب جامعیت آن است. در این کتاب بسیاری از ابعاد روانشناختی ایدز در قالب نوزده فصل آمده است. نکته قابل توجه این است که بخشی از نمونه مثال‌های ارائه شده در این کتاب مربوط به روابط جنسی بین دو مرد است. با توجه به اینکه بیشترین الگوی انتقال ویروس اچ‌آی‌وی در جامعه مولفان کتاب از طریق روابط جنسی مردان همجنس‌گرا است، لذا این نمونه مثال‌ها بیشتر ذکر شده است. هرچند الگوی انتقال در کشور ما متفاوت است ولی باید توجه شود که احتمال سرایت ویروس اچ‌آی‌وی از طریق روابط جنسی بین مردان یا هرگونه روابط جنسی خارج از ازدواج بالاتر است.

امید است این کتاب به همراه کارگاه‌های آموزشی، سمینارها و سایر روش‌های موجود که از سوی کمیته پیشگیری و کنترل ایدز معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور اجرا می‌شود، بتواند در آموزش متخصصان روانپزشکی، روانشناسان، مشاوران، پزشکان عمومی، پرستاران و مربیان فعال در این حوزه یاری کننده باشد. در ترجمه و آماده سازی این کتاب بسیاری ما را کمک کردند. در اینجا از همگان و بویژه همکارانمان سرکار خانم هما صدقی جلال در بازخوانی و اصلاح و سرکار خانم زهرا اخوی در بررسی اولیه کتاب بسیار سپاسگذاری می‌کنیم. نویسندگان کتاب از نظرات، پیشنهادات و انتقادات سازنده تمامی خوانندگان محترم خود را بی‌نیاز ندیده و از چنین اقدامات آنان سپاسگزار خواهند بود.

مترجمین

مقدمه

سال ۱۹۹۶ بود که دست نوشته نخستین نسخه از این کتاب آموزشی، که زیر نظر وزارت بهداشت کانادا و انجمن روانشناسی کانادا تهیه شد، در حال تکمیل بود. بسیاری از درمانگرهایی^۱ که از افراد مبتلا به HIV مراقبت می کردند داشتند روحیه شان را از دست می دادند. مهارکننده های نوکلئوزید ریورس ترانس کریپتاز^۲ (NRTIs)، تنها داروی ضد رترو ویروس های موجود در بازار آن زمان، تاثیر معنی داری روی مرگ و میر نداشتند و شواهدی دال بر ایجاد مقاومت به این داروها مشاهده می شد.

سپس، یک گروه دوم از داروهای ضد رترو ویروس ها به نام مهارکننده های پروتياز^۳ (PIs) تولید شدند. کارآزمایی های بالینی آغاز شدند و در کنفرانس جهانی ایدز در ونکوور کانادا (۱۹۹۷) مشخص شد که به نقطه عطفی رسیده ایم. داروهای ضد رترو ویروس مختلف وقتی با هم استفاده می شدند تاثیر معنی داری در کاهش مرگ و میر در مبتلایان به HIV داشتند (شکل ۱). از نظر بالینی، نتایج شگفت آور بود. اتاق انتظار درمانگاه های HIV پر از صحنه های شگفت آور شده بود. بیمارانی که در شرف مرگ بودند شروع کردند به وزن گیری و افزایش بنیه. هیجانی بین بیماران و پزشکان دیده می شد.

روانشناسان هم هیجان زده شده بودند. به نظر می آمد که بار روانشناسی و اعصاب و روان^۴ ناشی از این عفونت به میزان قابل توجهی کاهش یافته بود. بیش از ده سال از آن دوران می گذرد و مشخص شده که نیاز به مراقبت روانشناسی چندان کاهش نیافته است. با افزایش طول عمر بیماران، مشکلات روانی بیماران تاثیر منفی روی کیفیت زندگی آنها می گذارد.

کارآمدی درمان ضد رتروویروسی خیلی فعال^۵ (HAART) هزینه دارد: تبعیت سختگیرانه از یک رژیم دارویی پیچیده. مدیریت مشکلات روانی اهمیت زیادی در تقویت تبعیت از رژیم دارویی برای فرونشاندن کامل ویروس دارد. درمان دارویی از آنجا پیچیده شده است که تعدادی از داروهای ضد HIV با داروهای روان درمانی تداخل دارند. ایجاد مشکلات شناختی هم مشکل دیگری است. بیماران هنوز باید با عوامل تنش زای زیادی برخورد کنند تا به یک تعادل بین لذت آنی^۶ و برنامه ریزی درازمدت برای شرایطی دست

1 Clinicians

2 Nucleoside reverse transcriptase inhibitors

3 Protease inhibitors

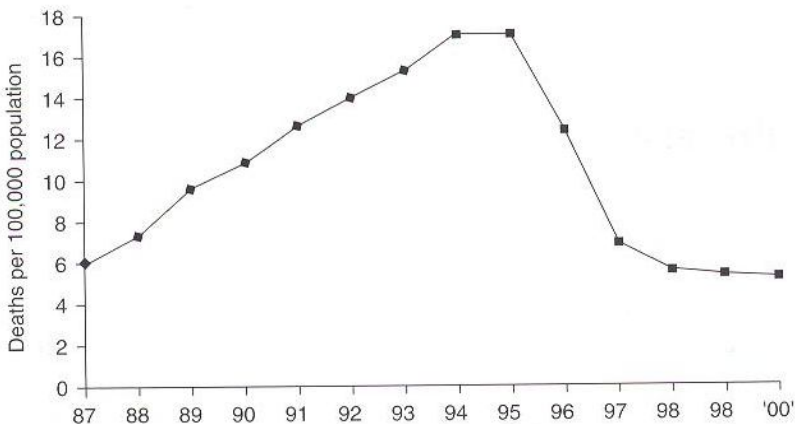
4 Neuropsychiatric burden

5 Highly Active Antiretroviral Therapy

6 Immediate gratification

یابند که پیش‌آگهی آن هنوز مشکوک است. همه‌گیری به سمت جمعیت‌های تازه‌ای در حال حرکت است که خود نیاز به برخوردهای متفاوت و مهارت‌های جدید را برای مراقبان سلامت می‌طلبد.

برای کمک به روانپزشکان در برخورد با چالش‌های تازه، دومین ویرایش این کتاب آموزشی یک نیاز مبرم بود. هدف این کتاب و همچنین شکل آن تغییر نکرده‌اند. تعدادی از دانشکده‌های پزشکی و دوره‌های آموزش مداوم به آموزش بر پایه مورد^۱ روی آورده‌اند به این دلیل که این روش، کاربرد بالینی را تسهیل می‌کند. این کتاب نیز بر پایه مورد نوشته شده تا روانپزشک و دیگر پزشکان را با دانش پایه مورد نیاز برای فراهم آوردن مراقبت روانی و اجتماعی-روانی لازم برای افراد مبتلا به HIV آشنا سازد. اطلاعات به صورت شرح موجز فراهم شده و به همان صورتی پیش می‌رود که سوالات در عمل ایجاد می‌شوند.



"Using the year 2000 US standard population. Year Preliminary mortality data for 2000.

Note: For comparison with data for 1999–2000, data for 1987–1998 were modified to account for ICD-10 rules instead of ICD-9 rules.



محور عمودی: مرگ و میر در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت و محور افقی: سال

با استفاده از جمعیت استاندارد سال ۲۰۰۰ در امریکا.

اطلاعات مرگ و میر اولیه

تذکر: برای مقایسه اطلاعات سالهای ۱۹۹۹–۲۰۰۰، اطلاعات ۱۹۸۷–۱۹۹۸ تغییر کردند تا به جای

مقررات ICD-9 مطابق مقررات ICD-10 شوند.

دانش در این زمینه خیلی سریع پیشرفت می‌کند. با توجه به دانش زمینه‌ای که در این کتاب فراهم شده است، اگر پزشکان در آینده نیاز به تکمیل دانش خود داشته باشند، درک خوبی از ادبیات^۱ به دست خواهند آورد.

در این ویرایش دوم که جهانی است، یک گروه از افرادی همکاری کرده اند که سال‌ها سابقه کار در این زمینه دارند. از آنها خواستیم تا آن اطلاعات عظیم را به گونه‌ای تلخیص کنند که مهم‌ترین نکاتی که یک روان‌شناس بالینی یا روان‌درمانگر^۲ نیاز دارد را در بر داشته باشد. این بار هم نویسنده حرفه‌ای، ژان بیکن^۳، به کمک ما آمد تا یک دستی و شیوایی بیان در سراسر کتاب حفظ شود. ما مطمئنیم که اطلاعات در این کتاب قابل دسترس و پرمحتوا هستند.

1 Literature

2 Mental health practitioner

3 Jean Bacon

فصل اول

مرور پزشکی

لوری بانتر^۱ و هوارد لیمن^۲

مقدمه

نخستین گزارش از سندرم اکتسابی ضعف ایمنی (ایدز) در تاریخ ۵ جون ۱۹۸۱ در نسخه‌ای از گزارش هفتگی بیماری و مرگ^۳ چاپ شد. گزارش درباره ۵ مردی بود که با مرد رابطه جنسی داشتند^۴ (MSM) و مبتلا به پنومونی پنوموسایتیس کارنه‌ای بودند^۵ (PCP). در سال ۱۹۸۴، پژوهشگران رترو ویروسی را کشف کردند که امروزه به نام ویروس نقص ایمنی انسانی تیپ ۱ (HIV-1) شناخته می‌شود و با ایدز ارتباط دارد. در سال ۱۹۸۶، پژوهشگران سوش دیگری را توصیف کردند به نام HIV-2 که ۴۲ درصد با HIV-1 همگنی دارد و بیماری‌زایی کمتری دارد. بر پایه تحلیل توالی ژنتیک^۶ دانشمندان به این نتیجه رسیده‌اند که منشأ HIV-1 از شامپانزه‌های آفریقایی و منشأ HIV-2 از میمون‌های نژاد سوتی منگابی^۷ آفریقایی است.

همه‌گیری عفونت HIV چگونه است؟

در جهان

بر پایه آمارهای جدید ۴۰ میلیون نفر در سراسر جهان به HIV مبتلا هستند و ۳ میلیون نفر هم به دلیل ایدز در سال گذشته مرده‌اند.

منطقه صحرای آفریقا بیش از همه آسیب دیده است، که بیشترین شیوع در بوتسوانا، آفریقای جنوبی، و زیمبابوه است. در بوتسوانا، ۳۶ درصد جمعیت بزرگسال آلوده به HIV است. تا پایان سال ۱۹۹۹، حدود ۱۰/۷ میلیون کودک آفریقایی یک یا هر دو والد خود را به خاطر ایدز از دست داده بودند.

۱ استادیار پزشکی دانشکده پزشکی هاروارد، مرکز پزشکی ب‌اسراییل دیکونس، بخش بیماریهای عفونی، بوستون، ماساچوست
۲ دانشیار پزشکی، دانشکده پزشکی هاروارد، رییس بخش ایدز، مرکز پزشکی ب‌اسراییل دیکونس، بخش بیماریهای عفونی، بوستون، ماساچوست

3 Morbidity and Mortality Weekly Report
4 Men sex with men
5 pneumocystis cariniipneumonia
6 Genetic sequence analysis
7 African sooty mangabey

آسیا نیز دچار همه‌گیری شده است. تایلند در نیمه‌های دهه ۱۹۸۰ با افزایش شدید ابتلای به HIV در افراد دگرجنس‌گرا^۱ مواجه شد. حدود ۸۰ درصد معتادان تزریقی^۲ در چین از نظر HIV مثبت هستند و همه‌گیری در دگرجنس‌گرایان هندی به سرعت رو به افزایش است.

در اروپای شرقی، معتادان تزریقی عمده‌ترین روش ابتلا به HIV است. اوکراین بیشترین مبتلایان را گزارش کرده است. با توجه به بی‌ثباتی اجتماعی - سیاسی این منطقه، پیش‌بینی می‌شود همه‌گیری افزایش پیدا کند. در آمریکای لاتین و منطقه کارائیب، نرخ عفونت HIV به تدریج افزایش می‌یابد و از نظر پروفایل رفتارهای پرخطر، روندی مشابه آمریکا دارند.

در سراسر جهان، همه‌گیری HIV در افرادی که از نظر اجتماعی و اقتصادی محروم هستند بیشتر مشاهده شده است. مهاجرت‌های مکرر و سطح پایین سواد مانع از دستیابی به خدمات درمانی می‌شود. درحالی که در دسترس بودن درمان پزشکی تعداد مرگ و میر ناشی از عفونت HIV در آمریکا و اروپای غربی و برزیل را کاهش داده است. داروهای ضد رترو ویروس‌ها در بسیاری از کشورهای در حال توسعه مقرون به صرفه نیستند. همچنین زیرساخت لازم برای نظارت بر بیماران و افزایش تعهد به مصرف دارو وجود ندارند. با وجود کمبود دسترسی جهانی به دارو، تعدادی از کشورهای در حال پیشرفت پس از آغاز برنامه‌های متمرکز پیشگیری، کاهش در بروز HIV را گزارش کرده‌اند. در تایلند، اوگاندا، زیمبابوه و سنگال، آموزش عمومی درباره رابطه جنسی سالم، استفاده از سوزن تمیز، جلوگیری و درمان بیماری‌های جنسی^۳ (STD)، و مراقبت‌های پیش از تولد نوید مهار کردن گسترش عفونت HIV را می‌دهند.

در آمریکا

نخستین موارد ابتلا در آمریکا از گروه همجنس‌گرایان بودند. ولی به تدریج، همه‌گیری در معتادان تزریقی که HIV را از طریق لوازم تزریق آلوده گرفته بودند و زنان که مهم‌ترین رفتار پرخطر آنها روابط جنسی دگرجنس‌گرایانه بود افزایش یافت. یک گروه کوچکی هم از مبتلایان اولیه از طریق انتقال خون و نوزادان مادران مبتلا به HIV عفونت گرفتند. ولی با غربال کردن منابع خونی و استفاده گسترده درمان‌های ضد رتروویروس‌ها در زنان باردار مبتلا به HIV و بروز عفونت‌های ناشی از این ریسک فاکتورها در طول زمان کاهش یافت. در سال‌های اخیر، ابتلای مردان رنگین پوست همجنس‌گرا و زنان دگرجنس‌گرا به HIV افزایش یافته است.

1 heterosexual

2 Injection drug users

3 Sexual transmitted disease

بروز ایدز در آمریکا در دهه ۸۰ به سرعت افزایش یافت. در اوایل دهه ۱۹۹۰ به بیشترین حد خود رسید و سپس کاهش یافت. تا دسامبر ۲۰۰۱، ۸۱۶ هزار و ۱۴۸ نفر مبتلا به ایدز به مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها^۱ (CDC) گزارش شده بودند که ۵۷ درصد آنها مرده بودند. حدود ۴۰ هزار مورد جدید عفونت HIV در هر سال در آمریکا روی می‌دهد. با توجه به طول عمر، تعداد بیشتری از افراد مبتلا به ایدز زنده می‌مانند.

HIV چگونه منتقل می‌شود؟

آمیزشی

خطر ابتلای کلی انتقال HIV از طریق رفتار جنسی محافظت نشده^۲ بین ۰/۳ تا ۳۰ در ۱۰۰۰ محاسبه شده است (جدول ۱۰.۱) ولی تعیین خطر ابتلا برای هر بار آمیزش بسیار سخت است. آمیزش جنسی محافظت نشده مقعدی برای مفعول بیشترین ریسک و آمیزش جنسی محافظت نشده مهبلی برای مفعول رتبه بعدی را دارد. آمار کمی از میزان ریسک آمیزش مقعدی یا مهبلی برای فاعل در دست است. به طور کلی، انتقال از مرد به مرد یا مرد به زن بسیار موثرتر از انتقال از زن به مرد یا از زن به زن است. مثبت شدن سرم^۳ در اثر آمیزش دهانی^۴ هم گزارش شده است و اطلاعات جدید حاکی از ریسک ملموس این رفتار است. استفاده صحیح و مداوم از کاندوم به طور قابل ملاحظه‌ای ریسک ابتلا به HIV از راه آمیزش مقعدی، مهبل و دهانی را کاهش می‌دهد.

جدول ۱۰.۱- احتمال ابتلا به عفونت HIV برای هر بار تماس^۵

فعالیت	خطر ابتلا
سوزن مشترک	۶/۱۰۰۰ تا ۳۰/۱۰۰۰
زخم سر سوزن ^۶	۱/۳۰۰
آمیزش مقعدی برای مفعول	۸/۱۰۰۰ تا ۳۰/۱۰۰۰
آمیزش مهبلی برای مفعول	۲/۱۰۰۰ تا ۸/۱۰۰۰
آمیزش مقعدی یا مهبلی برای فاعل	۳/۱۰۰۰۰ تا ۱۰/۱۰۰۰۰
آمیزش دهانی برای مفعول	نامشخص

1 centers for disease control and prevention

2 Unprotected sexual activity

3 Seroconversion

4 Oral sex

۵. American College of Physicians انتشارات Therapy series نوشته لیمن و ماکدون. ۲-۱ کتاب

فیلا دلفیا، ۲۰۰۳

6 Occupational needle stick

اعتیاد تزریقی

ریسک کلی ابتلا به HIV از راه تزریق مواد مخدر با آمیزش جنسی محافظت نشده برابری می‌کند و از ۶ تا ۳۰ در هزار متغیر است. سوزن و سرنگ لوازم اولیه انتقال خون آلوده به HIV در بین معتادان تزریقی هستند. درمان اعتیاد و ارائه سرنگ [رایگان] مؤثرترین وسیله برای کاهش HIV در معتادان تزریقی هستند. ولی اگر امکان اجرای این برنامه‌ها نیست، باید به معتادان آموزش داد که از لوازم مشترک استفاده نکنند یا این که پیش از استفاده با مواد ضد عفونی کننده، لوازم را ضد عفونی کنند.

مادر-جنین

تقریباً ۷۰ درصد انتقال مادر به جنین در دوره نزدیک به زایمان روی می‌دهد. انتقال پیش از زایمان در مناطق مختلف جغرافیایی متفاوت است؛ در آمریکا ۱۵ تا ۳۰ درصد، در اروپا ۱۳ تا ۱۵ درصد و در آفریقا ۴۰ تا ۵۰ درصد. گذر جنین از کانال زایمانی با بیشترین میزان انتقال از طریق قرار گرفتن جنین در معرض خون مادر را به خود اختصاص می‌دهد. در سال ۱۹۹۴، مطالعه بزرگی درباره تک-درمانی زیدوودین^۱ (ZDV, AZT) در مادر و جنین پس از آنالیز اولیه متوقف شد چرا که نتایج حاکی از کاهش انتقال از ۲۵/۵ درصد به ۸/۳ درصد بود. اگرچه زایمان رستمینه^۲ [سزارین] هم میزان ابتلا را کم می‌کند، نقش آن در مادرانی که با مصرف داروهای ضد رترو ویروسی بار ویروسی‌شان کاهش یافته است مشخص نیست. مادران مبتلا به HIV از شیردادن منع می‌شوند چون ریسک انتقال آن ۳/۵ تا ۱۰/۳ درصد است و هر چه دوران شیردهی بیشتر باشد، ریسک هم بالاتر است.

ملاحظات دیگر

گزینه‌هایی برای زنان دارای سرم منفی^۳ که تمایل دارند از مردی مبتلا باردار شوند در دست بررسی است. شستشوی اسپرم پیش از لقاح مصنوعی معمول ترین روش برای کاهش خطر ابتلاست، چون HIV را از اسپرم جدا می‌کند. مرکز کنترل بیماری‌ها [آمریکا] این روش را به خاطر نگرانی‌هایی که در مورد بی‌خطر بودن آن دارد توصیه نمی‌کند ولی با موفقیت در اروپا به کار گرفته می‌شود.

ریسک ابتلا از طریق روابط معمولی و بدون رابطه نزدیک [جنسی] در خانه یا محل کار صفر است. هنگام انجام فلوتومی^۴ یا هر عمل تهاجمی دیگر، همه بیماران فارغ از وضعیت ابتلا باید با رعایت اصول بهداشتی

1 Zidovudine (ZDV, AZT)

2 Cesarean section

3 Seronegative

4 Phlebotomy

مصوب مدیریت شوند. خطر انتقال HIV به کارکنان بخش سلامت پس از قرار گرفتن در معرض خون آلوده به HIV ۰/۳ درصد به ازای هر تماس پوستی و ۰/۹ درصد به ازای هر تماس مخاطی است. خطر سائز مایعات آلوده به جز خون هنوز ارزیابی نشده است ولی احتمال ریسک بسیار پایین است. ریسک انتقال در موارد زیر افزایش می‌یابد: آغشته شدن به مقدار زیادی خون، خون قابل مشاهده روی وسیله‌ای که با آن کار شده، تماس با سوزنی که مستقیماً داخل رگ رفته، تماس با سوزن تزریق شده، جراحی عمیق و تماس با خون یا ترشحات کسی که بار ویروسی بالایی دارد. پروفیلاکسی پس از تماس^۱ شامل یک دوره کوتاه مدت درمان ضد رتروویروسی پس از یک تماس پرخطر است. به طور کلی PEP^۲ شامل رژیم چهارهفته‌ای داروی ضد رترو ویروس در زودترین زمان ممکن پس از تماس است. برای بیشتر موارد، رژیم دو دارویی ZDV و لامی‌وودین^۳ به کار می‌رود. اگر تماس با کسی بوده که احتمال می‌رود ویروس مقاوم داشته باشد، داروی سوم هم که معمولاً ایندیناویر^۴ یا دلفیناویر^۵ هستند افزوده می‌شود. پروفیلاکسی که به دنبال تجاوز یا پارگی کاندوم استفاده می‌شود تفاوتی با رژیم قبلی ندارد.

پاتوزنز عفونت HIV چیست؟

HIV یک ویروسی سیتوپاتیک^۶ است که از هسته مرکزی سیلندری RNA و لایه کروی لیپیدی تشکیل شده است. ویروس از طریق اتصال گلیکوپروتئین gp120 به گیرنده سطح لنفوسیت‌های تی CD4+ به غشای سلول می‌چسبد، با ورود به سیتوپلاسم سلول میزبان، لایه لیپیدی افتاده و محتوای آن آزاد می‌شود. در این زمان رونویسی معکوس^۷ روی می‌دهد: یک DNA از قالب RNA ویروس درست می‌شود و این DNA خود را در ماده ژنتیکی سلول میزبان وارد می‌کند. سلول‌های آلوده برای مدتی در حالت غیرفعال باقی می‌مانند. وقتی فعالیت آغاز شود، DNA پروویرال^۸ mRNA و gRNA رونویسی می‌کند. پس از ساخته شدن پروتئین‌های ویروسی، ویریون‌های جدید گرد آمده و از سلول آلوده خارج می‌شوند. برای فعال شدن جوانه‌های ویریونی، یک پروتيازویروسی لازم است. پس از فرآیند فعال‌سازی، ویریون‌ها در جریان خون به دنبال سلول‌های هدف جدید می‌گردند. (شکل ۱.۱)

1 Postexposure prophylaxis (PEP)

2 Postexposure prophylaxis

3 Lamivudine (3TC)

4 Indinavir

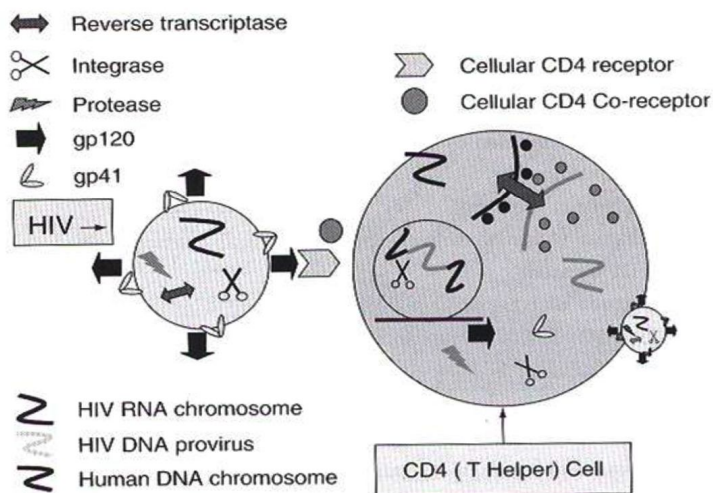
5 Nelfinavir

6 Cytopathic

7 Reverse transcription

8 Proviral

Medical overview



شکل ۱-۱- شمای برهم کنش HIV و سلول CD4

عفونت HIV چگونه تشخیص داده می شود و طبقه بندی می شود؟

تشخیص عفونت HIV با اندازه گیری پادتن های^۱ اختصاصی HIV در بیماران انجام می شود. زمان انجام آزمایش مهم است. پادتن های HIV با روش های معمول سرولوژیک (الیزا^۲ و وسترن بلات^۳) تا سه هفته پس از عفونت قابل تشخیص نیستند. بخشی از آزمایش پادتن، دریافت مشاوره پیش و پس از آزمایش است (به پیوست ۱ مراجعه کنید). آزمایش تعیین بار ویروسی HIV، که اندازه گیری مستقیم HIV در پلاسماست، هرگز نباید به عنوان اولین روش تشخیصی فردی که مشکوک به عفونت مزمن است استفاده شود چرا که نتایج مثبت کاذب با تیترا پایین (کمتر از ۲۰۰۰ نسخه در میلی لیتر) در بیماری های حاد غیر از HIV گزارش شده است. شمارش سلول های CD4 ارتباط تنگاتنگی با پیشرفت بیماری HIV دارد و نشانگر جایگزین^۴ اصلی برای عملکرد ایمنولوژیک است. طبقه بندی مرکز بیماری های آمریکا برای ایدز بر پایه شمارش

1 Antibodies

2 Enzyme-linked immunosorbent assay

3 Western blot

4 Surrogate marker

سلول‌های CD4 و سابقه بالینی بیمار است. بر این اساس ایدز به این صورت تعریف می‌شود: شمارش سلول‌های CD4 کمتر از ۲۰۰ سلول در میلی متر مکعب، یا سابقه ابتلا به عفونت‌های فرصت طلب و بدخیمی‌هایی است که در زمینه عفونت HIV روی می‌دهند (جدول ۱.۲)

جدول ۱.۲ موقعیت‌های تعیین کننده موارد ابتلا به HIV

کاندیدایز برونش، نای، ریه‌ها یا مری
سرطان گردن رحم، مهاجم
کوکسیدیو ایدومایکوز، پراکنده یا خارج ریوی
کریپتوکوکوز، مزمن روده‌ای
بیماری سایتومگالوویروس (به جز کبد، طحال، یا غدد لنفاوی)
انسفالوپاتی وابسته به HIV
هریس سیمپلکس: زخم‌های مزمن یا برونشیت، پنومونیت، یا ازوفازیت
هیستوپلاسموز، پراکنده یا خارج ریوی
ایزوپورازیس، مزمن روده‌ای
سارکوم کاپوسی
لنفوما: بورکیت، ایمنوبلاستیک یا اولیه (در مغز)
مایکوباکتریوم آویوم کمپلکس یا مایکوباکتریوم کانزاسی، پراکنده یا خارج ریوی
مایکوباکتریوم توبرکولوز، در هر جا
پنومونی پنوموسیستیس کارنه‌ای
پنومونی، بازگشت کننده ^۱
لوکوانسفالوپاتی چندکانونی پیشرونده ^۲
سپتی سمی سالمونلایی ^۳ ، بازگشت کننده
توکسوپلاسموز مغز
سندروم ضعف و تحلیل ^۴ ، وابسته به HIV

بدون درمان موثر ضد رترو ویروسی، میانگین کاهش سالانه تعداد CD4 بین ۷۵ تا ۱۰۰ سلول در میلی متر مکعب است. ولی این میزان بین بیماران و همچنین در هر بیمار برای زمان‌های مختلف این میزان خیلی فرق می‌کند. تعداد CD4 در شرایط عادی بیش از ۵۰۰ سلول در میلی متر مکعب است ولی ممکن است تا ۳۵۰ سلول هم کاهش یابد. اگرچه عفونت‌های فرصت طلب معمولاً با تعداد سلول‌های CD4 طبیعی

1 Recurrent

2 Progressive multifocal leukoencephalopathy

3 Salmonella septicemia

4 Wasting syndrome

(بیش از ۵۰۰ سلول در میلیمتر مکعب) روی نمی‌دهند، عفونت‌های باکتریایی معمولی، هرپس، واریسلا زوستر، برفک، توبرکولوز (سل)، سارکوم کاپوسی، لنفادنوپاتی عمومی، و بیماری‌های پوستی مزمن نشانگر کاهش تعداد سلول هستند (شکل ۱.۲). کاهش تعداد سلول‌های CD4 به کمتر از ۲۰۰ عدد در میلی‌متر مکعب نشان‌دهنده نقص ایمنی شدید با افزایش خطر ابتلا به عفونت‌های فرصت طلب مانند PCP، توکسوپلاسموز و مننژیت کریپتوکوکال است. بیمارانی که تعداد سلول‌های CD4 آنها به کمتر از ۵۰ در هر میلی‌متر مکعب کاهش یابد در معرض ابتلا به عفونت‌های سایتومگالوویروسی، مایکوباکتریوم آویوم کمپلکس و لنفوما هستند. بیشترین خطر مرگ و میر بیماران HIV در کسانی است که تعداد سلول‌های CD4 آنها کمتر از ۵۰ سلول در میلی‌متر مکعب است. (شکل ۱.۲).

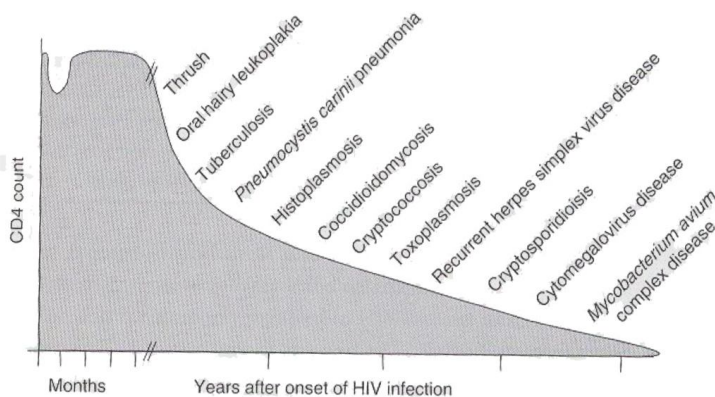


Figure 1.2. Opportunistic infections that occur as CD4 counts decline.

۱.۲- عفونت‌های فرصت طلب که با کاهش تعداد سلول‌های CD4 ایجاد می‌شوند.

محور عمودی: تعداد سلول‌های CD4 :

محور افقی: ماه سال (پس از شروع عفونت HIV)

نام عفونت‌ها به ترتیب از چپ به راست: برفک، لوکوپلاک مویی دهانی، پنومونی پنوموسیستیس کارنه‌ای، هیستوپلاسموز، کوکسیدایومیوکوز، کریپتوکوکوز، توکسوپلاسموز، بیماری عودکننده ویروس هرپس سیمپلکس، بیماری کریپتومگالوویروسی، بیماری مایکوباکتریوم آویوم پیچیده.

تظاهرات بالینی عفونت HIV چیست؟

تظاهرات بالینی عفونت HIV در جدول ۱.۳ آورده شده است.

جدول ۱.۳- تظاهرات بالینی بیماری HIV

عفونت اولیه HIV	ویروس پاپیلوما‌ی انسانی	سندرم ضعف و تحلیل
دوره نهفتگی	آنژیوماتوز باسیلاری	بیماری چندعضوی
دهانی	سار کوم کاپوسی	سایتومگالوویروس
کاندیدایزیس	لنفادنوپاتی عمومی مزمن	مایکوباکتریوم آویوم کمپلکس
لوکوپلاکی مویی	ریوی	لنفوما
ویروس هرپس سیمپلکس	پنومونی مکتسب از اجتماع	عصبی-شناختی و نورولوژیک
سایتومگالوویروس	پنومونی پنوموسیستیس کارنه‌ای	لوکوانسفالوپاتی چندکانونی پیشرونده
زخمهای آفتی	توبرکولوز (سل)	توکسوپلاسموز
ژئوئیت	سار کوم کاپوسی	لنفوما اولیه مغز و اعصاب
سار کوم کاپوسی	لنفوما	کریپتوکوکوز
پوست	دستگاه گوارش	میلوپاتی عروقی
درماتیت سوره‌ایک	ازوفازیت	پلی رادیکولوپاتی میلین زدا
فولیکولیت باکتریایی	کولانژیوپاتی	نوروپاتی محیطی
فولیکولیت ایوزینوفیلی	هپاتیت (ای، بی و سی)	انسفالوپاتی HIV
ویروس هرپس سیمپلکس	پانکراتیت	
مولاسکوم کانتاژ‌یوزوم	اسهال	

عفونت اولیه HIV

دو تا شش هفته پس از تماس، مهمترین نشانه‌های عفونت تب، خستگی، راش^۱، سردرد، لنفادنوپاتی و فارنژیت است. تظاهرات نورولوژیک عفونت اولیه شامل مننژیت آسپتیک، میلوپاتی، رادیکولوپاتی، نوروپاتی محیطی، منگوانسفالیت، سندروم گیلن باره است. بین ۴۰ تا ۹۰ درصد بیماران مبتلا به HIV بیماری که نشان از عفونت اولیه HIV باشد را به یاد می‌آورند. در هر فردی که بیماری آتی پیک یا طولانی مدت ویروسی یا سندروم مونونوکلئوز بدون علت دارد باید به سندروم اولیه یا حاد HIV شک کرد. آزمایش پادتن

HIV منفی در حضور بار ویروسی بالا (یعنی بالاتر از ۵۰۰۰۰ کپی در میلی لیتر) نشانه تشخیص عفونت اولیه HIV است.

دوره نهفتگی

پس از عفونت اولیه HIV، بیماران یک دوره نهفتگی را پشت سر می‌گذارند تا نشانه‌هایی دال بر تشخیص ایدز بروز کند. دوره نهفتگی در ۵ درصد بیماران دوسال، در ۲۰ تا ۲۵ درصد بیماران ۶ سال، و در ۵۰ درصد بیماران ۱۰ سال است. بهترین آزمایش پیش‌بینی‌کننده پیشرفت ایدز به تنهایی، اندازه‌گیری بار ویروسی HIV است؛ بار ویروسی کمتر از ۱۰ هزار کپی در میلی لیتر پیش‌بینی‌کننده پیشرفت ایدز در کمتر از ۳۲ درصد بیماران در یک پیگیری ۶ ساله است. بار ویروسی بیشتر از ۳۰ هزار کپی در میلی لیتر در ۸۰ درصد موارد نشان‌دهنده ایدز است. استفاده همزمان از CD4 و بار ویروسی HIV در تعیین پیش‌آگهی هر بیمار موثر است.

تظاهرات دهانی و پوستی

ضایعات دهانی در طول ابتلا به HIV ممکن است بروز کند. برفک، التهاب گوشه لب^۱ شکل‌هایی از کاندیدیاز دهانی هستند. لوکوپلاک مویی دهان^۲ ناشی از ویروس اپشتاین بار است و معمولاً بدون نشانه است. زخم‌های دهانی در بیماری HIV شایع هستند و می‌توانند آفت بوده یا ناشی از HSV یا CMV باشند. ژنویت شدید و پیش‌رونده، ژنویت اولسراتیو نکروزان حاد (ANUG)^۳ معمولاً نیاز به دبریدمان و آنتی‌بیوتیک دارد. نودول‌های دهانی ممکن است نشانه سارکوم کارپوسی، لنفوما، زگیل، یا بزرگی غدد بزاقی باشد. پوست معمولاً در HIV درگیر می‌شود. بازفعالی عفونت VZV (زونا)^۴ یکی از زودرس‌ترین تظاهرات بیماری‌های پوستی است. مولاسکوم کانتاژ یوزوم ناشی از پاکس ویروس است و به صورت پاپول‌هایی با برجستگی مرکزی^۵ تظاهر می‌کند. نودول‌ها، آبه‌ها، زخم‌ها، یا لنفادنیت می‌توانند نشانی از هیستوپلاسموز، کریپتوکوکوز، سارکوم کاپوسی، پنی سیلیوم مارنفی، مایکوباکتریوم غیر سلی، و عفونت‌های بارتونلا. ویروس پاپیلومای انسانی عامل زگیل‌های آنوزینتال، دیسپلازی و سرطان مقعد و گردن رحم است. لنفادنوپاتی

1 Angular chelitis

2 Oral hairy leukoplakia

3 Acute necrotizing ulcerative gingivitis

4 Shingles

5 Centrally umblicated papules

عمومی مزمن در ۵۰ تا ۷۰ درصد بیماران مبتلا به HIV در اوایل بیماری روی می‌دهد و در بیمارانی که ترکیبی از داروهای ضد رترو ویروسی استفاده کرده‌اند با بهبود شمارش CD4 عود می‌کند.

تظاهرات ریوی

عوارض ریوی مهم‌ترین علت بیماری و مرگ و میر در کسانی است که مبتلا به HIV هستند. از این میان، پنومونی مکتسب از اجتماع شایع‌ترین است و ناشی از پاتوژنهای معمولی دستگاه تنفسی است. PCP نخستین عفونت فرصت طلب بود که گزارش شد. بیشتر بیماران دچار PCP شمارش CD4 کمتر از ۲۰۰ سلول در میلی متر مکعب دارند. سل و سل مقاوم به چند دارو (MDRTB) در مبتلایان به‌ایدز شایع هستند. اگر چه گاهی اوقات MAC و CMV از نمونه‌های ریه در مبتلایان به بیماری‌های ریوی ناشی از HIV جدا می‌شوند، به ندرت عامل ایجاد بیماری هستند. سارکوم کاپوسی ریوی و لنفوم هوچکین و غیر هوچکین در ریه به صورت ندول‌های داخل ریه یا لنفادنوپاتی مدیاستن یا ناف ریه^۱ تظاهر پیدا می‌کند.

تظاهرات گوارشی و چند عضوی بیماری

ازوفازیت خود را به صورت دسیفاژی یا اودینوفاژی نشان می‌دهد که ممکن است ناشی از کاندیدا آلبیکانس، CMV یا HSV باشد و معمولاً از علایم شایع در مراحل پیشرفته بیماری HIV است. علل کمتر شایع نشانه‌های ازوفازیتال شامل سارکوم کاپوسی و لنفوم است. کولانژیوپاتی ایدز^۲ می‌تواند ناشی از CMV، گونه‌های کریپتوسپوریدیوم^۳، ارگانیزم‌های میکروسپورییدیال^۴، ایزوسپورا پلی^۵، یا MAC باشد که با سطح بسیار بالای آلکالین فسفاتاز همراه است. مبتلایان به عفونت HIV در معرض ابتلا به هپاتیت A، HAV، هپاتیت بی HAB، و هپاتیت سی HAC هستند. همراهی HIV و HCV باعث تسریع در ایجاد سیروز و افزایش مرگ و میر می‌شود. مسمومیت با دارو (مانند ddl [دیدانوزین]^۶ و پنتامیدین^۷) علت اصلی پانکراتیت است. اسهال در مبتلایان به HIV شایع است و علت آن هم اغلب عفونت یا مسمومیت دارویی است. سندروم ضعف و تحلیل وابسته به HIV که از دست دادن بیش از ۱۰ درصد وزن پایه بدن به همراه اسهال مزمن،

- 1 Mediastinal or hilar lymphadenopathy
- 2 AIDS cholangiopathy
- 3 Cryptosporidium species
- 4 Microsporidial organisms
- 5 Isospora belli
- 6 didanosine
- 7 pentamidine

ضعف و تب در غیاب علت شناخته شده است یکی از تظاهرات اولیه ایدز می باشد. عفونت های فرصت طلب و بدخیمی های CMV و MAC و لنفوم می توانند چند عضو را در بیماران مبتلا به HIV درگیر کنند.

تظاهرات عصبی-شناختی و عصبی

بیماری های عصبی-شناختی شایع ترین تظاهرات در مراحل پیشرفته HIV هستند. عفونت های فرصت طلب و بدخیمی های مغز در بیشتر بیماران با شمارش سلول های CD4 کمتر از ۱۰۰ عدد در میلی متر مکعب شایعند. لوکوانسفالوپاتی چندکانونی پیشرونده خود را به صورت یک بیماری تحلیل دهنده عصبی-شناختی با پیشرفت کند نشان می دهد که همراه فلج خفیف^۱، کنش پریشی^۲، آفازی^۳، سرگیجه^۴، عدم تعادل^۵ و یا دوبینی^۶ است. ام آر آی مغز ضایعات non-enhancing در ماده سفید نزدیک قشر مغز نشان می دهد. توکسوپلاسموز مغزی که توسط انگل توکسوپلازما گوندی ایجاد می شود، معمولاً به صورت نیمه حاد با سردرد، تشنج و یا یافته های عصبی کانونی^۷ تظاهر می کند. توموگرافی کامپیوتری با کنتراست یا ام آر آی ضایعات حلقوی در قشر مغز، گانگلیا پایه یا تالاموس نشان می دهند. تشخیص با استفاده از پادتنهای توکسوپلازما گوندی در سرم و یافته های خاص تصویربرداری عصبی انجام می شود. لنفوم اولیه دستگاه عصبی مرکزی^۸ (PCNSL) یک بدخیمی سریع پیشرونده مغزی است که در بالین با جبران^۹ عصبی حاد و در تصویربرداری با ضایعات عمیق ماده سفید با کنتراست ضعیف خود را نشان می دهد. ضایعات وابسته به توکسوپلاسموز ممکن است از ضایعات مربوط به PCNSL در تصویربرداری قابل تشخیص نباشند. پاتوزنهای فرصت طلب دیگر که می توانند ضایعات کانونی مغزی در HIV ایجاد کنند شامل کریپتوکوکوس نیوفورمانس، مایکوباکتریوم توبرکولوز، گونه های نوکاردیا، و گونه های آسپرژیلوس هستند. تشخیص این عفونت ها نیاز به آزمایش مایع مغزی-نخاعی CSF و گاهی بیوپسی مغز دارد.

مننگوانسفالیت یک رویداد حاد یا نیمه حاد است که معمولاً ناشی از قارچ کریپتوکوکوس نیوفورمانس است. اتیولوژی های کمتر شایع آن عبارتند از: باکتری کپسول دار نایسریا مننژیتیدیس، استرپتوکوک پنومونیه

1 Paresis

2 Apraxia

3 Aphasia

4 Vertigo

5 Ataxia

6 Diplopia

7 Focal neurologic findings

8 Primary central nervous system lymphoma

9 Decompensation

و هموفیلوس انفلوانزا و ویروس‌های CMV، HSV و VZN. نشانه‌های مننژوانسفالیت شامل تب، سردرد، تغییر وضعیت روانی^۱ و مننژیسموس^۲. تشخیص معمولاً با آزمایش CSF و مطالعات میکروبیولوژی داده می‌شود. میلوپاتی واکوولار^۳، که در مراحل پیشرفته بیماری HIV روی می‌دهد، با از بین رفتن فعالیت حرکتی در اندام تحتانی مشخص می‌شود. ممکن است که دمانس همراه نشانه‌های بیماری باشد یا نباشد. تشخیص بر پایه تابلوی بالینی است ولی آزمایش CSF برای رد موارد قابل درمان پیشنهاد می‌شود.

نوروپاتی محیطی در بیماری HIV کاملاً شناخته شده است و می‌تواند ناشی از مسومیت دارویی، عفونت‌های فرصت طلب یا خود HIV باشد. داروهایی که با نوروپاتی محیطی مرتبط هستند عبارتند از: داروهای ضد رتروویروسی ddI، ddC (زالسیتابین^۴) و d4T (استاودین^۵). پس از توقف عامل ایجاد کننده، نشانه‌ها اغلب به آرامی بهبود پیدا میکنند. پلی نوروپاتی‌های حرکتی خودایمنی^۶ به صورت سندروم گیلن باره یا پلی نوروپاتی میلین زدای حاد یا مزمن تظاهر پیدا می‌کنند. یک پلی رادیکولوپاتی مخلوط بالارونده سریع پیشرونده ممکن است توسط عفونت CMV در ریشه اعصاب یا نخاع روی دهد و به صورت درد کمر، بی‌اختیاری مدفوع و ادرار^۷ و بی‌حسی و بی‌حرکتی پیشرونده بروز پیدا می‌کند. میوپاتی همراه با بیماری HIV هم توصیف شده است؛ علت ایجاد آن در همه‌گیری‌های اولیه ZDV بود ولی بروز آن از زمان استفاده از دوزاژ استاندارد داروها کاهش یافت.

اختلال شناختی وابسته به عفونت HIV موضوع تحقیقات بسیاری بوده است. ده تا بیست درصد از بیماران مبتلا به HIV میزانی اختلال شناختی دارند. کمپلکس شناختی-حرکتی وابسته به HIV^۸ (HACM) یک دمانس زیرقشری است که در ادامه اختلالات ناشی از تاثیر مستقیم HIV روی سیستم عصبی مرکزی و از یک سری نشانه‌های شناختی خفیف تا زندگی نباتی^۹ تغییر می‌کند. مطالعات تصویربرداری نورورادیولوژیک و نمونه برداری از CSF برای ردگیری عوامل دمانس استفاده می‌شوند. سطح بار ویروسی HIV در CSF با شدت نشانه‌ها ارتباط نزدیکی دارد. درمان چند دارویی ضد رترو ویروسی در کاهش نشانه‌های HACM در برخی موارد تأثیر دارد.

- 1 Mental status
- 2 Meningismus
- 3 Vacuolar myelopathy
- 4 Zalcitabine
- 5 Stavudine
- 6 Autoimmune motor polyneuropathies
- 7 Bowel and bladder dysfunction
- 8 HIV-associated cognitive/motor complex
- 9 Vegetative state

وضعیت‌های دیگری که می‌تواند عامل ایجاد تغییر در سلامت روانی در مبتلایان به HIV باشد عبارتند از: اختلالات متابولیک مانند مسمومیت دارویی، کم‌خونی، کم‌آبی، هیپوکسی ناشی از بیماری ریوی، هیپوادرناسیم و اختلال شدید کلیه و کبد. بیشتر اینها با بیماری پیشرفته HIV مرتبط هستند. برای آشنایی با فهرست داروهایی که ممکن است عوارض عصبی-روانی داشته باشند جدول ۱.۴ را ملاحظه کنید.

جدول ۱.۴- عوارض عصبی-روانی داروهای که برای درمان عفونت HIV و دیگر بیماری‌های همراه استفاده می‌شوند.

دسته دارویی	دارو	بیماری هدف	عوارض	
NRTIs و NtRTI	زیدو وودین ZDV, AZT	HIV	سردرد، بیحالی ^۱ ، گیجی ^۱ ، بیخوابی، شیدایی ^۲ ، تشنج	
	دیدانوزین ddI	HIV	نوروپاتی محیطی، شیدایی، تشنج، بی‌خوابی، سردرد، سرگیجه ^۳	
	زالسیتائین ddC	HIV	نوروپاتی محیطی، خستگی، تشنج، سردرد	
	استاودین d4T	HIV	اضطراب ^۴ ، بی‌خوابی، شیدایی، تشنج، سردرد	
	لامی‌وودین 3TC	HIV	بیخوابی، بیحالی، سردرد، نوروپاتی، افسردگی	
	امتریسیتابین FTC	HIV	سردرد	
	آباکاویر ABC	HIV	بیخوابی، سردرد، سرگیجه، خستگی	
	تتوفویر TDF	HIV	سردرد، سستی ^۵	
	NNRTIs	نوبراپین	HIV	خواب‌آلودگی ^۶ ، خستگی، سردرد
		دلاویردین	HIV	سردرد، خستگی
افاویرنز		HIV	گیجی، کابوس، افسردگی	
ساکیناویر		HIV	سستی، اختلال بساویی ^۷ ، نوروپاتی محیطی	
ریتوناویر		HIV	سستی، اختلال بساویی لب و دهان ^۸ ، بیحالی، بیخوابی	
ایندیناویر		HIV	سستی، سردرد، سرگیجه، منژیست آسپتیک	
نلی‌فیناویر		HIV	سردرد، عدم تمرکز	
آمپرناویر		HIV	سردرد، اختلال بساویی لب و دهان، افسردگی	
PIs	فوسام پرناویر	HIV	سردرد، بیخوابی، خستگی	
	لوپیناویر/ریتوناویر	HIV	سردرد، بیخوابی، سستی	
	آتازاناویر	HIV	سردرد	
	انفو ویرتید	HIV	نوروپاتی محیطی، اضطراب، بیخوابی، خستگی	
	EIs			

- 1 Malaise
- 2 Confusion
- 3 Mania
- 4 Dizziness
- 5 Anxiety
- 6 Asthenia
- 7 Somnolence
- 8 Paresthesia
- 9 Circumoral paresthesia

دسته دارویی	دارو	بیماری هدف	عوارض	
داروهای پروفیلاکسی	تریمتوپریم سولفامتوکسازول	پروفیلاکسی PCP و توکسوپلاسموز	افسردگی، کاهش اشتها	
	دابسون	پروفیلاکسی PCP	نوروپاتی محیطی، وزوز گوش ^۱ ، روان پریشی ^۲ ، بیخوابی، سردرد	
	آتوواکون	پروفیلاکسی PCP	سردرد، بیخوابی، اختلال بساواوی، اضطراب	
	پنتامیدین	پروفیلاکسی PCP	گیچی، نوسان هیجانی ^۳ ، توهم ^۴	
	آزیترومایسین	پروفیلاکسی MAC	سردرد، سرگیجه	
	کلاریترومایسین	پروفیلاکسی MAC	سردرد	
	ضد ویروس‌ها	آسیکلو ویر	HSV, VZV	توهم بینایی، گیچی، کاشت فکر ^۵ ، بیخوابی
فام سیکلو ویر		HSV, VZV	سردرد، خستگی	
واراسیکلو ویر		HSV, VZV	سردرد، مننژیت آسپتیک، سرگیجه	
گان سیکلو ویر		CMV, HSV, VZV	سردرد، اختلال بساواوی	
والگان سیکلو ویر		CMV	سردرد، بی‌خوابی، نوروپاتی محیطی، اختلال بساواوی	
فوس کارنت		CMV, HSV, VZV	اختلال بساواوی، تشنج، گیچی، توهم	
اینترفرون		هیپاتیت سی، هیپاتیت بی، سارکوم کاپوسی	افسردگی، گیچی، درد عضلانی، سردرد	
ضد قارچها		فلوکنازول	کاندیدایز، کریبتوکوکوس	گیچی، تشنج
		آمفوتریسین بی	کریبتوکوکوس، هیستوپلاسموز	هذیان ^۶ ، نوروپاتی محیطی، دوبینی
		ضد مایکوباکتریوم	ایزونیازید	سل
ریفامپسین	سل		سردرد، سرگیجه، خستگی، اختلال بساواوی، گزاتوکرومیای ^۸ CSF ^A	
پیرازینامید	سل		تشنج، هایپرترمی	
اتاموتول	سل، MAC		سردرد، سرگیجه، شیدایی، توهم، روان‌پریشی	
کینولون‌ها	سل، MAC		هذیان، تشنج، افسردگی، روان‌پریشی	

NRTIs=nucleoside reverse transcriptase inhibitors
 NtRTIs= nucleotide reverse transcriptase inhibitors
 NNRTI= non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors
 PIs= Protease inhibitors
 EIs=Entry inhibitors
 PCP= Pneumocystis carinii pneumonia
 MAC=Mycobacterium avium complex
 HSV=herpes simplex virus
 VZV= varicella-coster virus
 CMV= cytomegalovirus

- 1 Tinnitus
- 2 Psychosis
- 3 Emotional lability
- 4 Hallucination
- 5 Thought insertion
- 6 Delirium
- 7 Paranoia
- 8 CSF Xanthochromia

ارزیابی اولیه بیماران مبتلا به HIV شامل چه نکاتی است؟

شرح حال

یک شرح حال دقیق برای ارزیابی اولیه بیماران مبتلا به HIV ضروری است.

درمانگران باید:

- شرح حال و سابقه دقیق دارویی و خانوادگی، همراه با نشانه‌های سیستمیک^۱ و شکایت‌های موضعی بیماران را مطابق مرور نظامند به دست بیاورد.
- سوالات تخصصی درباره سابقه بیماری‌های جنسی، هپاتیت و پروسی، تماس با سل، آزمایش‌های پوستی، پاپ اسمیر در زنان و واکسیناسیون بپرسند.
- هنگام مرور شرح حال اجتماعی بیمار، توجه کافی به مسافرت به مناطق اندمیک برای عفونت‌های فرصت طلب بکنند. کسی که دوره‌ای را در کشورهای در حال توسعه گذرانده است، الکل و مواد مخدر مصرف می‌کند یا کرده است و بی‌خانمان است بیشتر در معرض ابتلا به سل است.
- درباره حیوانات خانگی سوال کند. نگهداری گربه‌ها ریسک انتقال توکسوپلاسموز و بارتونلوز و نگهداری خزندگان ریسک باکتری‌های گرم منفی مانند سالمونلا را به همراه دارد.
- شرح حال جنسی بگیرد. به ویژه به روش‌های جلوگیری و اهمیت آگاه‌سازی شریک جنسی از وضعیت ابتلا به HIV توجه کند.
- به بیمارانی که معتاد تزریقی فعال هستند در زمینه ضدعفونی کردن وسایل تزریق مشترک مشاوره بدهد.
- وضعیت سلامت روان بیمار را برای غربال کردن اختلالات عصبی-شناختی و افسردگی ارزیابی کند.

معاینه فیزیکی

به دلیل اینکه عفونت HIV هر عضو و دستگاهی را می‌تواند مبتلا کند، درمانگر باید یک معاینه کامل از بیمار به عمل آورد و با تأکید بر پوست، دهان، ناحیه مقعد و تناسلی، دستگاه اعصاب مرکزی، پوست و مخاط برای مشکلاتی که در بالا ذکر شد معاینه شوند و تمام غدد لنفاوی محیطی لمس شوند. پاپ اسمیر هم برای

1 Constitutional symptoms

زنان الزامی است. همه بیماران باید یک معاینه کامل اعصاب بشوند تا مشکلات عمومی و موضعی ارزیابی شوند. بیمارانی که شمارش سلولی CD4 کمتر از ۱۰۰ عدد در میلی متر مکعب دارند باید به چشم پزشک ارجاع شوند تا از نظر رتینیت ناشی از CMV بررسی شوند.

آزمایش‌ها

مطالعات پایه آزمایشگاهی در بیماران مبتلا به HIV در جدول ۱.۵ خلاصه شده‌اند.

جدول ۱.۵- آزمایش‌های پایه در بیماران مبتلا به HIV

شمارش سلول CD4
بار ویروسی HIV
آزمایش کامل خون و شمارش دیفرانسیل
میزان اوره، کراتینین خون، آزمایش‌های عملکرد کبد
میزان گلوکز و وضعیت چربی
سرولوژی توکسوپلاسما
سرولوژی هپاتیت ای، بی و سی
سرولوژی سیفلیس (VDRL or RPR)
مشتقات پروتئینی خالص (PPD)
پاپ اسمیر
آزمایش مقاومت HIV*

* در صورت تغییر وضعیت سرمی اخیر

برگرفته از شکل ۲۶ کتاب HIV، سری درمان، نوشته لیمن و ماکادون، کالج آمریکایی پزشکان، فیلادلفیا

آزمایش پادتن HIV را برای بیمارانی که آزمایش مثبتی برای HIV ندارند تکرار کنید. شمارش سلولی CD4 و بار ویروسی HIV را برای دو ویزیت اول انجام دهید تا یک آزمایش پایه داشته باشید. شمارش CD4 یک نشانگر جایگزین برای تعیین عملکرد دستگاه ایمنی است و برای تعیین ضرورت انجام درمان ضد رترو ویروسی و پروفیلاکسی عفونت‌های فرصت طلب به کار می‌رود. محدوده طبیعی آن ۳۵۰ تا ۱۱۰۰ سلول در میلی متر مکعب است. در مقابل، بار ویروسی HIV نشانگر میزان ضعف دستگاه ایمنی در طول زمان و تعیین اینکه درمان ضد رترو ویروسی ضروری است یا خیر و همچنین برای میزان تاثیر درمان استفاده می‌شود. بالا بودن بار ویروسی اولیه حاکی از سرعت بالای پیشرفت بیماری است. روش

انجام آزمایش شامل DNA منشعب^۱ و PCR است. محدوده طبیعی بار ویروسی HIV کمتر ۵۰ کپی در میلی لیتر تا بیش از ۱۰۰۰۰۰ کپی در میلی لیتر است.

- آزمایش مقاومت ویروسی را برای بیمارانی که به تازگی مبتلا به HIV شده‌اند در نظر بگیرید تا انتخاب داروهای ضد رتروویروسی راحت تر باشد.
- آزمایش‌های پایه را شامل آزمایش کامل خون، اوره نیتروژن خون، کراتینین، آزمایش فعالیت کبدی، گلوکز ناشتا، و پروفایل چربی را برای بیمار انجام دهید تا وضعیت ارگانهای حیاتی مشخص شود.
- اگر قرار است داپسون یا سولفونامیدها استفاده شوند، ارزیابی کیفی گلوکز-۶-فسفات دهیدروژناز (G6PD) انجام دهید چرا که کمبود این آنزیم باعث همولیز در حضور این داروها می‌شود.
- برای بررسی ابتلا به عفونت‌های باید دیگر آزمایش‌های تکمیلی به شرح زیر انجام شود: توکسوپلاسموز، هپاتیت آ، هپاتیت بی، هپاتیت سی، سیفلیس، (RPR or VDRL) تست پوستی برای سل (در بیماران مبتلا به HIV ضایعه برابر یا بیش از ۵ میلی متر مثبت تلقی می‌شود). اگر آزمایش RPR و تست تکمیلی مثبت باشد و بیمار نشانه‌ها یا علائم عصبی داشته باشد یا بیش از ۱ سال سیفلیس داشته باشد، انجام پونکسیون کمری^۲ برای رد درگیری دستگاه عصبی مرکزی الزامی است.

HIV چگونه مدیریت می‌شود؟

مدیریت عمومی HIV با استفاده از شمارش سلول‌های CD4 و بار ویروسی HIV انجام می‌شود (جدول ۱.۶). مسایل ویژه عبارتند از:

- آغاز و نگهداری درمان ضد رترو ویروسی چندگانه و درمان‌های پروفیلاکسی ضد عفونت‌های قارچی.
- مدیریت عوارض جانبی و مشکلات ناشی از این درمان‌ها
- آموزش بیماران در رابطه با وضعیت بیماری و پیشرفت درمان

1 Branched DNA

2 Lumbar puncture

جدول ۱-۶- مدیریت بیماری HIV دسته‌بندی شده بر پایه شمارش سلول‌های CD4

مدیریت بیماری HIV	شمارش سلول CD4
<p>اگر بیمار بدون نشانه است یا باردار است، پس از بررسی عواملی که می‌تواند تاثیر منفی در تعهد مصرف دارو بگذارد درمان ضد رترو ویروسی را آغاز کنید.</p> <p>اگر بیمار بدون نشانه است و بار ویروسی بالا (>۵۵۰۰۰ نسخه در میلی لیتر) دارد، سندروم تغییر وضعیت سرمی HIV دارد یا طی ۶ ماه گذشته به HIV1 مبتلا شده است، آغاز درمان ضد رترو ویروسی را در نظر بگیرید.</p> <p>اگر معیارهای فوق وجود ندارد، بیمار را بدون درمان ضد رترو ویروسی تحت نظر بگیرید.</p> <p>در بیمارانی که PPD مثبت است، درمان پروفیلاکسی سل را شروع کنید. به وضعیت واکسیناسیون و دیگر مسایل بهداشتی توجه کنید.</p> <p>اگر بیمار نشانه‌دار یا باردار است، پس از رسیدگی به عواملی که می‌تواند تاثیر منفی در تعهد مصرف دارو بگذارد درمان ضد رترو ویروسی را آغاز کنید.</p> <p>اگر بیمار بدون نشانه است، سندروم تغییر وضعیت سرمی HIV دارد یا طی ۶ ماه گذشته به HIV1 مبتلا شده است، آغاز درمان ضد رترو ویروسی را در نظر بگیرید.</p> <p>درمان ضد رترو ویروسی را در بیمارانی که پیش از این دارو دریافت کرده‌اند ادامه دهید و با توجه به موثر بودن و میزان تحمل بیمار تغییراتی را که لازم می‌دانید اعمال کنید.</p> <p>در بیمارانی که PPD مثبت است، درمان پروفیلاکسی سل را شروع کنید. به وضعیت واکسیناسیون و دیگر مسایل بهداشتی توجه کنید.</p> <p>پس از رسیدگی به عواملی که ممکن است تاثیر منفی در تعهد مصرف دارو بگذارند درمان ضد رترو ویروسی را در همه بیماران آغاز کنید.</p> <p>درمان ضد رترو ویروسی را در بیمارانی که پیش از این دارو دریافت کرده‌اند ادامه دهید و با توجه به موثر بودن و میزان تحمل بیمار تغییراتی را که لازم می‌دانید اعمال کنید.</p> <p>پروفیلاکسی PCP را آغاز کنید.</p> <p>در بیمارانی که PPD مثبت است، درمان پروفیلاکسی سل را شروع کنید. به وضعیت واکسیناسیون و دیگر مسایل بهداشتی توجه کنید.</p> <p>پس از رسیدگی به عواملی که ممکن است تاثیر منفی در تعهد مصرف دارو بگذارند درمان ضد رترو ویروسی را در همه بیماران آغاز کنید.</p> <p>درمان ضد رترو ویروسی را در بیمارانی که پیش از این دارو دریافت کرده‌اند ادامه دهید و با توجه به موثر بودن و میزان تحمل بیمار تغییراتی را که لازم می‌دانید اعمال کنید.</p> <p>پروفیلاکسی PCP را آغاز کنید.</p> <p>پروفیلاکسی عفونت MAC را آغاز کنید.</p> <p>در بیمارانی که PPD مثبت است، درمان پروفیلاکسی سل را شروع کنید. به وضعیت واکسیناسیون و دیگر مسایل بهداشتی توجه کنید.</p>	<p><۳۵۰ در میلی متر مکعب</p> <p>۲۰۰ تا ۳۵۰ عدد در میلی متر مکعب</p> <p>۵۰ تا ۲۰۰ عدد در میلی متر مکعب</p> <p>>۵۰ عدد در میلی متر مکعب</p>

PCP= pneumocystis carinii pneumonia; MAC=Mycobacterium avium complex; TB=Tuberculosis.

* درمان پروفیلاکسی جایگزین برای توکسوپلاسموز در بیمارانی که تعداد سلول‌های CD4 آنها کمتر از ۱۰۰ عدد در میلی متر مکعب است، سرولوژی توکسوپلاسموز مثبت دارند و درمان پروفیلاکسی TMP-SMX برای PCP دریافت نمی‌کنند باید آغاز شود.

درمان ضد رترو ویروسی

اصول استفاده

توصیه‌های مدیریت عفونت HIV با توجه به پیشرفت‌های روش‌های آزمایشگاهی که نظارت بر فعالیت ویروس را تقویت کرده‌اند متحول شده است از جمله: در دسترس بودن داروهای ضد رترو ویروسی بیشتر و اطلاعات بیشتر در زمینه عوارض درازمدت آنها. محل‌های ذخیره آناتومیک (مغز و دستگاه تناسلی) و فیزیولوژیک (لنفوسیت‌های CD4 نهفته) HIV با داروهای موجود ریشه‌کن نمی‌شوند. بنابراین هدف از درمان ضد رترو ویروسی رسیدن به بیشترین اندازه سرکوب ویروسی برای بیشترین زمان ممکن است تا فعالیت دستگاه ایمنی بازایی و تقویت شود.

بر پایه راهنماهای منتشر شده، درمان ضد رترو ویروسی در شرایطی سفارش می‌شود که بیمار نشانه دار باشد (از یک بیماری فرصت طلب تا ابتلای آشکار به HIV)، شمارش سلول CD4 کمتر از ۲۰۰ تا ۳۵۰ سلول در میلی متر مکعب داشته باشد یا باردار باشد (جدول ۱۶). مزیت بالینی درمان در کارآزمایی بالینی برای کسانی نشان داده شده است که کمتر از ۲۰۰ سلول CD4 در میلی متر مکعب دارند ولی بسیاری از درمانگران، درمان را در حد ۳۵۰ سلول در میلی متر مکعب پیشنهاد می‌کنند. درمان ضد رترو ویروسی را می‌توان در نظر گرفت اگر شمارش سلولی بیماران بالای ۳۵۰ باشد و بار ویروسی بالای ۵۵۰۰۰ نسخه در میلی لیتر، سندروم تغییر سرمی HIV یا ابتلای تازه (کمتر از ۶ ماه) به HIV مطرح باشد. پیش از آغاز درمان ضد رترو ویروسی، عواملی که ممکن است تاثیر منفی در تعهد به مصرف دارو داشته باشند بررسی شوند. عدم مصرف به موقع دوزهای دارویی به طور مرتب رژیم دارویی را بی‌تاثیر کرده و باعث ایجاد مقاومت دارویی می‌شود. تمام تلاش باید به کار گرفته شود تا مسایلی مانند مصرف مواد مخدر و الکل و مشکلات روانی بارز که می‌توانند در تعهد به مصرف مرتب دارو اختلال ایجاد کنند به درستی مورد توجه قرار گیرند.

در حال حاضر ۲۰ داروی ضد رترو ویروسی تایید شده به صورت‌های مختلف ترکیبی برای درمان عفونت HIV به کار می‌روند (جدول ۱۷). چهار گروه دارویی عبارتند از: مهارکننده‌های نوکلئوتیدی و نوکلئوزیدی ترانس کریپتاز معکوس (NRTIs and NtRTIs)، مهارکننده‌های غیرنوکلئوتیدی ترانس کریپتاز معکوس (NNRTIs) مهارکننده‌های پروتياز (PIs)، و مهارکننده‌های ورود (EIs). رژیم استاندارد آغازین شامل دو دارو از گروه NRTIs و یک دارو از NNRTI یا PI است.

جدول ۱-۷- رژیمهای دارویی ارجح و جایگزین برای درمان ضد رترو ویروسی بیمارانی که تاکنون درمان نشده‌اند.^۱

رژیمهای بر پایه NNRTI	
ارجح	EFV + 3TC + (ZDV or TDF or d4T) به جز در زنان باردار یا زنانی که احتمال دارد باردار شوند
جایگزین	EFV + 3TC + ddI به جز در زنان باردار یا زنانی که احتمال دارد باردار شوند. NVP + 2TC + (ZDV or d4T or ddI)
رژیمهای بر پایه PI	
ارجح	LPV/RTV + 3TC + (ZDV + d4T)
جایگزین	APV + RTV + 3TC + (ZDV OR d4T) IDV + 3TC + (ZDV OR d4T) IDV + RTV + 3TC + (ZDV OR d4T) NFV + 3TC + (ZDV OR d4T) SQN + RTV + 3TC + (ZDV OR d4T)

برگرفته از راهنمای وزارت بهداشت و خدمات انسانی آمریکا WWW.AIDSINFO.NIH.GOV

ریتاناویر اغلب به عنوان داروی کمکی در دوزهای پایین برای تقویت حداقل غلظت^۲ دیگر داروهای PIs به کار میرود که از طریق مهار متابولیسم آنها و نه به عنوان یک داروی ضد رترو ویروسی در دوز کامل عمل می‌کند. بطور کلی، رژیمهای حاوی سه داروی NRTI به دلیل کاهش تاثیر در مقایسه با روش‌های دیگر پیشنهاد نمی‌شوند (جدول ۱-۸).

جدول ۱-۸- داروهای ضد رترو ویروسی که برای درمان عفونت HIV به کار می‌روند

دارو	پیشنهاد دوز (≥ 60 KG)	عوارض
مهارکننده‌های نوکلئوتیدی و نوکلئوزیدی ترانس کریپتاز معکوس (NRTIs and NtRTIs)		
زیدو وودین (ZDV, AZT)	300 mg bid	تهوع، سردرد، سرکوب مغز استخوان ^۳
دیدانوزین (ddI)	400 mg qd	نوروپاتی محیطی، پانکراتیت
زال سیتابین (ddC)	0.75 mg tid	نوروپاتی محیطی، زخمهای دهانی
استاودین (d4T)	40 mg bid	نوروپاتی محیطی
لامی وودین (3TC)	150 mg bid	عوارض مهمی ندارد
ام تریسیتابین (FTC)	200 mg qd	سردرد
آباکاویر (ABC)	300 mg bid	راش، واکنش حساسیت شدید تب ^۴ ، اسهال، و یا تنگی نفس (اگر دارو قطع و دوباره مصرف می‌تواند کشنده باشد)
توفوویر (TDF) (نوکلئوتید)	300 mg qd	تهوع، اسهال

1 Treatment-naïve patients

2 Trough level

3 Bone marrow suppression

4 Hypersensitivity reaction of fever

دارو	پیشنهاد دوز (≥ 60 KG)	عوارض
مهارکننده‌های غیرنوکلئوتیدی ترانس کریپتاز معکوس (NNRTIs)		
نوبراپین	200 mg bid	راش، هیپاتیت
دلاویریدین	400 mg tid	راش
افاویرنز	600 mg qd	راش، رویاهای زنده ^۱ ، نشانه‌های عصبی-شناختی
مهارکننده‌های پروتياز (PIs)		
ساکي ناویر	1600 mg bid	اسهال، تهوع
ریتوناویر	600 mg bid (full dose); 100-200 mg bid (adjunctive dose)	تهوع، اسهال، بی حسی دور لب
ایندیناویر	800 mg tid	سنگ کلیه، تهوع، اسهال، هایپر بیلی روبینمی غیر مستقیم
نلفیناویر	1250 mg bid	اسهال، تهوع
آمپرناویر	1200 mg bid	راش، اسهال، تهوع
فوسام پرناویر	1400 mg qd + 200 mg ritonavir qd or 700 mg bid + 100 mg ritonavir bid	تهوع، استفراغ، اسهال
لوپاناویر/ریتوناویر	400 mg/100 mg bid	تهوع
آتاظاناویر	400 mg qd	اسهال، تهوع، استفراغ، هایپر بیلی روبینمی غیر مستقیم
مهارکننده‌های ورود (EIs)		
انفوویتید	90 mg sc bid	واکنش محل تزریق

تعهد مصرف دارو

تقریباً دو سوم بیمارانی که درمان ترکیبی ضد رترو ویروسی را آغاز کردند به سطح غیرقابل تشخیص بار ویروسی HIV رسیدند. تعهد بیمار به دارو درمانی کلید موفقیت است. از بیماران خواسته می‌شود که چندین دارو را در زمان‌های خاص و در شرایط رژیمی سرسختانه مصرف کنند. وقتی بیماران بیش از ۱۰ درصد دوزهای خود را از دست می‌دهند، احتمال رسیدن به حداکثر سرکوب ویروسی کاهش یافته و ریسک مقاومت ویروسی افزایش. عواملی که ممکن است تاثیر منفی در تعهد بیماران به مصرف بگذارند باید پیش از آغاز درمان ضد رترو ویروسی مورد توجه قرار بگیرند و در طول درمان بررسی شوند (جدول ۱۰۹).

جدول ۱۰۹- عوامل پیش‌آگهی منفی برای تعهد به مصرف دارو

دانش ناکافی نسبت به بیماری HIV
انکار، اضطراب یا افسردگی
مصرف الکل یا مواد مخدر
فقر اجتماعی
بیمه درمانی ناکافی
تعداد داروهای تجویزی یا قرصها در روز
بسامد دوزها
نیاز به دوزبندی سرسختانه
وجود عوارض جانبی یا مسمومیت‌های درازمدت
روابط ضعیف درمانگر-بیمار

برگرفته از جدول ۲۸ کتاب HIV، سری درمان، نوشته لیمن و ماکادون، کالج آمریکایی پزشکان، فیلادلفیا

جدول ۱۰۱۰ مثالی از یک رژیم درمانی نسبتاً پیچیده را نشان می‌دهد

جدول ۱۰۱۰- مثالی از یک رژیم درمانی نسبتاً پیچیده

دارو	ساعت ۷:۰۰ صبحانه	ساعت ۱۱:۰۰ (۱ ساعت پیش از نهار)	ساعت ۱۲:۰۰ نهار	ساعت ۱۹:۰۰ شام	ساعت ۲۳:۰۰ خواب
دپاندوزین (Videx EC TM) کپسول ۴۰۰ میلی گرمی ۱ ساعت پیش از غذا یا ۲ ساعت پس از غذا میل کنید. با داروهای دیگر میل نشود		۱ کپسول			
لامی‌وودین (Epivir [®]) قرص ۳۰۰ میلی گرمی روزی یک قرص میل کنید.	۱ قرص				
لوپیناویر / ریتوناویر (Kaletra TM) ۱۳۳ میلی گرم/۳۳ میلی گرم در هر کپسول کپسولها را هر ۱۲ ساعت همراه غذا میل کنید.	۴ کپسول		۴ کپسول		
افاوبرنز (Sustiva [®]) قرصهای ۶۰۰ میلی گرمی روزی یک قرص هنگام خواب میل کنید. با غذای چرب میل نشود.					۱ قرص
آنو واکون (Mepron [®]) ۷۵۰ میلی گرم/۵ میلی لیتر برای پروفیلاکسی PCP هر ۱۲ ساعت ۵ میلی لیتر میل کنید	۵ میلی لیتر			۵ میلی لیتر	
ازیترومایسین (Zithromycin [®]) قرص‌های ۶۰۰ میلی گرمی برای پروفیلاکسی MAC هفته‌ای یک بار روزهای یکشنبه دو قرص باهم میل کنید.				۲ قرص هر یکشنبه	

مقاومت

HIV ویروسی بسیار تغییرپذیر است و در شرایط فشار انتخابی درمان ضد رترو ویروسی، جهش‌هایی در ژنوم آن روی می‌دهد تا آسیب پذیری آن را نسبت به داروهای خاص کمتر کند. برخی از جهش‌ها باعث ایجاد مقاومت در دیگر داروهای همان گروه می‌شوند. در شرایطی که احتمال مقاومت به HIV می‌رود، درمانگر باید آزمایش تعیین ژنوتایپ یا فنوتایپ HIV را انجام دهد (جدول ۱۰۱).

آزمایش ژنوتایپ نقشه ژنتیکی سوش ویروسی غالب را مشخص می‌کند و آزمایش فنوتایپ مشخصات حساسیت دارویی را ارائه می‌دهد. هر دو آزمایش مشخص می‌کنند که ویروس به چه داروهایی مقاومت دارد. آزمایش ژنوتایپ، در دسترس‌تر و ارزان‌تر از آزمایش فنوتایپ است ولی به صورت غیر مستقیم آسیب پذیری را نشان می‌دهد. هر دو آزمایش تنها سوش ویروسی غالبی را که جداسازی شده است آزمایش می‌کنند و ممکن است مقاومت "نیمه سوشها" را نشان ندهند.

تغییر رژیم

در شرایطی که دارو بی‌تاثیر است یا مسمومیت ایجاد کرده است، درمانگر باید رژیم ضد رترو ویروسی را تغییر دهد. معیارهای ویژه برای تغییر درمان به علت شکست دارویی عبارتند از:

- کمتر از ۰/۵ تا ۰/۷۵ لگاریتم کاهش در بار ویروسی طی چهار هفته پس از آغاز درمان یا کمتر از یک لگاریتم کاهش در هفته هشتم.
- نرسیدن به سرکوب کامل بار ویروسی ۴ تا ۶ ماه پس از آغاز درمان
- بار ویروسی قابل تشخیص پس از سرکوب کامل یا افزایش سه برابری بار ویروسی پس از رسیدن به نقطه پایینی
- کاهش تعداد سلول CD4 یا افت وضعیت بالینی بدون توجه به بار ویروسی

عوارض مرتبط با یک دارو با جایگزینی آن با یک داروی مشابه برطرف می‌شود. ولی در بیماری که درمان شکست خورده است، بهتر است هر سه دارو تغییر کنند. در برخی موارد، به ویژه در بیمارانی که عوارض دارویی زیادی متحمل شده‌اند و یا در معرض داروهای ضد رترو ویروسی زیادی بوده‌اند، ادامه یک رژیم نسبتاً موفق بهتر از توقف درمان ضد رترو ویروسی است.

جدول ۱.۱۱- پیشنهاد استفاده از روش‌های مقاومت دارویی

کاربرد روش	توضیحات
پیشنهاد شده	
شکست ویروسی در طی درمان ضد رترو ویروسی ترکیبی	نقش مقاومت
سرکوب نزدیک به بهینه ^۱ بار ویروسی پس از آغاز درمان ضد رترو ویروسی	تعداد داروهای فعال را در رژیم جدید افزایش دهید.
عفونت حاد HIV (اگر قرار است درمان آغاز شود)	تعیین کنید آیا ویروس مقاوم به دارو منتقل شده است؛ بر این پایه رژیم را تغییر دهید.
در نظر بگیرید	
عفونت مزمن به HIV پیش از آغاز درمان	روش‌های تشخیصی نمی‌توانند سوش‌های مقاوم جزیی را تشخیص دهند؛ اگر احتمال زیادی برای انتقال ویروس‌های مقاوم به دارو وجود دارد، در نظر بگیرید [اگر احتمال انتقال ویروس‌های مقاوم به دارو وجود دارد، روش‌های تشخیصی را استفاده کنید].
معمولاً پیشنهاد نمی‌شود	
پس از توقف استفاده از داروها	جهش‌های مقاومتی ممکن است در صورت عدم استفاده از فشار داروهای انتخابی به سوش‌های مینور تبدیل شوند.
بار ویروسی پلاسما کمتر از ۱۰۰۰ نسخه در میلی لیتر	سوش‌های تشخیص مقاومت اگر بار ویروسی کم باشد قابل اعتماد نیستند.

برگرفته از راهنمای وزارت بهداشت و خدمات انسانی آمریکا WWW.AIDSINFO.NIH.GOV

مسمومیت‌های درازمدت

علاوه بر مسمومیت‌های ویژه یک دارو، برخی بیماران با درمان ترکیبی ضد رترو ویروسی به ویژه رژیم‌هایی که حاوی d4T و یا PIs هستند دچار سندروم لیپودیستروپی می‌شوند. این سندروم باعث تغییر شکل بدن (تجمع چربی در شکم، پستان و گردن و کاهش چربی در صورت و اندام)، عوارض متابولیک (هایپرلیپیدمی، عدم تحمل گلوکز یا دیابت شیرین) یا هر دو می‌شود (شکل‌های ۱.۳، ۱.۴ و ۱.۵). اپیدمیولوژی و پاتوژنز این سندروم هنوز کاملاً شناخته نشده است و مدیریت بهینه آن نیز ناشناخته است.

شکل ۱-۳- سندروم لیپودستروفی: لاغر شدن صورت. چاپ مجدد با اجازه از کتاب تصاویر بالینی در پزشکی نوشته کار و کوپر، لیپودستروفی مرتبط با مهارکننده پروتياز در HIV. مجله نیو انگلند ژورنال آو مدیسین. ۱۹۹۸، ۳۳۹:۱۲۹۶

شکل ۱-۴- سندروم لیپودستروفی: گوژ بوفالو^۱. چاپ مجدد با اجازه از کتاب تصاویر بالینی در پزشکی نوشته کار و کوپر، لیپودستروفی مرتبط با مهارکننده پروتياز در HIV. مجله نیو انگلند ژورنال آو مدیسین. ۱۹۹۸، ۳۳۹:۱۲۹۶

شکل ۱-۵- سندروم لیپودستروفی: تجمع چربی در شکم و کاهش چربی در اندام. چاپ مجدد با اجازه از کتاب تصاویر بالینی در پزشکی نوشته کار و کوپر، لیپودستروفی مرتبط با مهارکننده پروتياز در HIV. مجله نیو انگلند ژورنال آو مدیسین. ۱۹۹۸، ۳۳۹:۱۲۹۶



Figure 1.3. Lipodystrophy syndrome: facial wasting. Reprinted with permission from Carr A, Cooper DA: "Images in clinical medicine; lipodystrophy associated with an HIV-protease inhibitor." *New England Journal of Medicine* 339: 1296,1998.



Figure 1.4. Lipodystrophy syndrome: "Buffalo Hump." Reprinted with permission from Carr A, Cooper DA: "Images in clinical medicine; lipodystrophy associated with an HIV-protease inhibitor." *New England Journal of Medicine* 339: 1296,1998.



Figure 1.5. Lipodystrophy syndrome: fat deposition in abdomen and fat loss in extremities. Reprinted with permission from Carr A, Cooper DA: "Images in clinical medicine; lipodystrophy associated with an HIV-protease inhibitor." *New England Journal of Medicine* 339: 1296,1998.

لاکتیک اسیدوز با تظاهرات بالینی متنوع (نوروپاتی محیطی، پانکراتیت، میوپاتی، استیاتوز همراه با نارسایی کبدی) در بیمارانی که رژیم درمانی برپایه NRTI استفاده می‌کنند مشاهده شده است. غربالگری مرتب در افراد بی‌نشانه توصیه نمی‌شود. ولی در بیمارانی که رژیم درمانی برپایه NRTI استفاده می‌کنند و علائم عمومی یا گوارشی با علت ناشناخته دارند، درمانگر باید اندازه‌گیری سطح لاکتات خون وریدی را در نظر بگیرد. اوستیوپنی یا اوستیوپوروز زودرس و نکروز آواسکولار سر استخوان ران نیز در بیماران مبتلا به عفونت HIV که درمان درازمدت ضد رترو ویروسی دریافت کرده‌اند گزارش شده است.

روش‌های درمانی جدید

بهترین زمان برای آغاز درمان ضد رترو ویروسی و مقایسه رژیم‌های مختلف در حال بررسی است، از جمله:

- ساده‌سازی رژیم اولیه HAART برای کاهش بار قرص‌ها و کاهش تعداد عوارض جانبی دراز مدت.
- نقش نظارت بر درمان دارویی (اندازه‌گیری میزان آنها در پلاسما)
- استراتژی انتخاب دومین و سومین ترکیب درمانی در بیمارانی که ویروس‌های مقاوم به درمان دارند.

انتقال مقاومت در سه گروه داروهای ضد رترو ویروسی گزینه‌های درمانی محدودی را برای بیمارانی که قبلاً به شدت درمان شده‌اند باقی می‌گذارد. تعدادی داروی جدید در این گروهها تحت بررسی هستند، ولی هنوز نمی‌دانیم اینها مقاومت کمتر یا بیشتری دارند. درمان‌های جدید، بر پایه پاتوژنز بیماری HIV، در حال ایجاد هستند از جمله: مهارکننده‌های گیرنده‌های سیتوکین^۱، مهارکننده‌های اینتگراز^۲، ایمونوتراپی^۳، لنوفسیت‌های T سیتوتوکسیک بر علیه اجزای HIV^۴ و واکسن.

1 Cytokine-receptor inhibitors

2 Integrase inhibitors

3 Immunotherapy

4 Cytotoxic T lymphocytes directed against HIV components

پروفیلاکسی عفونت‌های فرصت طلب

اصول کاربرد

به دلیل اینکه موفقیت درمان ضد رترو ویروسی ترکیبی می‌تواند دستگاه ایمنی را بازسازی و تقویت کند، بروز عفونت‌های فرصت طلب کاهش یافته است. ولی به درمانگران سفارش می‌شود پروفیلاکسی ضد میکروبی را در بیماران مبتلا به HIV که شمارش سلولی CD4 آنها پایین تر از حد تعیین شده است تجویز کنند (برای داروهای پیشنهاد شده برای پروفیلاکسی ضد میکروبی و واکسیناسیون، جدول ۱۰۱۲ را ببینید). یک تفاوتی بین پروفیلاکسی اولیه (پیشگیری از بروز نخستین عفونت فرصت طلب) و پروفیلاکسی ثانویه (جلوگیری از عود عفونت فرصت طلب پس از درمان اولیه) وجود دارد. (جدول ۱۰۱۲)

جدول ۱۰۱۲- پروفیلاکسی اولیه در برابر عفونت‌های فرصت طلب

پاتوژن	اندیکاسیون	رژیم
پنوموسیستیس کارنه ای	تعداد CD4 > ۲۰۰ سلول در میلی متر مکعب	تریمتوپریم-سولفامتوکسازول یا داپسون یا آتو واکوون یا آتروسل پنتامیدین
توکسوپلاسموز گونه ای	تعداد CD4 > ۱۰۰ سلول در میلی متر مکعب و تست آنتی بادی IgG مثبت	تریمتوپریم-سولفامتوکسازول یا داپسون + پیریمتامین + لوکو ورین یا آتو واکوون
مایکوپلاکتروم اویوم پیچیده	تعداد CD5 > ۵۰ سلول در میلی متر مکعب	آزیترومایسین یا کلاریترومایسین یا ریفاپوتین
مایکوپلاکتروم توبرکولوز حساس به ایزونیاژید	PPD مثبت یا تماس با فرد مبتلا به سل فعال	INH + پیریدوکسین به مدت ۹ ماه
مایکوپلاکتروم توبرکولوز مقاوم به ایزونیاژید	PPD مثبت و احتمال تماس با فرد مبتلا به توبرکولوز مقاوم به ایزونیاژید	ریفامپین یا ریفاپوتین به مدت ۴ ماه
سل مقاوم به چند دارو (MDRTB)	PPD مثبت یا تماس با فرد مبتلا به سل مقاوم به چند دارو	با مسوولان بهداشت عمومی محلی مشورت کنید
ویروس واریسلا زوستر (VZV)	قرار گرفتن در معرض VZV اولیه یا شینگلز در بیمارانی که هیچ سابقه عفونت اولیه با VZV ندارند یا تست آنتی بادی منفی هستند	ایمونوگلوبولین واریسلا زوستر طی ۴۸ ساعت پس از تماس
استرپتوکوک پنومونی	همه بیماران با تعداد CD4 ≤ ۲۰۰ سلول در میلی متر مکعب	واکسن پنوموکوکال یک بار
ویروس هپاتیت B	همه بیمارانی که HBcAb منفی دارند	واکسن هپاتیت B در ماه ۱، ۲ و ۶
ویروس هپاتیت A	همه مردان هم جنس گرا که مبتلا به هپاتیت B یا C مزمن هستند	واکسن هپاتیت A در ماه ۱ و ۶
ویروس انفولانزا	همه بیماران	واکسن سه ظرفیتی غیرفعال شده یک بار در سال

قطع پروفیلاکسی

درمانگران می‌توانند در شرایط زیر پروفیلاکسی را قطع کنند:

پروفیلاکسی اولیه و ثانویه PCP و پروفیلاکسی اولیه توکسوپلاسموز در بیمارانی که شمارش سلول CD4 آنها دستکم ۳ ماه با استفاده از درمان ضد رترو ویروسی ترکیبی بالای ۲۰۰ عدد باقی بماند.

پروویلاکسی ثانویه توکسوپلاسموز اگر بیمار بدون نشانه است، دوره درمانی آغازین را تکمیل کرده است و تعداد سلول‌های CD4 دست کم ۶ ماه بالای ۲۰۰ عدد باقی بماند.

پروویلاکسی ثانویه برای عفونت MAC منتشر، عفونت CMV و کریپتوکوکوز اگر بیمار بدون نشانه است و شواهدی دال بر بیماری فعال وجود ندارد، دوره درمان را کامل کرده است و تعداد سلول CD4 به مدت ۶ ماه از ۱۰۰ عدد بیشتر است.

نتیجه گیری

با ورود همه‌گیری HIV به سومین دهه، پیشرفت‌های مهمی در درک همه‌گیری، ویروس‌شناسی، و ایمنی‌شناسی آن به دست آمده است و درمان‌های موثرتر ضد رترو ویروسی و روش‌هایی برای نظارت بر آنها ایجاد شده است. پیشگیری و درمان عفونت‌های فرصت طلب نیز بسیار پیشرفت کرده است. اگرچه درمان دارویی در بسیاری از کشورهای توسعه نیافته به سختی در دسترس است، گام‌هایی برای رفع این مساله برداشته شده است.

جلوگیری از عفونت HIV با تولید واکسن یا تشویق و تقویت به تغییر رفتارهایی که باعث کاهش ریسک می‌شود هنوز یک چالش بزرگ است.

منابع

1. Antman, K. and Chang, Y. Kaposi's sarcoma. *New England Journal of Medicine*, 342 (2000): 1027-38.
2. Bartlett, J. G., ed. *Hopkins HIV Report*. Bimonthly publication of Johns Hopkins University AIDS Service, Baltimore, MD.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents adults. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 41 (1993) (RR-17).
4. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for preventing opportunistic infections among HIV-infected persons. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51 (2002) (RR-8): 1-52. Available at <http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines>
5. Cotton, D. J., ed. *AIDS Clinical Care*. Monthly publication of the Massachusetts Medical Society, Waltham, MA
6. Greenspan, D. and Greenspan, J. S. Oral manifestations of HI V infection. *AIDS Clinical Care*, 9 (1997): 29-33

7. Hirsch, M. S., Brun-Vezinet, F. and D'Aquila, R. T. Antiretroviral drug resistance testing in adult *HN-1* infection: recommendations of an International AIDS Society - USA Panel. *Journal of the American Medical Association*, 283 (2000): 2417-26.
8. Kahn, J. O. and Walker, B. D. Acute human immunodeficiency virus type 1 infection. *New England Journal of Medicine*, 339 (1998): 33-9.
9. Libman, H. and Makadon, H. J., eds. *HIV, Therapy Series*. Philadelphia, PA: American College of Physicians, 2003.
10. Mellors, J. W., Munoz, A., Giorgi, J. V. *et al.* Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV -1 infection. *Annals of Internal Medicine*, 126 (1997): 946-54.
11. Moe, A. A. and Hardy, W. D. *Pneumocystis carinii* infection in the HIV-seropositive patient. *Infectious Disease Clinics of North America*, 8 (1994): 331-64.
12. Porras, B., Costner, M., Friedman-Kien, A. E. and Cockerell, C. J. Update on cutaneous manifestations of HIV infection. *Medical Clinics of North America*, 82 (1998): 1033-80.
13. Stenzel, M. S., Carpenter, C. C. The management of the clinical complications of antiretroviral therapy. *Infectious Disease Clinics of North America*, 14 (2000): 851-78.
14. United States Department of Health and Human Services. *2003 USPHS/IDSA Guidelines for the use of Antiretroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents*. Rockville, MD: *HN/AIDS* Treatment Information Service, 2003. Available at <http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines>
15. Yeni, P. G., Hammer, S. M., Carpenter, C. c., *et al.* Antiretroviral treatment for adult *HN* infection in 2002: updated recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. *Journal of the American Medical Association*, 288 (2002): 222-35
16. WEB SITES
17. Aegis <http://www.aegis.com>
18. AIDS Info: US Department of Health and Human Services <http://www.aidsinfo.nih.gov> The Body <http://www.thebody.com>
19. Centers for Disease Control and Prevention http://www.cdc.gov/nchstp/hiv_aids/pubs/facts.htm *HN* InSite <http://hivinsite.ucsf.edu>
20. JAMA HIV/AIDS Information Center <http://www.ama-assn.org/aids> The Johns Hopkins AIDS Service <http://www.hopkins-aids.edu>
21. National AIDS Education and Training Centers <http://www.ucsf.edu/warmline/aetc.html> National Library of Medicine <http://sis.nlm.nih.gov/aidswww.htm>

فصل دوم

اختلالات شناختی^۱ در مبتلایان HIV مثبت

جولی دی مگی^۲، شان رورک^۳، و مارک هالمنپ^۴

مقدمه

مشکلات شناختی در بیماری HIV شایع هستند. در طی دوره همه‌گیری HIV، پژوهشگران اطلاعات زیادی درباره مشکلات شناختی وابسته به بیماری HIV به دست آوردند. HIV پس از عفونت بی‌درنگ وارد دستگاه عصبی مرکزی می‌شود و تمایل زیادی به نواحی زیرعنکبوتیه مغز^۵ دارد. با پیشرفت بیماری، نوروکسین‌های التهاب‌زا^۶ ترشح می‌شوند که باعث ایجاد آسیب سلولی و ناکارایی سلولی می‌شوند. در نتیجه، بسیاری از مبتلایان به HIV مشکلات شناختی پیدا می‌کنند. با توجه به بیماری ناشی از اختلالات شناختی در مبتلایان به HIV، درمانگران موظف به بررسی دقیق تغییرات وضعیت روانی بیماران هستند. تشخیص باید بر اساس شرح حال کامل و معاینه دقیق روانشناسی، وضعیت روانی، معاینه عصبی و در صورت امکان، معاینه عصبی-روانی داده شود. ارزیابی با در نظر گرفتن وضعیت بالینی بیمار و نشانگرهای آزمایشگاهی ناکارایی دستگاه ایمنی و بار ویروسی انجام می‌شود.

1 Cognitive disorders

۲ استادیار روانپزشکی دانشگاه تورنتو، روانپزشک بخش خدمات سلامت روانی بیمارستان سنت مایکل، تورنتو، کانادا

۳ دانشیار روانپزشکی، دانشگاه تورنتو، مدیر بخش تحقیقات خدمات سلامت روانی، بیمارستان سنت مایکل، تورنتو، کانادا

۴ استادیار روانپزشکی، دانشگاه تورنتو، مدیر برنامه روانپزشکی ایدز، بیمارستان سنت مایکل، تورنتو، کانادا

5 Subarachnoid brain areas

6 Proinflammatory neurotoxins

عامل اختلالات شناختی ناشی از عفونت HIV چیست؟

مکانیسم پاتوفیزیولوژیک منجر به اختلال شناختی هنوز مشخص نیست ولی به نظر می‌رسد که مربوط به تکثیر HIV در مغز، فعال‌سازی سلول‌های میکروگلیال آلوده به HIV، آزادسازی نوروتوکسین التهاب‌زا (مانند سیتوکین‌ها، فاکتور نکروز تومور^۱) و اختلال در مکانیسم‌های ترمیم طبیعی میزبان است که در پایان به درجاتی از اختلال سلول‌های عصبی، آسیب به آنها و مرگ می‌شود. نواحی که بیش از همه آسیب می‌بینند نواحی زیرعنکبوتیه مغز و مدار فرونتو-استریاتال^۲ است. (پارکس و همکاران، ۱۹۹۰؛ کامینگ، ۱۹۹۰؛ وسلینگ و همکاران، ۱۹۹۴؛ تیور و همکاران، ۱۹۹۵؛ گرانت و آدامز، ۱۹۹۶؛ مشلس و همکاران، ۱۹۹۸؛ گایل آف، ۱۹۹۸)

به طور گسترده، شکایت‌های شناختی می‌تواند ناشی از کنش متقابل بین عوامل ویروس HIV و عوامل مربوط به میزبان باشد. عوامل مربوط به میزبان که می‌تواند در علایم و نشانه شناختی فرد تاثیر بگذارد عبارتند از:

- وضعیت عمومی فرد
 - آسیب پذیری بیولوژیک نسبت به اختلالات شناختی
 - تاثیر عصبی-روانی درمان دارویی HIV
 - اختلالات اولیه روانی^۳ همزمان
 - اختلالات مربوط به سوء مصرف مواد
 - تاثیرات روانی یک بیماری کشنده
- درک نحوه کنش متقابل همه این عوامل بسیار سخت است.

1 Tumor necrosis factor

2 Fronto-striatal circuitry

3 Premorbid primary psychiatric disorders

واژه... تخصصی که برای توصیف اختلالات عصبی-رفتاری در بیماری HIV به کار می‌روند کدامند؟

واژه‌های دیگر که در مقالات برای توصیف کمپلکس دمانس ناشی از HIV به کار می‌روند عبارتند از:

دمانس ناشی از HIV^۱

کمپلکس دمانس ایدز^۲

انسفالوپاتی HIV

انسفالوپاتی ایدز

انسفالیت تحت حاد

دمانس ایدز

واژه‌هایی که برای توصیف اختلالات حرکتی جزئی به کار می‌روند:

اختلال عصبی-شناختی خفیف وابسته به HIV^۳

اختلال عصبی-شناختی وابسته به HIV^۴

در سال ۱۹۹۱، کارگروه ایدز انجمن نورولوژی امریکا^۵ معیارهای توصیف دو اختلال عصبی-رفتاری که در عفونت HIV روی می‌دهد را منتشر کرد:

کمپلکس دمانس وابسته به HIV (HADC) و

اختلال شناختی حرکتی جزئی وابسته به HIV (MCMD).

روی هم رفته، این دو اختلال تحت عنوان کمپلکس شناختی-حرکتی وابسته به HIV شناخته می‌شوند (HACM). مهم‌ترین تفاوت بین این دو اختلال شدت آسیب عصبی-روانی و درجه اختلال در زندگی روزمره است.

- در HADC نقص عصبی متوسط تا شدید است و اختلال قابل توجهی در فعالیت‌های روزمره ایجاد می‌کند.
- در MCMD نقص عصبی-روانی خفیف است و تنها اختلالات خفیف در فعالیت‌ها ایجاد می‌کند.

1 HIV-associated dementia

2 AIDS dementia complex

3 HIV-associated mild neurocognitive disorder

4 HIV-associated neurocognitive disorder

5 American Academy of Neurology AIDS Task Force

شیوع HADC و MCMD چقدر است؟

با توجه به تفاوت در ابزار اندازه گیری و گستره معیارهای به کار رفته در تعریف این اختلالات، تعیین میزان شیوع آنها سخت است. بنا بر مطالعات انجام شده در دوره پیش از^۱ HAART نرخ اختلالات عصبی-شناختی در آزمایش‌های عینی^۲ عصبی-روانی در درجات مختلف بیماری افزایش یافته است. به عبارتی، نرخ اختلالات عصبی-شناختی برای کسانی که از نظر مرکز کنترل بیماری‌ها دارای بیماری پیشرفته بودند بیش از کسانی است که دارای بیماری غیر پیشرفته بودند. نرخ‌های گزارش شده از اختلال شناختی پیش از شروع HAART در بیماران بدون نشانه ۳۵ درصد، در بیماران با نشانه‌های خفیف ۴۴ درصد و در بیماران مبتلا به ایدز ۵۵ درصد است. (هیتون و گرانت، ۱۹۹۵؛ وایت و همکاران، ۱۹۹۵)

در دوره پیش از HAART نزدیک به ۱۵ تا ۱۹ درصد از کسانی که از نظر بالینی مبتلا به ایدز تشخیص داده شدند به HADC مبتلا شدند. (مک ارتور و همکاران، ۱۹۹۳) با شروع HAART این نرخ کاهش یافت. یک مطالعه جدید نشان داد که ۶ درصد از کسانی که مبتلا به ایدز هستند، تشخیص بر اساس ابتلا به HADC انجام شده است. (دور و همکاران، ۱۹۹۹) به نظر می‌آید MCMD در ۲۰ تا ۲۵ درصد کسانی که به HIV مبتلا هستند وجود دارد و پیش و پس از HAART تقریباً ثابت می‌ماند. (گران و مارتین، ۱۹۹۴؛ نونبرگ و همکاران، ۲۰۰۲)

ویژگی HADM چیستند؟

HADM با اختلال عملکرد شناختی تشخیص داده می‌شود به ویژه در زمینه دقت، سرعت پردازش، یادگیری جدید و کارهای اجرایی^۳. این الگو مانند دمانس دیگر زیر عنکبوتیه هستند مثل آنهایی که از بیماری هانتینگتون یا پارکینسون ناشی می‌شوند. اختلالات بخش‌های بالاتر قشر مغز مانند آفازی^۴ و آگنوزی^۵ معمولاً ایجاد نمی‌شوند مگر در مراحل پایانی بیماری. اختلال در عملکرد حرکتی نیز ممکن است به صورت سختی در نوشتن، اشکال در مهارت‌های حرکتی^۶، ناپایداری در راه رفتن^۷، هایپرفلکسیا^۱، شل شدن حرکت، و نقص در کنترل حرکت روی دهد.

- 1 Pre-HART era
- 2 Objective tests
- 3 Executing functions
- 4 Aphasia
- 5 Agnosia
- 6 Clumsiness
- 7 Unsteadiness of gait

شکایت‌های ذهنی بیمارانی که دچار HADM شده‌اند عبارتند از:

"من در تمرکز مشکل دارم."

"وقتی کسی به من دستورالعملی را می‌گوید نمی‌توانم تمرکز کنم."

"با سرعتی که قبلا کار می‌کردم نمی‌توانم کار کنم."

برای تشخیص HADM لازم است که در یک بیمار تغییر قابل تایید در توانایی شناختی ایجاد شده باشد به نحوی که در ظرفیت انجام کار یا انجام فعالیت‌های روزانه دیگر مشکلاتی داشته باشد. نقص در عملکرد حرکتی یا خلقی یا رفتار نیز ممکن است روی دهد ولی بیشتر در HADM مشاهده می‌شود. تغییر باید حداقل برای یک ماه باقی بماند و به عوامل دیگری مانند عفونت‌های فرصت طلب مرتبط نباشد. برخی مبتلایان به HIV ممکن است در معاینات دچار اختلال عصبی-روانی باشند ولی در انجام کارهای روزانه مشکل آشکاری نداشته باشند. این بیماران به عنوان مبتلایان به HADM شناخته نمی‌شوند. در مراکز تحقیقاتی HIV، تحقیقاتی برای تعیین اینکه تابلوهای آتی‌پیک نشان دهنده عوارض زودرس HIV یا زیر-بالینی^۲ آن هستند یا خیر در حال انجام است.

افسردگی و اضطراب در مبتلایان به HIV شایع است. یکی از اجزای مهم ارزیابی روانشناسی برای تعیین این است که آیا شکایت‌های شناختی بیمار به علت اختلالات شناختی زمینه‌ای ثانویه به بیماری مغزی وابسته به HIV (HADM) یا ثانویه به افسردگی ماژور یا ترکیبی از هر دو فرآیند هستند.

مطالعه مورد: زنی با اختلالات شناختی جزئی

کلر یک زن ۳۷ ساله است که به عنوان حسابدار تمام وقت کار می‌کند. او بچه ندارد. مدت ۸ سال است که برای HIV سرم مثبت شده است. شمارش سلول‌های CD4 او ۲۲۵ سلول در میلی متر مکعب است و بار ویروسی HIV او ۴۰ هزار نسخه در میلی لیتر است. او نشانه‌های بالینی ندارد.

طی ۶ ماه گذشته، او گزارش می‌دهد که سر کارش دچار مشکل شده است و کم‌هوش‌تر شده است. او احساس می‌کند کارآمدی و تمرکز کمتری دارد. از حافظه و گستره توجه‌اش که به نظر کاهش یافته‌اند شکایت دارد. زودرنج و افسرده‌تر شده است. نگران کارآمدی شغلی خود است. درباره این وضعیت اضطراب دارد و خوب نمی‌خواهد. نگران است که دچار دمانس شود ولی دوستانش به او می‌گویند که فقط افسرده شده است.

ویژگی‌های اختلال حرکتی شناختی جزئی وابسته به HIV (MCMD) چیست؟

در MCMD اختلال شناختی خفیف و ظریف است، ولی ممکن است که بیماری شدیدی ایجاد کند. بیماران مبتلا به MCMD شکایت‌هایی چون فراموشی، کاهش تمرکز، مشکل در پیدا کردن لغت و ناکارآمدی شناختی دارند. اغلب اوقات از کاهش اعتماد به نفس در محل کار رنج می‌برند و ممکن است در مورد توانایی انجام کارهایشان تردید داشته باشند. MCMD نگرانی بیمارانی است که نمی‌دانند چرا مغز آنها درست کار نمی‌کند و نگرانند که این اختلال خفیف به وضعیت شدید دمانس پیشرفت پیدا کند. برخلاف HADC این سندرم خفیف شناختی حتی با وجود در دسترس بودن HAART شایع است. (جدول ۲.۱)

جدول ۲.۱- معیارهای اختلال حرکتی شناختی خفیف وابسته به HIV (MCMD)

معیار	تعریف
۱. ناهنجاری‌های شناختی / حرکتی / رفتاری باید دستکم دو تا از موارد زیر را داشته باشند (برای بیش از یک ماه): اختلال توجه و تمرکز کند ذهنی ^۱ اختلال حافظه کندی حرکتی عدم تعادل تغییر شخصیت، تحریک پذیری یا ناپایداری هیجانی ^۲	ناهنجاری‌ها هم توسط یک شرح حال موثق (در صورت امکان از یک فرد مطلع) و هم توسط معاینه عصبی یا تست‌های عصبی-روانی تایید می‌شوند.
۲. اختلال خفیف در کار یا فعالیت‌های روزانه	اختلالات باید به صورت عینی یا توسط گزارش از یک فرد مطلع تایید شوند.
۳. معیارهای دمانس HIV یا میلوپاتی HIV را شامل نمی‌شود.	
۴. هیچ اتیولوژی دیگری وجود ندارد. اتیولوژی‌های جایگزین عبارتند از عفونت فرصت طلب دستگاه عصبی مرکزی، یا بدخیمی، بیماری سیستمیک شدید، مصرف مواد مخدر یا الکل، ترک حاد یا مزمن مصرف مواد، اختلال سازگاری ^۳ یا دیگر اختلالات روانپزشکی	اتیولوژی‌های جایگزین با شرح حال مناسب، معاینه بالینی، آزمایش‌های بالینی و رادیولوژی (آزمایش مایع نخاعی و تصویربرداری اعصاب) رد می‌شوند.

برگرفته از American Academy of Neurology AIDS Task Force 1991

***نکته:** برای یک تشخیص محتمل بیمار باید هر چهار معیار را داشته باشد. تشخیص یک اختلال

خفیف حرکتی شناختی نیاز به وجود ۱ تا ۳ معیار است و یا یک اتیولوژی جایگزین وجود دارد و علت شماره ۱ مشخص نیست یا اتیولوژی معیار ۱ به علت ارزیابی ناقص نمیتواند تعیین شود.

- 1 Mental slowing
- 2 Emotional lability
- 3 Adjustment disorder

روند بیماری چگونه است؟

بیشتر بیماران مبتلا به MCMD نوسان‌هایی در علائم شناختی نشان می‌دهند ولی معمولاً در یک بازه دوساله پایدار به نظر می‌آیند. ممکن است وضعیت بیمار به طور پیشرونده بدتر نشود و فقط نشانه‌ها به طور موقت در طی بیماری سیستمیک رو به وخامت بگذارد. پیشرفت سریع احتمالاً با وضعیت سلامت کلی بیمار و کارایی دستگاه ایمنی ارتباط دارد. بیمارانی که ضعف دستگاه ایمنی دارند و به طور سیستمیک بیمار هستند در معرض خطر بیشتری برای پیشرفت سریع قرار دارند.

بنابر کنسرسیون دانا در مورد درمان دمانس HIV و اختلالات شناختی وابسته (۱۹۹۶)، هنوز مشخص نیست که MCMD و HADC دو عنوان جداگانه هستند یا یک عنوان پیوسته که تنها با شدت بیماری از هم افتراق داده می‌شوند. (ماردر و همکاران، ۱۹۹۸)

هر تغییر ناگهانی در وضعیت روانی (مانند وخامت سریع، یافته‌های عصبی منطقه‌ای جدید، صرع، روان پریشی یا شیدایی) بایستی برای عللی علاوه بر HACM بررسی شوند.

بیماری‌های وابسته به اختلالات عصبی-شناختی HIV کدامند؟

اختلالات عصبی-شناختی وابسته به HIV با کاهش بقا، کیفیت پایین زندگی، کاهش تبعیت مصرف دارو، افزایش بیکاری و حس شخصی کاهش توانمندی در شغل مرتبط هستند. (هیتن و همکاران، ۱۹۹۴، ۱۹۹۶؛ کاپلان و همکاران، ۱۹۹۵؛ آلبرت و همکاران، ۱۹۹۵، ۱۹۹۹؛ الیس و همکاران، ۱۹۹۷؛ ماردر و همکاران، ۱۹۹۸).

بیماران گستره بزرگی از واکنش‌ها را به آسیب‌های شناختی نشان می‌دهند و اثرات عملی این آسیب‌ها نیز به طور قابل توجهی فرق می‌کند. مداخلات روی محدود کردن پیشرفت بیولوژیک و افزایش عملکرد و سازگاری فرد تاکید دارند.

ارتباط بین مشکلات شناختی و افسردگی چیست؟

اغلب سخت است که HACM از اختلال افسردگی ماژور افتراق داده شود. اختلالات معمولاً با هم ایجاد می‌شوند. وجود بی‌علاقگی^۱، بی‌انگیزگی^۱، بی‌رمقی^۲، نقص شناختی همراه HACM غم^۳ بیشتر ناظر بر تشخیص HACM (یا عوارض بیماری پیشرفته سیستمیک HIV) تا یک حمله افسردگی ماژور هستند.

درمانگران پیش از اینکه نشانه‌های کمپلکس را به افسردگی مآزور مرتبط کنند باید اتیولوژی ارگانیک را در بیمارانی که بیماری پیشرفته HIV دارند رد کنند.

شکایت‌های شخصی-عصبی-شناختی اغلب با حالت افسردگی ارتباط دارد ولی لزوماً با کاهش عینی توانایی عصبی-شناختی مرتبط نیستند. (رارکی و همکاران، ۱۹۹۹) درحالی که تعداد زیادی از مبتلایان به HIV مشکلات شناختی دارند، این مساله لزوماً بازتابی از توانایی شناختی آنها نیست. یک روانپزشک باید به بیماران مشاوره بدهد تا زمانی که نشانه آنها بهبود می‌یابد. البته ممکن است شخصاً متوجه بهبود نشانه شناختی خود نیز بشوند. نشانه اضطراب که در زمینه مشکلات شناختی روی می‌دهند در بیماری HIV بررسی شده‌اند ولی درمانگران تصور می‌کنند که مشکلات شناختی و افسردگی ارتباط وجود داشته باشد. در مقابل، افرادی که مشکلات عملکردی مربوط به لب فروتنال-اجرائی^۴ دارند ممکن است گستره اختلال شناختی شان کمتر از اندازه واقعی تخمین زده شود چرا که مهارت‌های خود را نمی‌توانند ارزیابی کنند. (رودکر و همکاران، ۱۹۹۰)

بیماران افسرده مشکلات بیشتری با تبعیت از درمان HAART دارند (کتز و همکاران، ۲۰۰۰) که ممکن است باعث کاهش درمان پهنه HIV از جمله HADM شود (پاترسون و همکاران، ۲۰۰۰). روانپزشک می‌تواند نقش مهمی در تبعیت بیمار از رژیم HAART داشته باشد. همچنین می‌تواند با پزشک درمانگر بیمار HIV/AIDS ارتباط داشته باشد تا به جای اینکه ریسک ادامه درمان نامناسب به خاطر افسردگی را تحمل کنند به پزشک کمک کند تا درمان با تاخیر شروع شود یا یک مرخصی درمانی HAART به بیمار داده شود.

نحوه درمان بیماران دارای نشانه افسردگی و MCMD چگونه است؟

وقتی درمانگران هم نشانه شناختی و هم نشانه‌های افسردگی را در فردی تشخیص می‌دهند، لازم است که هم بیماری سیستمیک HIV و هم افسردگی به عنوان علت احتمالی شکایت‌ها بررسی و درمان شوند. اگر عوامل طبی سیستمیک (نشانه‌های فیزیکی، شمارش CD4، بار ویروسی) نشان دهند که بیماری HIV نیاز به درمان دارد، HAART باید با هدف سرکوب کردن کامل تکثیر ویروسی آغاز شود. به همین روی، اگر افسردگی مآزور تشخیص داده شود، درمان ضدافسردگی باید با هدف از بین بردن کامل نشانه‌های افسردگی آغاز شود.

1 Amotivation

2 Anergia

3 Qualitative subjective sense of sadness

4 Frontal-executive functioning

آزمایش‌های عصبی-روانی در صورت امکان می‌توانند نشانه‌های شناختی ناشی از افسردگی را از موارد ناشی از بیماری HIV افتراق دهند.

در برخی بیماران، MCMD با وجود زمینه افسردگی به راحتی تشخیص داده می‌شود. در این موارد، درمانگر باید هر دو مورد را درمان کند: یعنی بیمار باید HAART دریافت کند تا بیماری سیستمیک درمان یابد و ضد افسردگی و روان درمانی آغاز کند تا افسردگی درمان شود.

مطالعات نشان می‌دهد که افزودن HAART به برنامه درمانی مبتلایان به MCMD کارآمدی روانی-حرکتی را بهبود می‌بخشد. اثر بخشی آن برای دیگر عملکردها (توجه، حافظه کاری، توانایی یادگیری) کمتر مشخص است. (تازی و همکاران، ۱۹۹۹؛ سکتور و همکاران، ۱۹۹۹ و کوهن و همکاران، ۲۰۰۱)

یک روانپزشک نقش حیاتی در کمک به تشخیص وجود و علل نشانه‌های شناختی و افسردگی و راهنمایی به پزشک معالج در زمان آغاز درمان HAART دارد.

روانپزشک چه زمانی آزمایش‌های عصبی-روانی را باید در نظر بگیرد؟

آزمایش عصبی-روانی اطلاعات عینی در ارزیابی شکایت‌های شناختی به دست می‌دهد و به تشخیص زودهنگام و اختلالات عصبی کمتر آشکار کمک می‌کند. در صورت یکبار استفاده، تصویری مقطعی از توانایی اجرایی فرد متناسب با گروه کنترل که از نظر سن و تحصیلات هم‌تاسازی شده‌اند به دست می‌دهد. این کار نقص‌های اجرایی را مشخص می‌کند. وقتی که این آزمون به صورت طولی استفاده شود، فواید بیشتری دارد چرا که اطلاعات عینی از مقاطع زمانی مختلف به دست می‌آید که می‌تواند برای بررسی پیشرفت نقایص یا پاسخ به درمان به کار گرفته شود.

نمونه ارزیابی مقطعی عصبی-روانی عبارتند از:

یک بیمار نگران توانایی شناختی است و می‌خواهد تصمیم مهمی درباره شغل خود بگیرد، به طور مثال بازگشت به دانشگاه، تغییر شغل یا پست یا درخواست‌های شغلی، تصمیم به اعلام از کار افتادگی.

یک بیمار به دلیل عوامل سیستمیک یا ایمونولوژیک تمایلی به شروع HAART ندارد ولی اگر یافته عینی از افت شناخت به دست آید ممکن است بتوان او را به این کار تشویق کرد.

یک درمانگر می‌خواهد بین افسردگی و HADM افتراق دهد.

بیماری به نام کلر توسط یک روانپزشک بررسی شد و مشخص شد که افسرده نیست. اگر چه او همیشه حالت ناآرامی دارد، فقط وقتی که به مشکلات سر کارش فکر می‌کند احساس می‌کند که غمگین است. اشتها و انرژی او خوب است و حس خوبی نسبت به خود دارد و فکر می‌کند که نشانه‌هایش در حال بهبودی هستند. کلر با انجام آزمایش عصبی-روانی موافقت می‌کند و مشخص می‌شود که توجه، سرعت

حرکتی-روانی و حافظه کاری او مشکل دارد. او با روانپزشک و کاردرمانگر خود کار می‌کند تا استراتژی‌ها جبرانی را برای کمک به او در خانه و سر کار به کار گیرد. او تصمیم می‌گیرد که درمان ضد رترو ویروسی را نیز آغاز کند تا بیماری سیستمیک HIV او درمان شود و نشانه شناختی او بهبود یابد.

یک سال بعد، تکرار آزمایش‌های عصبی-روانی نشان می‌دهد که برخی ابعاد وضعیت شناختی کلر به ویژه کارآمدی روانی-حرکتی او بهبودی داشته است.

مطالعه یک مورد: کمپلکس دمانس وابسته به HIV

راوی یک مرد همجنس‌گرای ۵۰ ساله است که قایم مقام یک شرکت بزرگ است. طی دوره‌ای سه ماهه، کارفرمای او متوجه کاهش توان اجرایی او شده است. راوی دیگر نمی‌تواند مانند گذشته قرارها و دستور جلسه را به خاطر بسپارد. او تایید میکند که حافظه‌اش ضعیف‌تر از گذشته شده است. او می‌گوید که در ملاقات‌ها توانایی تمرکز ندارد و احساس می‌کند که دو گام کندتر از سرعت معمول فکری‌اش قدم بر می‌دارد. او در یادگیری یک برنامه رایانه‌ای جدید و یادآوری روند تازه‌ترین کتابی که دارد می‌خواند مشکل دارد.

راوی گزارش می‌دهد که اغلب خسته است، انرژی کمی دارد، و علاقه‌ای به کارش و دیگر فعالیت‌ها ندارد. او در سال گذشته ۳/۶ کیلوگرم وزن کم کرده است و در خوابیدن مشکل دارد. علاقه‌اش به گذران وقت با دوستانش کم شده است. هم خانهای^۱ او می‌گوید که در انجام کارهای خانه کمتر کمک می‌کند، حساس و مردد شده است. وقتی که هم خانهای‌اش او را تشویق می‌کند، راوی از شرکت در فعالیت‌ها لذت می‌برد ولی تمایلی به شرکت در خیلی از کارهایی که قبلاً از انجام آنها لذت می‌برده را ندارد. همه خانهای‌اش از اینکه کندتر و دست و پاچلفتی شده ناراضی است. راوی گزارش می‌دهد که بیش از آنکه غمگین باشد خسته است. او شبها الکل بیشتری مصرف می‌کند و داروهای غیرنسخه‌ای خواب هم مصرف می‌کند ولی بدون نتیجه است. هیچ ایده یا تصمیم خودکشی ندارد. در شرح حال خود و خانواده‌اش هیچ سابقه روانپزشکی وجود ندارد. دو سال پیش یک حمله پنومونی پنوموسیستیس کارنه‌ای (PCP) داشته ولی در حال حاضر از نظر عمومی خوب است و فقط یک کاندیدیاز دهانی خفیف دارد. درمان ضد رترو ویروسی‌اش شامل افلوپرنز^۲ ۶۰۰ میلی گرمی چهار بار در روز، زیدو وودین ۳۰۰ میلی گرم دو بار در روز و لامی وودین ۱۵۰ میلی گرم دو بار در روز است. شمارش سلول‌های CD4 او ۹۰ سلول در میلی متر مکعب است، حداقل شمارش سلول‌های CD4^۳ او ۲۵ سلول در میلی متر مکعب بوده و بار ویروسی او ۵۰ هزار نسخه در میلی لیتر است.

ویژگی‌های کمپلکس دمانس وابسته به HIV (HADC) چیست؟

HADC با کاهش پیشرونده فعالیت‌های شناختی همراه با تغییرات فعالیت‌های عاطفی^۴، رفتاری و حرکتی است که منتج به کاهش قابل توجه در ظرفیت فرد برای شرکت در فعالیت‌های روزانه می‌شود. از نظر رفتاری، بسیاری از بیماران مبتلا به HADC بی‌انگیزگی، بی‌رمقی، خستگی، گوشه‌گیری و تحریک‌پذیری را

1 Partner

2 Efavirenz

3 Nadir CD4 cell count

4 Affective

تجربه می‌کنند (جدول ۲.۲) به علاوه، شایع‌ترین اختلال عاطفی همراه HADM، افسردگی است. شیدایی، شیدایی خفیف^۱ یا سندروم بازداری زدایی^۲ کمتر از افسردگی شایع هستند ولی در مراحل پیشرفته بیماری HIV روی می‌دهند. از زمان معرفی HAART دمانس HIV کمتر دیده می‌شود. واژه به کار رفته برای این وضعیت در DSM-IV-TR، دمانس به علت بیماری HIV است. (انجمن روانپزشکی آمریکا ۲۰۰۰)

جدول ۲.۲- معیارهای کمپلکس دمانس وابسته به HIV (HADC)

تعریف	معیار
کاهش شناخت تایید شده در شرح حال و معاینه وضعیت روانی. در صورت امکان، شرح حال باید از یک فرد مطلع گرفته شود و معاینات با آزمایش‌های عصبی-روانی همراه شود. اختلال شناختی باید اختلال در کار یا فعالیت‌های روزانه ایجاد کند و با اختلالاتی همراه باشد که تنها به بیماری شدید سسیستمیک قابل ارتباط نباشد.	۱. ناهنجاری اکتسابی در دستکم دو تا از توانایی‌های شناختی زیر (برای بیش از یک ماه): توجه/ تمرکز سرعت پردازش تفکر انتزاعی ^۳ / استدلال توانایی‌های دیداری-فضایی حافظه/ یادگیری گفتار/ زبان
ناهنجاری تایید شده با معاینه فیزیکی، آزمایش‌های عصبی-روانی (مانند سرعت حرکت ظریف، مهارت استفاده از دست، مهارت‌های حرکتی ادراکی ^۴) یا هر دو تغییری که با یکی از موارد زیر مشخص شود: بی‌علاقگی، بی‌رمقی، تحرک پذیری، ناپایداری هیجانی، یا اختلال تازه در دآوری که با رفتار نامناسب اجتماعی یا بازداری زدایی	۲. وجود دستکم یکی از موارد زیر: الف) ناهنجاری اکتسابی در فعالیت یا اجرای حرکتی شامل: کندی حرکات سریع راه رفتن ناهنجار عدم تعادل اندام هایپرفلکسیا هایپرتونیا ضعف ب) کاهش انگیزه یا کنترل هیجان در رفتار اجتماعی
	۳. نبود تیرگی شعور ^۵ در طول یک دوره طولانی به نحوی که باعث ایجاد معیار ۱ بشود.
اتیولوژی‌های جایگزین با شرح حال، معاینه فیزیکی و روانپزشکی، و آزمایش‌ها و رادیولوژی مناسب	۴. حذف یکی دیگر از اتیولوژی‌ها. اتیولوژی‌های جایگزین احتمالی عبارتند از عفونت‌های فرصت طلب فعال دستگاه عصبی مرکزی یا بدخیمی، اختلالات روانشناسی (مانند اختلالات افسردگی)، سوء مصرف فعال مواد، یا ترک حاد یا مزمن مواد.

برگرفته از American Academy of Neurology AIDS Task Force 1991

- 1 Hypomania
- 2 Disinhibition syndrome
- 3 Abstraction
- 4 Perceptual motor skills
- 5 Clouding of consciousness

عوامل خطرزا برای HADC چیست؟

عوامل خطر زایی که با HADM ارتباط دارند عبارتند از:

- سن بالا
- تحصیلات پایین تر
- کم خونی
- آسیب‌های متعدد به سر
- نشانه‌های ارثی بیشتر پیش از شروع بالینی ایدز
- عدم دریافت HAART

شمارش سلول CD4 کمتر با نرخ‌های بالاتر اختلال شناختی همراه است (چنج و همکاران، ۱۹۹۹)، اما ارتباط بین بار ویروسی HIV در سرم و اختلال شناختی هنوز مبهم است (استا نکاف و همکاران، ۱۹۹۹؛ مک آرتور و همکاران، ۱۹۹۷). تاثیر سوء مصرف مواد به عنوان یک عامل خطرزا برای HADM نامشخص است، ولی مصرف مزمن مقادیر زیاد مواد باعث تغییرات شناختی می‌شود و این مساله باید به عنوان یک بیماری همراه در برخی از افراد در نظر گرفته شود.

چه عواملی در شرح حال برای تشخیص مهم هستند؟

مرحله بالینی بیماری، بار ویروسی HIV و شمارش سلول‌های CD4 نشانه‌هایی از شدت بیماری هستند و در تشخیص افتراقی نقش دارند. در مورد راوی، بیمار یک وضعیت بالینی مطابق با تعریف ایدز دارد، دستگاه ایمنی کاملاً تضعیف شده دارد و سرکوب تکثیر ویروسی نیز کافی نیست. عوامل تشخیصی دیگر در این بیمار عبارتند از:

- شکایت‌های شناختی، عاطفی و حرکتی در میان سرکوب شدید دستگاه ایمنی
- یک الگوی نقص شناختی که با کاهش پیشرونده در حافظه، توجه، یادگیری مسایل جدید و سرعت پردازش همخوانی دارد
- رفتار بی‌علاقه، بی‌انگیزه، گوشه‌گیرانه و گاهی تحریک پذیر
- فعالیت‌های حرکتی کند و گاهی بی‌دقت ولی بدون نشانه‌های عصبی منطقه‌ای
- کاهش در توانایی انجام کارهای روزانه.

با گرفتن شرح حال، مشخص می‌شود که تابلوی بیماری مشابه HADM است. چون این بیمار دچار سرکوب شدید دستگاه ایمنی است (تعداد سلول‌های CD4 کمتر از ۲۰۰ سلول در میلی متر مکعب، حداقل

شمارش لنفوسیت پایین)، دیگر علل اختلال شناختی باید در نظر گرفته شود از جمله عفونت‌های فرصت طلب ثانویه به ایدز که دستگاه عصبی مرکزی را درگیر می‌کنند.

تشخیص افتراقی چیست و پزشک چگونه می‌تواند آن را محدود کند؟

شرح حال در تشخیص اهمیت دارد (جدول ۲.۳). هیچ نکته یا آزمایشی به تنهایی نمی‌تواند به تشخیص HACM بیانجامد. در عوض، درمانگر باید اطلاعات معاینه عمومی، عصبی و روانی به همراه آزمایش‌های کمکی را بررسی کند.

جدول ۲.۳- تشخیص افتراقی اختلالات عصبی-روانی در بیماری HIV

عامل	شرایط
دستگاه عصبی مرکزی	عفونت‌های فرصت طلب دستگاه عصبی مرکزی که با بیماری پیشرفته HIV مرتبط هستند مانند توکسوپلاسموز، مننژیت کریپتوکوکوسی، لوکوانسفالوپاتی چندکانونی پیشرونده ^۱ (PML)، انسفالیت سایتومگالوویروس (CMV)، نوروسیفلیس و مننژیت سلی توده‌های مغزی همراه با بیماری پیشرفته HIV، مانند لنفوم مغزی اولیه ^۲ و سارکوم کاپوسی متاستاتیک دیگر اختلالات عصبی-روانی
مشکلات سیستمیک (عمومی)	اختلالات متابولیک (کم خونی، سوء تغذیه)، بیماری غدد داخلی (کم کاری تیروئید، کم کاری غدد جنسی) و کمبود ویتامین‌ها (کمبود ویتامین ب ۱۲). ممکن است نشانه‌هایی مشترک مانند خستگی، کاهش توجه و بی‌علاقگی داشته باشند. مشکلات عمومی که باعث هذیان‌گویی می‌شوند ممکن است به صورت تغییرات حاد وضعیت روانی ^۳ شوند.
اختلالات روانی	افسردگی ماژور ممکن است نشانه‌هایی مشابه به صورت بی‌علاقگی، خستگی و کاهش تمرکز داشته باشد. افسردگی ماژور ممکن است با HACM همراه شود.
اختلالات مربوط به مصرف مواد	مسمومیت دارویی، ترک و وابستگی یا مصرف مزمن ممکن است به صورت علائم و نشانه‌های شناختی که در HACM دیده می‌شود تظاهر کند.
عوارض دارویی	برخی داروها که در درمان HIV/AIDS به کار می‌روند نشانه‌های عصبی-روانی ایجاد می‌کنند. به مرور داروها رجوع کنید.

وقتی شمارش سلول‌های CD4 بیمار کمتر از ۲۰۰ سلول در میلی متر مکعب می‌شود، درمانگر باید احتمال عفونت‌های فرصت طلب ثانویه و توده را در نظر بگیرد. اینها به ندرت فقط با مشکل عصبی-شناختی

1 Progressive multifocal leukoencephalopathy

2 Primary cerebral lymphoma

3 Acute mental status change

تظاهر می‌کنند. بیشتر اوقات، همراه با یافته‌های عصبی موضعی و بیماری عمومی واضح هستند. در مورد راوی، دوره بیماری طی چند ماه ایجاد شد که با HAcM، بیماری غدد داخلی و متابولیسم، کمبود ویتامین، اختلال روانی یا اختلال سوء مصرف مواد بیشتر همخوانی دارد تا عفونت ثانویه.

- توکسوپلاسموز، لنفوما، سایتومگالو ویروس، لوکوانسفالوپاتی چندکانونی پیشرونده، مننژیت کریپتوکوکوسی، مننژیت سلی معمولاً در آغاز حاد هستند و به سرعت پیشرفت می‌کنند اگر چه می‌توانند کندتر پیشرفت کنند.
- توکسوپلاسموز، مننژیت کریپتوکوکوسی و سایتومگالو ویروس معمولاً همراه با علایمی از بیماری عمومی مانند سردرد، تب و کاهش سطح هوشیاری هستند.
- کریپتوکوکوس معمولاً با علایم و نشانه‌های مننژیت تظاهر می‌کند اگرچه در برخی موارد تنها نشانه آن سردرد است.
- انسفالیت سایتومگالو ویروس در کسانی که شمارش سلولی CD4 آنها بیش از ۱۰۰ است نادر است و در غیاب آلودگی دیگر اعضا (شبکیه و کولون) ناشایع است.
- علایم موضعی در معاینات عصبی بیشتر مواقع در توکسوپلاسموز، لنفوم و لوکوانسفالوپاتی چندکانونی پیشرونده دیده می‌شوند.

معاینه عصبی راوی رفلکس‌های سریع دوطرفه، علایم خفیف اکستراپیرامیدال، سستی عمومی روانی- حرکتی^۱ و اشکال در مهارت‌های حرکتی را بدون علایم موضعی نشان داد. معاینات روانی نشان می‌دهد که نبود سابقه شخصی و خانوادگی بیماری روانی و وجود الگوی مصرف مواد، شامل الکل و مخدرها، ممکن است روی عملکرد شناختی تاثیر بگذارد.

چه معاینات دیگری لازم است تا تشخیص داده شود؟

معاینات هماتولوژی و بیوشیمی، تصویربرداری از آناتومی مغز، آزمایش مایع نخاعی، و آزمایش‌های عصبی-روانی از یافته معاینات بالینی حمایت و دیگر علل مشکلات دستگاه عصبی مرکزی را رد می‌کنند. پزشک باید از تکنیک‌های تصویربرداری مغز استفاده کند تا دیگر علل اختلال دستگاه عصبی مرکزی شامل ضایعات فضاگیر ناشی از انسفالیت توکسوپلاسموزی، لنفوم، یا سکتة مغزی که ممکن است دوره بیماری HIV را پیچیده کنند شناسایی شوند. تصویربرداری از مغز باید برای بیمارانی انجام شود که

علائم عصبی موضعی دارند، سریعاً رو به وخامت می‌روند، باعث کاهش هوشیاری می‌شوند، یا تغییر جدیدی در وضعیت مغز می‌شوند مانند تشنج، شیدایی یا روان‌پریشی در دوره بیماری HIV. (در مورد راوی، که هیچ یافته موضعی وجود نداشت و تابلوی بالینی با HACM همخوانی داشت، تصویر برداری از مغز کمتر نیاز است.) روشهای تصویربرداری مغز در تشخیص تغییرات زودرس HACM قابل اعتماد نیستند و همچنین در تعیین درجه بالینی اختصاصی نیستند. MRI از حساسیت و ویژگی بالاتری نسبت به سی تی اسکن دارد. شایع ترین یافته در هر دو آتروفی مغزی و گشادی بطن‌ها همراه با الگوی از آتروفی همزمان مرکزی و قشری است. MRI ممکن است در نشان دادن ضایعات تکه تکه با وزن T2¹ در ماده سفید مغز و در تشخیص تغییرات آتروفی موضعی به ویژه در ساختارهای زیرقشری از سی تی اسکن حساس تر باشد.

سی تی اسکن راوی نبود آسیب موضعی مغز را تایید کرد و گشادی بطنها و آتروفی متوسط را نشان داد. پزشک باید آزمایش مایع نخاعی را ابتداً برای رد مشکلات مرکزی دیگر استفاده کرد. مشکلاتی که ممکن است منجر به تغییر وضعیت روانی شامل عفونت‌های فرصت طلب (سایتومگالو ویروس و کریپتوکوکوس)، توده‌ها و سیفلیس شوند. در HACM به تنهایی، آزمایش مایع مغزی نخاعی ممکن است نشان دهنده پلیوسایتوز^۲، افزایش سطح ایمونوگلوبولین جی، اولیگوکلونان باند و افزایش پروتیین باشد. همه اینها غیر اختصاصی هستند و به خوبی با شدت بیماری بالینی ارتباط ندارند. ابزار تشخیصی تحقیقاتی شامل اندازه گیری فعالسازی ایمنی مانند افزایش سطح میکروگلوبولین بتا^۲، اسیدکینولینیک در مایع مغزی نخاعی و اندازه گیری افزایش بار ویروسی مایع مغزی نخاعی با شدت بالینی کاهش شناخت ارتباط دارند ولی این موضوع هنوز در مرحله پژوهشی است.

با توجه به شرح حال راوی که حاکی از HACM بود، هیچ سابقه سیفلیس نداشت، آزمایش سرمی VDRL و پادتن‌های FTA منفی بودند، هیچ علامت عصبی موضعی نداشت و آنتی ژن سرمی کریپتوکوکوس منفی بود، پزشک احساس کرد که انجام آزمایش مایع مغزی نخاعی ارزش تشخیصی چندانی ندارد و به همین دلیل آن را انجام نداد.

نوار مغزی که ممکن است کندی خفیف و غیراختصاصی امواج را نشان دهد نقش کمی در تشخیص دارد مگر اینکه درمانگر به اختلالات تشنجی شک کند. تصویربرداری عملکرد عصبی با تشعشع تک فوتونی^۱ (SPECT)، پت اسکن^۲، یا اسپکتروسکوپی تشدید مغناطیسی^۳ نیز ابزار تشخیصی در مرحله پژوهشی هستند. آزمایش‌های طبی که می‌تواند مشکلاتی که باعث هذیان می‌شوند را تشخیص دهند عبارتند از: هموگلوبین، گلوکز، الکترولیت‌ها، تست‌های کبدی، کلسیم، آلومین، منیزیوم، ویتامین ب ۱۲، TSH، و تستوسترون آزاد. تصمیم به انجام این آزمایش‌ها بستگی به نتیجه معاینه فیزیکی دارد. آزمایش‌ها و شرح حال دقیق به رد کردن اختلالات مربوط به مصرف مواد کمک می‌کند. اگر درمانگر به مسمومیت مزمن یا حاد با مواد شک داشته باشد باید سطح داروهای روانگردان^۴ را شامل داروهای ضد تشنج، آرام بخشها، مخدرها، ضد افسردگی‌ها و الکل را بسنجد.

آیا نشانه‌های بیمار به دلیل افسردگی ماژور ایجاد می‌شود؟

همانگونه که پیش از این گفته شد، تشخیص HADM از افسردگی ماژور اغلب سخت است و ممکن است هر دو با هم وجود داشته باشند.

در مورد راوی، نبود سابقه شخصی و خانوادگی افسردگی و اصرار او بر اینکه احساس غمگینی ندارد نشان می‌دهد که نشانه‌ها توسط HADM ایجاد شده است. ولی نشانه‌های او حاکی از آن است که او مبتلا به افسردگی ماژور است: از دست دادن علاقه، اختلال خواب، کاهش انرژی، کاهش توجه، کاهش وزن و اشتها، و کندی روانی-حرکتی. بنابراین هر دو اختلال باید در تشخیص در نظر گرفته شوند، HADM و افسردگی ماژور.

آیا نشانه‌ها می‌توانند ناشی از موادی باشند که بیمار مصرف میکند؟

الکل، بنزودیازپین‌ها، داروهای خواب آور و مخدرها همگی می‌توانند تمرکز، توجه، کارایی یادگیری و سرعت پردازش را کاهش دهند و افت شناختی را تشدید کنند.

1 Functional neuroimaging with single photon emission computed tomography

2 Positron emission tomography (PET)

3 Magnetic resonance spectroscopy (MRS)

4 Psychoactive drugs

در مورد راوی، ممکن است که الکل و داروهای خواب آور روی عملکرد شناختی او تاثیر گذاشته باشند ولی با توجه به اینکه مشکلات او علیرغم مصرف ثابت مواد بیشتر می‌شود، احتمال این که مصرف مواد عامل ایجاد همه نشانه او باشند کم است. به نظر می‌آید که اختلال خواب او ناشی از HADC افسردگی مازور یا داروهای ضد رترو ویروسی (یعنی افابیرنز) باشد.

چه نوع ابزار غربالگری و ارزیابی وضعیت روانی باید استفاده شود؟

متخصص باید تست غربالگری که در مطب قابل اجرا هستند را برای هر بیمار انجام دهد تا وضعیت روانی بیمار مستند شود.

آزمون کوتاه وضعیت روانی فول استاین^۱، (MMSE) که عملکردهایی را اندازه گیری می‌کند که در مراحل پیشرفته HACM مختل می‌شوند، برای اندازه گیری اختلالات خفیف حساس نیست و بنابر این مناسب نیست. MMSE برای غربالگری دمانس قشری درست شد و برای فرآیندهای زیرقشری نسبتاً غیر حساس است.

روانپزشکان، آزمون غربالگری وضعیت روانی را برای تعیین وضعیت کلی عملکرد شناختی استفاده می‌کنند. غربالگری باید آزمایش‌هایی را در بر گیرد که توجه، حافظه کوتاه مدت، عملکرد اجرایی قشر فرونتال و سرعت انجام فعالیت‌های روانی-حرکتی را اندازه می‌گیرند. این آزمایش‌ها در تشخیص موارد خفیف اختلالات شناختی سودمند هستند. به طور معمول، غربالگری شامل موارد زیر است: آشنایی با افراد، مکان، زمان^۲، فراخنای اعداد^۳، یادآوری فوری چهار کلمه‌ای^۴، یادآوری پنج دقیقه‌ای^۵، سری هفتایی^۶، آزمون سری تکرار حرکت دست لوریا^۷ و آزمونهای ردیابی^۸ (الف و ب). آزمون ردیابی (الف و ب) یک ابزار عمومی برای غربالگری است که شامل عملکردهای زیر است: توجه، تمرکز، سرعت پردازش اطلاعات، تفکر انتزاعی، انعطاف پذیری شناختی^۹ و مهارتهای اجرایی. آزمون سری تکرار حرکت دست لوریا ابزاری برای غربالگری

1 Folstein Mini-Mental State Examination (MMSE)

2 Orientation to person, place, time

3 Digit span

4 Four-word immediate registration

5 Five-minute recall

6 Serial seven

7 Luria repetitive hand sequence maneuvers

8 Trail Making Tests

9 Cognitive flexibility

عملکرد لوب فرونتال است که در آن بیمار انجام سه مانور پشت سرهم را با دست یاد می‌گیرد و باید به ترتیب آن را تکرار کند. روانپزشک دقت و روانی تکرار این مانور را مشاهده می‌کند. این آزمونها توسط متخصصان اعصاب و روان و روان شناسان انجام میشود و باید توسط روانپزشکانی که در این زمینه کار کرده‌اند درباره استفاده درست آن نظر بدهند. روانپزشکان به دقت، سرعت و کیفیت انجام این کارها توجه می‌کنند. این ابزارهای برای غربالگری بالینی به کار می‌روند ولی به عنوان ابزار غربالگری شناختی برای HADM اعتبارسنجی نشده‌اند و به همین دلیل نمی‌توان نقطه برش مشخصی برای ارزیابی آنها تعیین کرد. ارزیابی عملکرد ناشی از نقصان شناختی بهتر است توسط یک کاردرمانگر که در زمینه ارزیابی فعالیت‌های روزانه تخصص دارد انجام شود.

معیار غربالگری اعتبارسنجی شده دمانس HIV (HDS)^۱ است که دامنه‌های حافظه، توجه، سرعت روانی-حرکتی، و ساخت را بررسی می‌کند و به عنوان یک معاینه غربالگری سریع ساخته شده است. بنا بر نظر پاور و همکاران (۱۹۹۵)، تحلیل اعتبار این آزمون با نمره بالاتر از ۱۰ برای تشخیص دمانس وابسته به HIV از حساسیت ۸۰ درصد، ویژگی ۹۱ درصد و ارزش پیش بینی کنندگی مثبت ۷۸ درصد برخوردار است. این مطالعه اعتبارسنجی پیش از به کارگیری HAART انجام شد. اعتبارسنجی انجام شده همراه با HAART حساسیت ۳۹ درصد و ویژگی ۸۵ درصد را به دست آورد (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۳) که خیلی امیدوارکننده نیست. اگرچه این معیار غربالگری بیشترین توجه را به خود جلب کرده است، کاربرد بالینی آن چندان مطمئن نیست.

چه سامانه درجه‌بندی بالینی دیگری برای تغییرات شناختی در HIV کاربرد دارد؟

سامانه درجه‌بندی بالینی مموریال اسلون-کترینگ^۲ برای کمپلکس دمانس ایدز را می‌توان برای توصیف کیفیت و شدت تغییرات شناختی در بیماری HIV به کار برد (پرایس و بروو،^۳ ۱۹۹۲). افرادی که با این آزمون آزمون نمره صفر می‌گیرند، مبتلا به HADM نیستند. کسانی که نمره نیم می‌گیرند بینابینی هستند و ممکن است MCMD داشته باشند یا خیر. نمره یک نشان دهنده تشخیص MCMD است و نمره ۲ تا ۴ معمولاً نشانه ابتلا به HADM. (جدول ۴-۲)

1 HIV Dementia Scale

2 Memorial Sloan-Kettering clinical staging system

3 Price and Brew

معاینه وضعیت روانی راوی نشان داد که او کاملاً هوشیار^۱ است. او ۴ کلمه از ۴ کلمه کلمه را بی درنگ حفظ می‌کند ولی پس از ۵ دقیقه تنها دو کلمه را به یاد می‌آورد. او فراخوانی عددی ۵ تایی به جلو و ۳ تایی به عقب را به یاد می‌آورد. او تنها یک اشتباه در سری هفتایی دارد ولی خیلی کند است. در آزمون سری تکرار حرکت دست لوریا هر دو دستش اجرای ضعیفی دارند و در انجام کارهای پیچیده مشکل دارد. با همسان سازی سنی و تحصیلاتی، او در صدک ۱۰ پایینی در آزمون ردیابی الف و در صدک ۵ پایینی در آزمون ردیابی ب قرار می‌گیرد. یعنی باز هم سرعت اجرای بسیار پایین که مشخص کننده کاهش نرمش شناختی است. این نمایه با HADC، درجه بالینی ۲ در مقیاس مموریال اسلون-کترینگ همخوانی دارد و خط زمینه را برای معاینات بعدی تعیین می‌کند.

جدول ۲.۴- سامانه مرحله بندی بالینی مموریال اسلون کترینگ برای کمپلکس دمانس ناش از ایدز

مرحله	شدت	ویژگی‌ها
۰	طبیعی	فعالیت ذهنی و حرکتی طبیعی
۰/۵	مبهم	نشانه‌های بسیار کم یا مبهم از اختلال عملکرد شناختی یا حرکتی مشابه اختلال شناختی- حرکتی ناشی از HIV، یا علائم خفیف (واکنش اسنات ^۲ ، حرکت کند اندام) ولی بدون اختلال عمل یا ظرفیت انجام کارهای روزانه. راه رفتن و قدرت طبیعی هستند.
۱	خفیف	شواهد غیر مبهم (نشانه‌ها، علائم، انجام آزمایش‌های عصبی-روانی) اختلال عملی هوشی یا حرکتی مشابه اختلال شناختی- حرکتی ناشی از HIV ولی قادر به انجام همه کارهای روزانه به جز آنهایی که نیاز به تلاش بیشتر دارند. بدون کمک می‌تواند راه برود.
۲	متوسط	نمی‌تواند کار کند یا کارهای روزانه‌ای که نیاز به تلاش بیشتر دارد انجام دهد ولی کارهای اولیه برای مراقبت از خود را می‌تواند انجام دهد. حرکت میکند ولی نیاز به یک تکیه گاه دارد.
۳	شدید	ناتوانی شدید ذهنی (عدم توانایی پیگیری اخبار و رویدادهای شخصی، عدم توانایی مکالمات پیچیده، کندی همه فعالیت‌ها) یا ناتوانی حرکتی (بدون کمک نمی‌تواند راه برود، به واکر یا حمایت شخصی نیاز دارد و معمولاً دست‌ها هم کند شده و بد کار می‌کنند)
۴	مرحله پایانی	تقریباً زندگی نباتی دارد. درک ذهنی و اجتماعی و خروجی‌ها در حد بسیار ابتدایی است. تقریباً به طور کامل ساکت است. بی حسی یا فلج کامل با بی اختیاری ادرار و مدفوع.

ADL = فعالیت‌های روزانه. برگرفته از Price and Brew, ۱۹۹۲

آیا درمان اختصاصی برای HACM وجود دارد؟

تصمیم به درمان باید توسط پزشک داخلی یا پزشک خانواده بیمار و هماهنگ با روانپزشک، متخصص اعصاب و در صورت امکان متخصص اعصاب و روان انجام شود. با توجه به اینکه HIV نخستین عامل پیشرفت HACM است، درمان ضد رتروویروسی خط مقدم درمان را تشکیل می‌دهد. فواید درمان ضد رتروویروسی شامل دو دسته اصلی زیر است:

- درمان بالقوه کاهش سطح شناخت (تعیین، برگرداندن و یا جلوگیری از پیشرفت نقص شناختی) هنگامی که نقایص تظاهر پیدا کردند
- استفاده در مداخله زودهنگام با ضد رترو ویروسها به عنوان ابزاری برای جلوگیری از بروز HACM.

مطالعات جدید کاربرد HAART در درمان HACM را تایید می‌کند. شایعترین ترکیب شامل دو یا بیشتر از مهارکننده‌های ریورس ترانس کریپتاز نوکلئوزیدی (NRTIs) همراه با دستکم یک مهارکننده پروتياز (PI) یا یک مهارکننده ریورس ترانس کریپتاز غیرنوکلئوزیدی (NNRTI) است. مطالعات متعددی در گروه‌های همسان بیمارانی که HAART دریافت می‌کنند نشان داده است که اجرای عصبی-روانی آنها بسیار بهبود یافته است. مطالعات طولی نیز نشان دهنده بهبود در اجرای عصبی-روانی پایه در بیمارانی که HAART دریافت می‌کنند است. (فراندو و همکاران، ۱۹۹۸؛ فیلیپی و همکاران، ۱۹۹۸؛ گالگانی و همکاران، ۱۹۹۸؛ لتندر و همکاران، ۱۹۹۸؛ مارتین و همکاران، ۱۹۹۸؛ آویکا و همکاران، ۱۹۹۹؛ ساکتور و همکاران، ۱۹۹۹)

از داروهای منفرد تنها دو داروی ضد رترو ویروسی در کارآزمایی بالینی تصادفی با گروه شاهد-دارونما^۱ مطالعه شده‌اند:

- زی‌دو وودین (AZT) به صورت یک دارویی در بهبود عملکرد عصبی-روانی در دوزهای بالا موثر شناخته شده است ولی بهبود بیش از ۱۲ ماه دوام نیاورد و دوز بالا موجب مسمومیت و استفاده از دوزهای بسیار بالاتر از دوز پیشنهادی شد. (اشمیت و همکاران، ۱۹۸۸؛ سیدتیس و همکاران، ۱۹۹۳)
- آباکاویر وقتی که به رژیم دارویی ضد رترو ویروسی بیماران اضافه شد در عملکرد عصبی-روانی تاثیری نداشت. (بروو و همکاران، ۱۹۹۸)

در دوره پیش از HAART زیدو وودین خط اول درمان برای متوقف کردن پیشرفت اختلالات عصبی-شناختی بود. در آن زمان توصیه می‌شد که درمان با AZT (۶۰۰ تا ۸۰۰ میلی گرم در روز) به عنوان درمان ترکیبی ضد رترو ویروسی بیمار آغاز شود یا اگر بیمار قبلاً این دارو را مصرف می‌کرده، دوز آن افزایش یابد. این استراتژی موجب افزایش چشمگیر مسمومیت و ایجاد مقاومت دارویی شد و تأثیر ضد ویروسی آن هم پایدار نبود. استراتژی‌های افزودن یک داروی ضد رترو ویروسی به رژیم درمانی ناموفق نباید برای درمان بیماری سیستمیک HIV یا HADM به کار رود. اصول موفقیت برای درمان HAART و HADM یکسان است.

پژوهشگران ابتدا تصور می‌کردند که داروی ضد رترو ویروسی باید به دستگاه عصبی مرکزی نفوذ کند تا اختلالات عصبی-شناختی ناشی از HIV درمان شود. اگرچه این فرضیه از نظر تئوری درست است ولی شواهد کافی برای تایید این نکته که داروهایی که به مغز نفوذ می‌کنند موثرتر از داروهای دیگر هستند وجود ندارد. درمانگران باید داروهایی را برگزینند که با بیشترین احتمال بار ویروسی عمومی را کاهش می‌دهند.

عوامل دیگری که در انتخاب ضد رترو ویروسها در نظر گرفته می‌شوند عبارتند از:

- نمایه مقاومت بیمار به ضد رترو ویروسها
- میزان تحمل دارو
- احتمال پیروی بیشتر از رژیم دارویی

ممکن است رابطه‌ای بین بار ویروسی مایع مغزی نخاعی و اختلال عصبی-روانی در فرد مبتلا به ایدز دیده شود ولی قدرت این رابطه مشخص نیست. (مک آرتور و همکاران، ۱۹۹۷؛ استانکوف و همکاران، ۱۹۹۹؛ الیس و همکاران، ۲۰۰۲) این مساله پژوهشگران را بر آن داشت که روی داروهایی مطالعه کنند که ممکن است آسیب عصبی را محدود کند، آشبار التهابی را به حداقل برساند یا موجب حفاظت عصبی شود. این داروها عبارتند از نیمودپین^۱، پپتید تی^۲، لکسیپافانت^۳، سلسزیلین^۴، ممانتین^۵، و دونیزیل^۶ ولی در حال حاضر هیچ یک برای درمان HADM توصیه نمی‌شوند.

1 Nimodipine
2 Peptide T
3 Lexipafant
4 Selegiline
5 Memantine
6 Donepezil

برای خستگی و بی‌علاقگی چه کار می‌توان کرد؟

خستگی، بی‌علاقگی، کمبود انرژی، بی‌انگیزگی، و بدخلقی^۱ نشانه‌های آزاردهنده هستند که تاثیر چشمگیری بر کیفیت زندگی فرد دارند. حتی در غیاب افسردگی مازور، مبتلایان به HACM و مراحل پایانی بیماری HIV ممکن است این نشانه‌ها را داشته باشند.

درمان با دوز پایین محرک‌های عصبی^۲ برای درمان این نشانه‌ها به کار می‌رود. متیل فنیدات یا دکسترو آمفتامین را می‌توان با دوز ۵ میلی‌گرم صبح‌ها شروع کرد و کم‌کم دوز آن را به صورت هر ۴۸ ساعت ۵ میلی‌گرم تا سقف ۶۰ میلی‌گرم در روز بالا برد. میانگین دوز مصرفی ۱۰ تا ۲۰ میلی‌گرم روزانه است و برخی بیماران با یک دوز تقویتی نزدیک ظهر می‌توانند اثرات مفید آن را تا بعد از ظهر نگه دارند. بعد از ساعت ۱۳:۰۰ نباید این داروها را میل کرد چرا که ممکن است با خواب شبانه تداخل پیدا کند. بیمار باید از خاصیت اعتیادآوری این داروها آگاه باشد و درمانگر باید با وسواس و دقت زیاد آنها را تجویز کند تا احتمال سوء مصرف یا مصرف نادرست را کاهش دهد. البته این نگرانی نباید باعث جلوی تجویز به جای دارو را توسط روانپزشک بگیرد. بیمارانی که در دوره ترک اعتیاد به مواد هستند ممکن است از ترس بازگشت حس مربوط به اعتیاد علاقه‌ای به استفاده از داروهای محرک نداشته باشند. درمانگران باید بدانند که متیل فنیدات در یک کارآزمایی بالینی تصادفی دوسرکور با کنترل دارونما برای درمان خستگی موثر تشخیص داده شده است (بریتبارت و همکاران، ۲۰۰۱). ولی خستگی در زمینه بیماری HIV و HACM از نظر FDA اندیکاسیون تجویز محرک‌های عصبی نیست.

بخش پایانی

راوی می‌خواهد HADC او به شدت کنترل شود. روانپزشک و راوی درباره اینکه مدیریت بهینه بیماری HIV سیستمیک با HAART نخستین گام در درمان HADC هم محسوب می‌شود بحث می‌کنند. پس از مشورت با متخصص HIV، راوی تصمیم می‌گیرد با ترکیب سه دارویی که قبلاً استفاده نکرده است (d4t, ddI, lopinavir) آغاز کند به این امید که تکثیر ویروسی کاملاً سرکوب شود. درمانگران او روش‌های بهینه پیروی از رژیم درمانی ضد رترو ویروسی را تاکید می‌کنند.

1 Dysphoria

2 Psychostimulants

ارزیابی پیگیرانه عصبی-روانی برای دوره‌های ۶ ماهه تنظیم می‌شود تا به تیم بالینی کمک کند شواهد عینی از پیشرفت عملکرد عصبی-روانی تهیه کنند تا در تصمیم‌گیری‌های درمانی به آنها کمک کند.

روانپزشک به راوی سفارش می‌کند که مصرف الکل را کم کند و داروهای خواب‌آور غیر بنزودیازپینی را جایگزین داروهای خواب‌آور غیرنسخه‌ای کند. راوی مشکل بی‌خوابی‌اش را مدیریت کرده بود. آنها درباره امتحان کردن دوز پایین ترادوزون (۵۰ میلی‌گرم هنگام خواب) به جای بنزودیازپین‌ها هم صحبت کردند. روانپزشک تصمیم می‌گیرد که پیش از آغاز درمان ضد افسردگی، نشانه‌های خلق راوی را برای مدتی زیر نظر بگیرد.

مطالعه یک مورد: دامانس همراه با عوارض رفتاری

کارلو مردی ۳۷ ساله و مبتلا به ایدز با بار ویروسی HIV ۱۱۰ هزار نسخه در میلی لیتر و شمارش سلول CD4 ۱۰ در میلی متر مکعب است. او چهار ماه پیش ارزیابی شد و وضعیت او مثل همیشه بود. در آن زمان، او از مشکلات حافظه‌ای و بی‌توجهی شکایت داشت. این مساله با کاهش ثابت ظرفیت شناختی و افزایش رفتارهای فضولی^۱، بحث و جدل^۲، تکانشی^۳ و عجیب و غریب^۴ همراه شد. از نظر عمومی، مشکلات ناشی از HIV مانند عفونت کاندیدیاز و کاهش وزن شدید نیز داشت.

در معاینه، هیچ آگاهی به نامناسب بودن رفتارش نداشت و تفسیرش از موقعیتی که داشت کاملا واقعی می‌نمود. او می‌گفت که درمان ضد رترو ویروسی‌اش را به دلیل اینکه احساس می‌کرد بیماری HIV اش درمان شده است ۶ ماه پیش متوقف کرده است. او از نظر احساسی شکننده است و گاهی دعوا می‌کند ولی وجود احساس سرخوشی و خودبزرگ بینی را انکار می‌کند.

او در همه زمینه‌ها آگاه است و در آزمون MMSE فول استاین نمره ۲۵/۳۰ گرفته است. در انجام آزمون سری هفتایی و انجام کارهای سریالی مشکل دارد. او مانور لوریا را

- 1 Intrusive
- 2 Argumentative
- 3 Impulsive
- 4 Bizarre

نمی‌تواند انجام دهد و در کشیدن ساعت خیلی بی‌دقت و منتحجر^۱ است و از انجام کارهای پیچیده‌ای که نیاز به برنامه ریزی، سازمان دهی و توالی دارد عاجز است. او سابقه شخصی یا خانوادگی از بیماری‌های روانی ندارد. او مصرف الکل، مواد یا داروهای جدید را انکار می‌کند. هیچ یافته بیماری عصبی موضعی به جز اختلالات شناختی، رفتاری و شخصیتی ندارد که نشان دهنده سندرم لوب فرونتال باشد. ارزیابی کاردرمانی ناتوانی او را در انجام کارهای اولیه مراقبت از خود که برای زندگی مستقل لازم است را تایید می‌کند و بازدید از خانه‌اش مشخص می‌کند که آپارتمان او امن نیست.

در MRI یک ضایعه با وزن T2 در ماده سفید مغز در ناحیه فرونتال، اتروفی پراکنده قشری و مرکزی و گشادی بطنها دیده شد. دو نوار مغزی پس از محرومیت از خواب فعالیت امواج کند پراکنده^۲ را بدون هیچ تخلیه کانونی^۳ نشان دادند.

به نظر می‌رسد کارلو یک بیماری روانی ارگانیک ثانویه به بیماری HIV دارد.

بیماری‌های فرصت طلب که پیش از این توضیح داده شدند رد شده اند.

کارلو به دلیل ناتوانی در درک اینکه به بیماری HIV مبتلاست ظرفیت تصمیم‌گیری برای درمان را ندارد و نیاز به درمان مداوم دارد. به دلیل رفتارش، ممکن است با عدم مراقبت صحیح هر لحظه به خودش آسیب برساند. او بدون میل شخصی و بر اساس قوانین محلی در یک بخش روانپزشکی بستری شد.

تاثیر HADC بر رفتار چیست؟

HADC ممکن است نشانه عاطفی و رفتاری داشته باشد که نیاز به مراقبت روانپزشکی دارد. بی‌علاقگی و بی‌انگیزگی شایع‌ترین مشکلات عاطفی HADC هستند، ولی HADC ممکن است با سندرم‌های بازدارندگی رفتاری مانند هایپومانیا و اختلال لوب فرونتال پیچیده شود و در نهایت منجر به رفتارهای تکانشی، بازدارندگی، ناپایداری خلق و داوری ضعیف شود.

نشانه رفتاری ناشی از HADC چگونه درمان می‌شود؟

نخستین گام در مدیریت نشانه‌های رفتاری ناشی از HADC درمان HADC زمینه‌ای با HAART همزمان با مداخلات روانپزشکی برای متعادل کردن نشانه‌های عاطفی و رفتاری است.

1 Concrete

2 Diffuse slow-wave activity

3 Focal discharge

بی‌علاقگی و بی‌انگیزگی با دوز پایین محرک عصبی به روشی مشابه آنچه که پیش از این پیشنهاد شد قابل درمان است. به هر حال، درمانگران باید افسردگی را جزء تشخیص افتراقی در نظر بگیرند چرا که محرک‌های عصبی به تنهایی در درمان افسردگی ماژور موثر نیستند.

اطلاعات منتشر شده درباره درمان نشانه نقص اجرایی لوب فرونتال و نشانه شیدایی در HIV محدود هستند. درمان برپایه همین اطلاعات محدود و تجربه بالینی که از جمعیت‌های مشابه به آن افزوده می‌شود باشد. (برای اطلاعات بیشتر درباره درمان سندروم شیدایی به بخش چهارم، اختلالات خلقی مراجعه کنید). استراتژی‌های به کار رفته در مدیریت لوب فرونتال و نشانه‌های نقص اجرایی شامل داروهای متعادل کننده خلق و ضد روان پریشی است.

- دیوال پروکس سدیم^۱ به دلیل اینکه توسط مبتلایان به HIV به خوبی تحمل می‌شود اغلب به عنوان ثابت کننده خلق انتخاب می‌شود. با توجه به اینکه اطلاعات آزمایشگاهی جدید نشان می‌دهد این دارو باعث افزایش تکثیر HIV می‌شود این دارو باید با احتیاط به کار رود (سایمون^۲ و همکاران، ۱۹۹۴؛ موگ^۳ و همکاران، ۱۹۹۶؛ ویتو رو^۴ و همکاران، ۱۹۹۷). اطلاعات گذشته نگر بالینی نشان می‌دهد که در حضور درمان ضد رترو ویروسی کافی، بار ویروسی HIV با مصرف دیوال پروکس سدیم افزایش نمی‌یابد. البته اندازه نمونه در این پژوهش‌ها کم بوده و بنابراین بررسی بار ویروسی HIV برای احتیاط لازم توصیه می‌شود. (مگی و هالمن^۵، ۲۰۰۱) دوز درمانی با ۲۵۰ میلی گرم دو بار در روز آغاز می‌شود و متناسب با نشانه‌ها تغییر می‌کند.
- اولانزاپین و ریسپیردون در دوزهای کم برای کنترل رفتار تکانشی، پریشانی^۶، بازدارندگی و ناپایداری خلق ناشی از مراحل پیشرفته HACM به کار می‌روند. دوزهای معمول شامل ۲/۵ تا ۵ میلی گرم روزانه برای اولانزاپین و ۰/۵ تا ۱ میلی‌گرم دو بار در روز برای ریسپیردون است.

نکته مهم این است که بیماران مبتلا به HADC نسبت به عوارض تعدادی از داروها آسیب پذیر هستند، از جمله داروهای ضد روان پریشی که گیرنده‌های دوپامین (D2) را بلوک می‌کنند. همانگونه که هریسو و

1 Divalproex sodium

2 Simon

3 Moog

4 Witvrouw

5 Maggie and Halman

6 Agitation

همکاران (۱۹۹۱) اشاره کردند، روانپزشکان باید دوزهای پایین‌تر این داروها را برای درمان هذیان و اختلالات رفتاری در بیماران مبتلا به HIV بکار ببرند. (در مقایسه با دوزهایی که برای بیماران عادی به کار می‌رود).

آیا مداخلات غیردارویی هم وجود دارد که باید برای مدیریت HADC در نظر گرفت؟

روانپزشک نقش مهمی در کمک به هماهنگی حمایت‌های روانی-اجتماعی برای بیماران دارد. آموزش مسایل روانی به بیماران و خانواده شان کمک می‌کند تا طبیعت HADC و راهکارهای مدیریت آن را بیاموزند.

در مراحل اولیه HADC، افراد می‌توانند با نقایص شناختی سازگار شده و به عملکرد نسبتاً طبیعی خود ادامه دهند. آنها می‌توانند از راهکارهای سازگاری برای تقویت دیگر توانایی‌های شناختی باقیمانده استفاده کنند و محدودیت خود را جبران کنند. بیماران تشویق می‌شوند:

- قرار ملاقات‌های خود را در جایی ثبت کنند
- سرعت خود را کم کنند و هر بار تنها یک کار انجام دهند
- ذهن خود را فعال نگه دارند (مثلاً بازی‌های فکری، ویدیویی، جدول، پازل انجام دهند و مطمئن شوند که بازی‌ها با وجود چالشی بودن، خسته کننده نباشند)
- مقدار زیادی استراحت کنند
- قرارهای خود را طوری تنظیم کنند که کمتر خسته شوند
- توانایی خود را در تمرکز و توجه از طریق حل مساله با صدای بلند تقویت کنند
- از موقعیت‌ها و محیط‌های تنش‌زا مانند بازارهای بزرگ دوری کنند
- از روش‌های کاهش تنش و آرامش عضلانی^۱ استفاده کنند
- از انجام کارهایی که در گذشته به راحتی انجام می‌دادند ولی اکنون برایشان سخت است دوری کنند (مثلاً تراز کردن حساب بانکی)
- مرتب نرمش کنند
- تا زمانی که می‌توانند از یک جعبه تنظیم مصرف قرص برای مدیریت داروهای خود استفاده کنند و از کسی که بتواند در مصرف دارو کمک کند یاری بگیرند (مثلاً یک پرستار خانگی^۱، دوست، پرستار رسمی، کاردرمانگر)

با پیشرفت HADC مشکلات شناختی هم بارزتر می‌شوند و بیمار مشکلات بیشتری برای سازگاری با آنها پیدا می‌کند. در این مرحله پرستار خانگی می‌تواند با کمک مهندس محیطی سازه‌هایی را نصب کند که از پیچیدگی محیط برای بیمار بکاهد. هر چه محیط دارای ساختارهای مشخص‌تری باشد، درک اینکه چه چیزی در اطراف آنها روی می‌دهد آسان‌تر است. بسته به شدت اختلال شناختی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- مرتب سال، ماه، روز، ساعت و مکان را به یاد بیمار آوردن
- تقویم و ساعت در معرض دید باشد
- نصب تاریخ و برنامه‌های روزانه فرد روی دیوار یا تابلو
- استفاده از نور شب به ویژه برای کسانی که در تاریکی جهت خود را گم می‌کنند
- قراردادن اشیاء و عکس‌های آشنا برای بیمار در اتاقش (به ویژه اگر بیمار در یک بیمارستان یا دور از خانه بستری است)
- قراردادن مبلمان، وسایل شخصی و قاشق و چنگال و دیگر وسایل مورد استفاده در یک محل ثابت
- به کارگیری یک پرستار خانگی ثابت برای بیمار
- نصب نشانه‌های بزرگ و مشخص برای هر یک از اتاقها
- اطمینان از همراه داشتن کارت شناسایی همراه با نام و نشانی و تلفن پرستار خانگی
- ارائه اطلاعات به آرامی و یک به یک و درخواست از بیمار برای تکرار دستورالعمل‌ها برای اینکه مطمئن شویم آنها را متوجه شده است
- تشویق فرد به صحبت درباره مکان‌های آشنا، علایق و تجربیات گذشته
- ارزیابی توان فرد در مدیریت تحریک و تنظیم میزان تحریک در محیط متناسب با آن (مثلاً نگه داشتن فضایی نامرتب، تنظیم بیشترین تعدادی که می‌توانند همزمان با او دیدار کنند)
- حذف هر چیزی در محیط که باعث عصبانیت می‌شود
- ساده کردن کارها و اجازه دادن به فرد برای انجام آنها با سرعت خودش

مهمترین مداخله مشورت با یک کاردرمانگر، روانشناس یا مشاور بازتوانی باسواد است که بتواند یک برنامه یا استراتژی اختصاصی برای فرد تهیه کند و به بیمار کمک کند که آن را اجرایی کند.

در عمل، این راهکارها تنها بخش کوچکی از طبیعت سخت این مشکلات را برطرف می‌کند. با شدت گرفتن مشکلات شناختی، محدودیت‌های اجرایی بیشتر می‌شوند. پس از افزایش حداکثری درمان HAART، کار کمی برای بیمار می‌توان انجام داد. پژوهشگران در حال آزمایش استفاده از بازتوانی شناختی در درمان HADC هستند چرا که استراتژی‌های بهتری مورد نیاز است.

پیش‌آگهی فردی که مبتلا به HADC است چطور است؟

مشخص نیست که بیمار مبتلا به HADC تا چه اندازه‌ای بهبود پیدا می‌کند. کاربرد HAART برای رسیدن به سرکوب کامل ویروسی در برخی بیماران منجر به بهبودی چشمگیری می‌شود. از جمله توقف پیشرفت بیماری و در برخی دیگر باعث بهبود کارایی روانی-حرکتی می‌شود. در نشانه‌هایی مانند یادگیری و حافظه کاری معمولاً تغییر چندانی ایجاد نمی‌شود. برای نگهداری این بهبودی، به نظر می‌رسد لازم است که سرکوب کامل ویروسی را با درمان HAART حفظ کنیم. در برخی آسیب، بیماری مغز خیلی پیشرفته است و بهبودی عمده روی نمی‌دهد.

یک برنامه درمانی توسط پزشک داخلی کارلو و همسر او که می‌تواند جای او تصمیم بگیرد طراحی می‌شود. کارلو رژیم درمانی آباکاویر، AZT، 3TC و لوپیناویر به این امید که بار ویروسی عمومی و مغزی‌اش کاهش یابد آغاز می‌کند. روانپزشک مشغول مدیریت اختلالات رفتاری است. امتحان هالوپریدول یک میلیگرمی در زمان خواب نشانه‌های آزاردهنده اکستراپیرامیدال ایجاد می‌کند ولی نشانه‌های رفتاری کارلو تا حدی با مصرف ریسپریدون نیم میلیگرم دو بار در روز بهبود می‌یابد. تغییر خلقی و بازدارندگی هنوز پابرجا هستند. دیوال پروکس سدیم اضافه می‌شود و تا ۱۰۰۰ میلیگرم در زمان خواب بالا می‌رود و نتایج خوبی دارد.

در طی دو هفته اول درمان، وضعیت سلامت عمومی کارلو بهبودی پیدا می‌کند. پس از دو ماه، بار ویروسی تا ۱۲۰۰۰ نسخه در میلی لیتر کاهش می‌یابد و شمارش سلولی CD4 او تا ۱۵۰ سلول در میلی‌متر معکب افزایش می‌یابد. طی دو ماه، کارایی روانی-حرکتی او کمی بهبود یافته سات. علیرغم درمان HAART، حافظه کاری و انجام کارهای پیچیده مانند سازماندهی هنوز برای کارلو سخت است. انجام برخی کارهای مراقبت از خود برای او هنوز سخت است. در پایان، او می‌پذیرد که به محلی منتقل شود که کارکنانی ۲۴ ساعته از او مراقبت کنند.

نتیجه‌گیری

در تشخیص و درمان اختلالات شناختی وابسته به HIV، روانپزشک باید با پزشک داخلی درمانگر، پزشک خانواده، متخصص اعصاب و متخصص اعصاب و روان در صورت امکان ارتباط تنگاتنگی داشته باشد. مدیریت روانی-دارویی باید شامل درمان مشکلات عمومی و بیماری‌های زمینه‌ای باشد.

منابع

1. Albert, S. M., Marder, K., Dooneief, G. et al. Neuropsychologic impairment in early HIV infection: A risk factor for work disability. *Archives of Neurology*, 52 (5) (1995): 525-30.
2. Albert, S. M., Weber, c., Todak, G. et al. An observed performance test of medication management ability in HIV: relation to neuropsychological status and medication adherence outcomes. *Aids and Behavior*, 3(2)(1999): 121-8.
3. American Academy of Neurology AIDS Task Force. Nomenclature and research case definitions for neurologic manifestations of human immunodeficiency virus type-I (HIV-I) infection. *Neurology*, 41(6)(1991): 778-85.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. 4th edn text revised. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
5. Aweeka, F., Jayewardene, A., Staprans, S. et al. Failure to detect nelfinavir in the cerebrospinal fluid of HIV -I-infected patients with and without AIDS dementia complex. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*, 20 (1999): 39-43.
6. Breitbart, W., Rosenfeld, B., Kaim, M. and Funesti-Esch, J. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of psychostimulants for the treatment of fatigue in ambulatory patients with human immunodeficiency virus disease. *Archives of Internal Medicine*, 161(3)(2001): 411-20.
7. Brew, B. J., Brown, S. J., Catalan, J. et al., Safety and efficacy of abacavir (ABC, 1592) in AIDS dementia complex (study CNAB 3001) (abstract no. 32192). 12th World AIDS Conference, Geneva, Switzerland, 1998.
8. Catz, S.L., Kelly, J. A., Bogart, I. M. et al. Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatment for HIV disease. *Health Psychology*, 19(2) (2000): 124-133.
9. Chang, I., Ernst, T., Leonido- Yee, M. et al. Cerebral metabolite abnormalities correlate with clinical severity of HIV-I cognitive motor complex. *Neurology*, 52(1) (1999): 100-8.
10. Cohen, R. A., Boland, R., Paul, R. et al. Neurocognitive performance enhanced by highly active antiretroviral therapy in HIV-infected women. *AIDS*, 15(3) (2001): 341-5.

11. Cummings, I. I. Subcortical Dementia. New York: Oxford University Press, 1990.
12. Dore, G. J., Correll, P. K., Li, Y. et al. Changes in AIDS dementia complex in the era of highly active antiretroviral therapy. *AIDS*, 13(1999): 1249-53
13. Ellis, R.), Deutsch, R., Heaton, R. K. et al. Neurocognitive impairment is an independent risk factor for death in HIV infection. *Archives of Neurology*, 54 (1997): 416-24.
14. Ellis, R.), Moore, D. J., Childers, M. E. et al. Progression to neuropsychological impairment in human immunodeficiency virus infection predicted by elevated cerebrospinal fluid levels of human immunodeficiency virus RNA. *Archives of Neurology*, 59(6) (2002): 923-8.
15. Ferrando, S., van Gorp, W., McElhiney, M. et al. Highly active antiretroviral treatment in HIV infection: benefits for neuropsychological function. *AIDS*, 12(8) (1998): F65-70.
16. Filippi, C. G., Sze, G., Farber, S. J. et al. Regression of HIV encephalopathy and basal ganglia signal intensity abnormality at MR imaging in patients with AIDS after the initiation of protease inhibitor therapy. *Radiology*, 206 (1998): 491-8.
17. Galgani, S., Balestra, P., Tozzi, V. et al. Comparison of efficacy of different antiretroviral regimens on neuropsychological performance in HIV-1 patients (abstract). *Journal of NeuroVirology*, 4(1998): 350.
18. Grant, I. and Adams, K. M. (eds.) *Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric Disorders*. New York: Oxford University Press, 1996.
19. Grant, I. and Martin, A. *Neuropsychology of HIV infection*. New York: Oxford University Press, 1994. Heaton, R. K. and Grant, I. *Neurobehavioral Progress Report/Preliminary Studies (research plan presented to NIMH, Office on AIDS)*, Grant, I., ed. San Diego, CA: HIV Neurobehavioral Research Center, 1995.
20. Heaton, R. K., Marcotte, T. D., White, D. A. et al. Nature and vocational significance or neuropsychological impairment associated with HIV infection. *Clinical Neuropsychologist*, 10 (1996): 1-14.
21. Heaton, R. K., Velin, R. A., McCutchan, J. A. et al. Neuropsychological impairment in human immunodeficiency virus-infection: implications for employment. I-;INRC Group, HIV Neurobehavioral Research Center. *Psychosomatic Medicine*, 56(1)(1994): 8-17.
22. Hriso, E., Kuhn, T., Masdeu, I. C. and Grundman, M. Extrapyrmidal symptoms due to dopamine-blocking agents in patients with AIDS encephalopathy. *American Journal of Psychiatry*, 148 (11)(1991): 1558-61.
23. Kaplan, R. M., Anderson, P., Patterson, T. L. et al. Validity of the quality of well-being scale for persons with human immunodeficiency virus infection. HNRC Group, HIV Neurobehavioral Research Center. *Psychosomatic Medicine*, 57(2) (1995): 138-47.

24. Letendre, S., Ellis, R., Heaton, R. K. et al. Change in CSF RNA level correlates with the effects of antiretroviral therapy on HIV-1 associated neurocognitive disorder (abstract no. 32198). *Journal of NeuroVirology*, 4 (1998): 357.
25. Maggi, I, D. and Halman, M. H. The effect of divalproex sodium on viral load: a retrospective review of HIV -positive patients with manic syndromes. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(4) (2001): 359-62.
26. Marder, K., Albert, S. M., McDermott, M. and the DANA Consortium on therapy for HIV dementia and related disorders. Prospective study of neurocognitive impairment in HIV (DANA cohort): dementia and mortality outcomes. *Journal of Neuro Virology*, 4 (1998): 358.
27. Martin, E. M., Pitrak, D. L., Pursell, K.). et al. Information processing and antiretroviral therapy in HIV -1 infection. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 4 (1998): 329-35.
28. 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.
29. McArthur, J. c., Hoover, D. R., Bacellar, H. et al. Dementia in AIDS patients: incidence and risk factors. Multicenter AIDS Cohort Study. *Neurology*, 43(11) (1993): 2245-52.
30. rthm, 1. c., , kClemon, D. R., Cronin, ' t F. et al. Relationship between human immunodeficiency virus-associated dementia and viral load in cerebrospinal fluid and brain. *Annals of Neurology*, 42(5) (1997): 689-98
31. Moog, c., Kuntz-Simon, G., Caussin-Schwemling, C. and Obert, G. Sodium valproate, an anticonvulsant drug, stimulates human immunodeficiency virus type 1 replication independently of glutathione levels. *Journal of General Virology*, 77 (1996): 1993-9.
32. Neuenburg, J. K., Brodt, H. R., Herndier, B. G. et al. HIV-related neuropathology, 1985 to 1999: rising prevalence of HIV encephalopathy in the era of highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31(2) (2002): 171-7.
33. Parks, R. W., Zec, R. F. and Wilson, R. S. (eds.). *Neuropsychology of Alzheimer's Disease and Other Dementias*. New York: Oxford University Press, 1993.
34. Paterson, D. 1., Swindells, S., Mohr, J. and Brester, M. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133(1) (2000): 21-30.
35. Power, C; Selnes, O. A., Grim, J. A., and McArthur, J. C. HIV Dementia Scale: a rapid screening test.
36. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*, 8(3) (1995): 273-8.
37. Price, R. W. and Brew, B. J. The AIDS dementia complex. *Journal of Infectious Diseases*, 158 (1992): 1079-83.

38. Rourke, S. B., Basse], C. and Halman, M. H. Neurocognitive complaints in HIV-infection and their relationship to depressive symptoms and neuropsychological functioning. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 21 (1999a): 737-56.
39. Rourke, S. B., Basse], C. and Halman, M. H. Neuropsychiatric correlates of memory-metamemory dissociations in HIV -1 infection. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 21 (1999b): 757-68.
40. Sacktor, N. c., Lyles, R. H., Skolasky, R.1. et al. Combination antiretroviral therapy improves psychomotor speed performance in HIV-seropositive homosexual men. Multicenter AIDS Cohort Study (MACS). *Neurology*, 52(8) (1999): 1640-7.
41. Schmitt, F. A., Bigley, J. W., McKinnis, R. et al. Neuropsychological outcome of zidovudine (AZT) treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. *New England Journal of Medicine*, 319(24) (1988): 1573-8.
42. Sidtis, J. J., Gatsonis, C., Price, R. W. et al. Zidovudine treatment of the AIDS dementia complex: results of a placebo-controlled trial. AIDS Clinical Trials Group. *Annals of Neurology*, 33(4)(1993): 343-9.
43. Simon, G., Moog, C. and Obert, Goo Valproic acid reduces the intracellular level of glutathione and stimulates human immunodeficiency virus. *Chemico-Biological Interactions*, 91 (1994): 111-21.
44. Smith, C. A., van Gorp W. G., Ryan, E. R. et al. (2003). Screening subtle HIV-related cognitive dysfunction: the clinical utility of the HIV Dementia Scale. *Journal of AIDS*, 33(1) (2003): 116-18.
45. Stankoff, B., Calves, V., Suarez, S. et al. Plasma and cerebrospinal fluid human immunodeficiency virus type-1 (HIV-1) RNA levels in HIV-related cognitive impairment. *European Journal of Neurology*, 6(6) (1999): 669-75
46. Tan, S. V. and Guiloff, 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.
47. Tozzi, V., Balestra, P., Galgani, S. et al. Positive and sustained effects of highly active antiretroviral therapy on HIV-1-associated neurocognitive impairment. *AIDS*, 13(14) (1999): 1889-97.
48. Tyor, W. R., Wesselingh, S. L., Griffin, J. W. et al. Unifying hypothesis for the pathogenesis of HIV-associated dementia complex, vacuolar myelopathy, and sensory neuropathy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*, 9 (1995): 379-88.
49. Wesselingh, S. L., Glass, J., McArthur, J. C. et al. Cytokine dysregulation in HIV-associated neurological disease. *Advances in Neuroimmunology*, 4(3) (1994): 199-206.

50. White, J. L., Darko, D. F., Brown, S. J. et al. Early central nervous system response to HIV infection: sleep distortion and cognitive-motor decrements. *AIDS*, 9(9) (1995): 1043-50.
51. Witvrouw, M., Schmit, J. c., Van Remoortel, B. et al. Cell type-dependent effect of sodium valproate on human immunodeficiency virus type 1 replication in vitro. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 13 (1997): 187-92

فصل سوم

اصول کلی درمان دارویی در مبتلایان به عفونت HIV

سنجای ام شارما، جی استغان مک دانیل^۱، و نانسی ال شیهان بی فارم

مقدمه

با گذشت چندین سال، درمان ضد رترو ویروسی بسیار فعال^۱ (HAART) تبدیل به درمان اصلی دارویی در مدیریت جاری عفونت HIV و ایدز شده است. این رژیم درمانی شامل ترکیبی از داروهای ضد رترو ویروسی است که در چهار طبقه اصلی قرار می‌گیرند. این چهار طبقه عبارتند از: مهارکننده‌های ترانس کریپتاز معکوس نوکلئوزیدی / نوکلئوتیدی (NRTIs)، مهارکننده‌های ترانس کریپتاز معکوس غیر نوکلئوزیدی (NNRTIs)، مهارکننده‌های پروتياز^۲ (PIs)، و مهارکننده‌های ورود^۳ (جدول ۳.۱). هر یک از این داروها در دسته مربوط به خود در نقاط متفاوتی از چرخه زندگی ویروسی HIV به مهار فرآیند تکثیر آن می‌پردازد. هنگامی که این داروها در درمان ترکیبی مورد استفاده قرار گیرند، ابزاری بسیار موثر و قدرتمند را برای درمان عفونت HIV و ایدز تشکیل می‌دهند.

1 Highly active antiretroviral therapy

2 Protease inhibitors

3 Entry inhibitors

جدول ۳.۱. عوامل ضد رترو ویروسی که در حال حاضر موجود می‌باشند

<p>مهارکننده‌های ترانس کریپتاز معکوس نوکلئوزیدی/نوکلئوتیدی (NRTIs)</p> <p>سولفات اباکاویر^۱ (Ziagen[®])</p> <p>دیدانوزین^۲ (VidexTM/Videx ECTM)</p> <p>امتریستابین^۳ (EmtrivaTM)</p> <p>لامی وودین^۴ (Empivir[®])</p> <p>استاودین^۵ (ZeritTM/Zerit XR[®])</p> <p>فومارات تنوفویر دیزوپروکسیل^۶ (Viread[®])</p> <p>زالسیتابین^۷ (Hivid[®])</p> <p>زیدو وودین^۸ (Retrovir[®])</p> <p>سولفات اباکاویر-لامی وودین-زیدو وودین (TrizivirTM)</p> <p>لامی وودین-زیدو وودین (Combivir[®])</p> <p>مهارکننده‌های ترانس کریپتاز معکوس غیر نوکلئوزیدی (NNRTIs)</p> <p>دلاویردین^۹ (Rescriptor[®])</p> <p>افاویرنز^{۱۰} (Sustiva[®])</p> <p>نوپرایم^{۱۱} (Viramune[®])</p> <p>مهارکننده‌های پروتياز (PIs)</p> <p>آمپرناویر^{۱۲} (AgeneraseTM)</p> <p>آتانازاویر^{۱۳} (Reyataz[®])</p> <p>فوسام پرناویر^{۱۴} (LexivaTM)</p> <p>سولفات ایندیناویر^{۱۵} (Crixivan[®])</p> <p>لوپیناویر-ریتوناویر^{۱۶} (KaletraTM)</p> <p>مسیلات نل فیناویر^{۱۷} (Viracept[®])</p> <p>ریتوناویر (Norvir[®] SEC)</p> <p>ساکیناویر - کپسول با پوشش ژلاتینی نرم^{۱۸} (Fortovase[®])</p> <p>مسیلات ساکیناویر - کپسول با پوشش ژلاتینی سخت^{۱۹} (Invirase[®])</p> <p>مهارکننده‌های ورود</p> <p>نفوویرتید^۱ (Fuzeon[®])</p>

- 1 Abacavir sulfate
- 2 Didanosine
- 3 Emtricitabine
- 4 Lamivudine
- 5 Stavudine
- 6 Tenofovir disoproxil fumarate
- 7 Zalcitabine
- 8 zidovudine
- 9 Delavirdine mesylate
- 10 Efavirenz
- 11 Nevirapine
- 12 Amprenavir
- 13 Atazanavir
- 14 Fosamprenavir
- 15 Indinavir sulfate
- 16 Lopinavir-ritonavir
- 17 Nelfinavir mesylate
- 18 Saquinavir – soft gel capsules
- 19 Saquinavir mesylate – hard gel capsules

با این وجود، همان قدر که این درمان‌های دارویی ضد رتروویروسی موثر و مفید هستند، عوارض جانبی بالقوه و تداخل دارویی می‌تواند مدیریت جاری عفونت HIV را امری پیچیده کند.

درمانگر علاوه بر نگرانی نسبت به تاثیر ضد رترو ویروس‌ها بر داروهای اعصاب^۲، می‌بایست اطمینان حاصل کند که داروهای روانپزشکی درمان HIV را مختل نکرده و منجر به ایجاد گونه‌های مقاوم این ویروس نشود.

این فصل:

- تداخلات دارویی متعدد ممکن است عوارض روانی-عصبی را شرح می‌دهد که ممکن است هنگام مصرف همزمان داروهای اعصاب، مواد مخدر، سوء مصرف مواد، و داروهای جایگزین با درمان ضد رترو ویروسی ایجاد شوند.
 - توصیه‌هایی عملی در خصوص انتخاب داروهای اعصاب برای انواعی از بیماری‌های روانی ارائه می‌دهد که مسایل ایمنی و عدم اختلال در مدیریت HIV را در نظر می‌گیرد.
- HIV و روانپزشکی راهنمای آموزش و منابع، چاپ دوم، ویراستاران: کنت سیترون، مری-ژوزه برویلت، و الکساندرا بکت. انتشارات دانشگاه کمبریج. ۲۰۰۵

مطالعه موردی: خانمی مبتلا به اختلال دوقطبی و عفونت HIV

فانی زنی ۳۵ ساله با سابقه طولانی مدت اختلال دوقطبی^۳ است. در طول چند سال گذشته، فانی با مصرف دوز ثابتی از اسید والپروئیک به خوبی درمان شده است. در حالیکه ۴ سال پیش سرولوژی مثبت HIV در او تشخیص داده شده بود، تا ۳ هفته پیش نیازی به هیچ یک از داروهای ضد رترو ویروسی نداشت. از ۳ هفته پیش او شروع به رژیم درمانی لوپیناویر-ریتوناویر و لامی وودین-زیدو وودین کرد. امروز، او با نشانه‌های کم خوابی، انرژی بیشتر، هجوم افکار^۴، و میل جنسی بیشتر به بخش اورژانس مراجعه می‌کند و او خود این نشانه‌ها را ناشی از بروز زود هنگام شیدایی^۵ می‌داند. بررسی سطح سرمی اسید والپروئیک فانی نشان داد که نسبت به اندازه‌گیری قبلی که ۲ ماه پیش انجام شده بود، این مقدار یک سوم کاهش یافته است. فانی تاکید می‌کند که او داروی اعصاب و روان خود را کاملاً درست مصرف کرده است.

- 1 Enfvirtide
- 2 Psychotropic medications
- 3 Bipolar disorder
- 4 Racing thoughts
- 5 Incipient mania

بطور عمده چه مکانیسمی عهده‌دار تداخل ضد رترو ویروس‌ها با داروهای اعصاب و روان، اعتیاد، سوء مصرف مواد، و داروهای جایگزین^۱ است؟

مکانیسم‌های تداخلات دارویی را می‌توان به دو گروه اصلی تقسیم بندی کرد:

- **تداخلات دارویی پویا^۲:** هنگامی رخ می‌دهند که دو دارو دارای مواد افزودنی و خواص سینرژیک یا ضد دارویی باشند. بطور مثال، کلوزاپین و زیدو وودین ممکن است با هم تداخل کنند. زیرا که هر دوی آنها می‌توانند موجب سرکوب مغز استخوان شوند.
- **تداخلات فارماکوکینتیک:** هنگامی رخ می‌دهند که یک دارو در جذب، توزیع، متابولیسم، و حذف داروی دیگر تداخل ایجاد کند. تداخل با متابولیسم فاز اول (اکسایش، کاهش، هیدرولیز) و همچنین تداخل با متابولیسم فاز دوم (کونژوگاسیون به نیمه‌های سولفات یا گلوکورونید) ممکن است منشاء آن دسته از تداخلات دارویی باشد که از لحاظ کلینیکی دارای اهمیت هستند (بروجدی، ۲۰۰۲).

این فصل بطور عمده تداخل فارماکوکینتیک را مورد توجه قرار می‌دهد، زیرا این تداخل مکانیسم اصلی تداخلات بین ضد رتروویروس‌ها و داروهای اعصاب، مواد مخدر، سوء مصرف مواد، و داروهای گیاهی می‌باشد.

کبد، عمدتاً از طریق اکسیدازهای میکروزومال سیتوکروم P450 (CYP)، به عنوان محل اصلی بدن برای متابولیسم بسیاری از داروها، ترکیبات جایگزین مانند فرآورده‌های گیاهی، و داروهایی که بصورت تفریحی مورد استفاده یا سوء استفاده قرار می‌گیرند بکار می‌رود. سیستم آنزیم CYP خانواده بزرگی از ایزوآنزیم‌های مرتبط با یکدیگر است که عمدتاً در کبد و روده یافت می‌شوند که بطور خاص از طریق دگرگونی زیستی اکسیداتیو مواد متعدد در تشکیل متابولیت‌ها دخیل هستند (درسر و همکاران، ۲۰۰۰). این متابولیت‌ها ممکن است بعداً توسط کلیه‌ها جذب یا حذف شوند یا با ترکیباتی کونژوگه شوند که آنها را پیش از حذف توسط کلیه یا مدفوع آبدوست و پایدار سازند (بروجدی، ۲۰۰۲).

در خصوص تداخلات دارویی بین داروهای اعصاب، مواد مخدر، داروهای گیاهی، و داروهایی که بصورت تفریحی مورد استفاده یا سوء استفاده قرار می‌گیرند و ضد رترو ویروس‌ها، زیرخانواده‌های ایزوآنزیم CYP که از لحاظ بالینی به هم مربوط هستند شامل CYP2D6، 3A4، 1A2، 2B6، 2C9، و 2C19 می‌شوند.

1 Alternative products

2 Pharmacodynamic interactions

تداخلات دارویی مهم که در کبد رخ می‌دهند معمولا با مهار یا القای ایزوآنزیم‌های CYP و سیستم‌های آنزیم ترانسفراز (کونژوگه) ایجاد می‌شوند (کریشان و همکاران، ۱۹۹۶؛ بروجردی، ۲۰۰۲).

- مهار آنزیم هنگامی رخ می‌دهد که دارویی فعالیت متابولیکی و عملکرد یک ایزوآنزیم CYP یا یک انتقال دهنده را کاهش دهد و در نتیجه متابولیسم سایر داروهایی که سوبستراهای این آنزیم هستند کاهش یابد.
- القای آنزیم هنگامی رخ می‌دهد که دارویی فعالیت متابولیکی و عملکرد یک ایزوآنزیم CYP یا یک ترانسفراز را تحریک کند و در نتیجه متابولیسم سایر داروهایی که سوبستراهای این آنزیم هستند افزایش یابد.

ضد رترو ویروس‌ها چگونه متابولیز می‌شوند و چگونه بر فراهمی زیستی داروهای اعصاب تاثیر می‌گذارند؟

NRTIها غالبا با یا بدون دگرگونی کبدی پیشین از طریق کلیه‌ها دفع می‌شوند. آنزیم‌هایی که متابولیسم NRTIها دخیل هستند در اکثر موارد ایزوآنزیم‌های CYP نیستند بلکه گلوکونوسیل ترانسفراز UDP (برای زیدو وودین و آباکاویر)، دهیدروناز الکل (برای آباکاویر)، و زانتین اکسیداز (برای دیدانوزین) هستند (تی سنگ و همکاران، ۲۰۰۲). به همین دلیل، تداخلات فارماکوکینتیک کمی بین NRTIها و داروهای اعصاب وجود دارد.

NNRTIها همگی سوبستراهای ایزوآنزیم CYP3A4 هستند. آنها سوبستراهای سایر ایزوآنزیم‌های CYP نیز هستند اما به میزانی کوچکتر. در حالی که که دلاویردین یک مهارکننده CYP3A4 و نویراپین یک القاکننده CYP3A4 است، افاویرنز می‌تواند ایزوآنزیم‌های مختلف را هم مهار و هم القا کند (تی سنگ و همکاران، ۲۰۰۲).

PIها نیز بطور گسترده توسط CYP3A4 متابولیز می‌شوند. در خانواده PI، ریتوناویر قویترین مهارکننده آنزیمی CYP3A4 است و پس از آن ایندیناویر، آمپرناویر، لوپیناویر، نل فیناویر، و ساکیناویر در این رده قرار می‌گیرند (ایگلینگ و همکاران، ۱۹۹۷؛ وون مولتک و همکاران، ۱۹۹۸؛ کوزا و آرمسترانگ، ۲۰۰۱، تی سنگ و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعات اولیه نیز چنین بیان می‌کنند که آتازاناویر متابولیسم داروهایی که سوبسترای CYP3A4 هستند را مهار می‌کند (اومارا و همکاران، ۲۰۰۰). اگرچه CYP3A4 نخستین آنزیمی است که گرفتار این امر می‌شود، اما PIها می‌توانند ایزوآنزیم‌های دیگر را نیز مهار و القا کنند. آنزیم‌هایی که NNRTIها و PIها را متابولیز می‌کنند و همچنین ظرفیت این ضد رترو ویروس‌ها برای مهار یا القای ایزوآنزیم‌های مختلف در جدول ۳.۲. نشان داده شده است.

چنین تصور می‌شود که بخشی از انفوویرتید، مهارکننده ورودی که به تازگی تولید شده است، توسط کبد حذف می‌شود، البته ایزوانزیمی که در این کار دخیل است دقیقاً مشخص نیست. انتظار نمی‌رود که تداخلات بالینی مهمی بین انفوویرتید و داروهایی که توسط ایزوانزیم‌های CYP متابولیز می‌شوند وجود داشته باشد (فلشر، ۲۰۰۳).

جدول ۳.۲. متابولیسم مهارکننده‌های ترانس کریپتاز معکوس نوکلئوزیدی و مهارکننده‌های پروتياز

ضد رترو ویروس	سوبسترای آنزیم‌های زیر	آنزیم‌های مهار شده	آنزیم‌های القا شده
مهارکننده‌های ترانس کریپتاز معکوس نوکلئوزیدی (NRTIs)			
دلاویردین	$3A4 > 2D6$	3A4, 2C9, 2C19	
افاویرنز	$UDP-GT, 3A4 > 2B6$	3A4, 2C9, 2C19, 2B6	3A4
نوبراپین	$3A4 > 2B6$		
مهارکننده‌های پروتياز (PIs)			
آمپرنویر	3A4	3A4 (متوسط)، 2C19	? 3A4
آتازاناویر	3A4	3A4, UDP-GT	
ایندیناویر	3A4	3A4 (متوسط)	
لپیناویر*	3A4	3A4 (ضعیف)	? 3A4
نل فیناویر	$3A4 \gg 2C19, 2D6, 2C9$	3A4 (متوسط)، 2B6	UDP-GT
ریتوناویر	$3A4 > 2D6$	$3A4 > 2D6 > 2C9 > 2C19 > 2B6, 2A6, 2E1$ (قوی)	2C19, 2C9, 1A2، UDP-GT، القای خودکار 3A4
ساکیناویر	3A4	3A4 (ضعیف)	

*از آنجایی که لوپیناویر با دوز پایین ریتوناویر در Kaletra™ تنظیم می‌شود، ظرفیت مهارکنندگی CYP3A4 افزایش می‌یابد. UDP-GT: یوریدین دی فسفات گلوکورونوسیل ترانسفراز.

منابع: تی سنگ و فویسی، ۱۹۹۹؛ اومارا و همکاران، ۲۰۰۰؛ تی سنگ و همکاران، ۲۰۰۲؛ پارک-وایلی و آنتونیو، ۲۰۰۳.

پیامدهای بالینی این تداخلات فارماکوکینتیک چیست؟

- **3A4**: مانند PI ها، دلاویردین و بعضی اوقات افاویرنز اثر مهارکننده بر سیستم CYP3A4 دارند. داروهای اعصاب که ابتدا توسط CYP3A4 (مثلاً بنزودیازپین ها) متابولیز می‌شوند اگر بطور همزمان با ضد رترو ویروس‌ها مصرف شوند ممکن است با کاهشی در متابولیسم و افزایشی در سطح پلاسمای خود مواجه شوند و بطور بالقوه منجر به مسمومیت شوند. از سوی دیگر، از آنجایی که نویراپین و افاویرنز، CYP3A4 را القا می‌کنند، اگر بنزودیازپین ها^۱ بطور همزمان با ضد رترو ویروس‌ها مصرف شوند ممکن

است با کاهش سطح پلاسمای شان سریعتر متابولیز شوند. از نظر بالینی، این امر را می‌توان در فردی مشاهده کرد که قبلاً رژیم درمانی بنزودیازپین پایداری داشته است و اکنون با کاهش این دارو، علائم و نشانه‌های سندروم محرومیت بنزودیازپین را تجربه می‌کند.

- **2D6:** رژیم‌های درمانی که حاوی ریتوناویر با اثر مهارکنندگی آن بر CYP2D6 هستند، ممکن است میزان عوارض جانبی داروهای اعصابی که ابتدا توسط CYP2D6 متابولیز شده‌اند را افزایش دهند (بطور مثال، داروهای ضد افسردگی مهارکننده بازجذب انتخابی سروتونین و سه حلقه ای^۱، عوامل ضد جنون معمول و غیرمعمول).
- **2B6:** رژیم‌های درمانی حاوی ریتوناویر که مهارکننده CYP2B6 هستند، می‌توانند به طرز چشمگیری سطح بوپروپیون^۲ را افزایش دهند که این امر ممکن است خطر تشنج و دیگر مسمومیت‌های وابسته به بوپروپیون را افزایش دهد. در حقیقت، مصرف ریتوناویر با دوز بالا (۴۰۰ تا ۶۰۰ میلی گرم بصورت دو بار در روز) با بوپروپیون منع می‌شود و درمانگران باید دوزهای پایین بوپروپیون را با رژیم‌های درمانی حاوی دوزهای پایین ریتوناویر (۱۰۰ میلی گرم بصورت دو بار در روز)، از قبیل KaletraTM تجویز کنند (پارک-وایلی و آنتونیو، ۲۰۰۳).

القا یا مهار ایزوآنزیم‌هایی بجز CYP3A4 و 2D6 توسط ضد رترو ویروس‌ها نیز ممکن است مسوول تداخلات بالینی مهم با داروهای اعصاب باشد. بطور مثال، همچنان که ریتوناویر و نل فیناویر موجب القای گلوکوکورتیکوئید ترانسفرز UDP (گلوکوکورتیکوئید) می‌شوند، سطوح پلاسمای تثبیت کننده‌های خلق و خو مانند لاموتریژین^۳ و اسید والپروئیک که در این مسیر حذف می‌شوند ممکن است بطور معنی‌داری کاهش پیدا کرده و منجر به سطوح پلاسمای کمتر از حد بهینه شوند. ممکن است درمانگران ناچار شوند پس از بکار بردن یکی از عوامل ضد رترو ویروسی، دوزهای این تثبیت کننده‌های خلق^۴ را تعدیل کنند.

در اکثر موارد، مطالعات فارماکوکینتیک معدودی تداخلات بین داروهای اعصاب و ضد رترو ویروس‌ها را ارزیابی کرده‌اند. درمانگران می‌بایست بر اساس متابولیسم داروهای مختلفی که بصورت همزمان مصرف

1 Tricyclic and selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants

2 Bupropion

3 Lamotrigine

4 Mood stabilizers

می‌شوند، تداخلات بالقوه را پیش بینی کنند. تاثیر نظری و مستند NNRTIها و PIهای متعدد بر روی داروهای اعصاب در جدول ۳.۳. نشان داده شده است.

کدامیک از داروهایی که برای مدیریت HIV بکار برده می‌شوند (بجز ضد رترو ویروس ها) تاثیری بر متابولیسم داروهای اعصاب دارند؟

علاوه بر تداخلات دارویی بالقوه بین داروهای اعصاب و ضد رترو ویروس‌هایی که در جدول ۳.۳ به آنها اشاره شده است، داروهای دیگری هم وجود دارند که بر متابولیسم داروهای اعصاب اثر می‌گذارند. در خصوص مهار آنزیم CYP کبدی، آنتی بیوتیک‌های ماکرولید (به ویژه اریترومايسين و کلاریتروميسين) و همچنین داروهای ضد قارچ آزول (یعنی کتوکونازول و ایتراکونازول) مهارکننده‌های قوی CYP3A4 هستند (کوزا و همکاران، ۲۰۰۱). این عوامل می‌توانند به طور بالقوه سطح داروهای اعصاب موجود در خون که توسط سیستم آنزیمی متابولیز شده‌اند را افزایش دهند و منجر به افزایش عوارض جانبی و مسمومیت‌های ممکن شوند.

در خصوص القای آنزیم CYP کبدی، داروهای آنتی میکوباکتریایی / ضد سل (یعنی، ریفامپین، ریفابوتین، و ریفاپنتین) القاکننده‌های CYP3A4 هستند (کوزا و آرمسترانگ، ۲۰۰۱). این عوامل می‌توانند به طور بالقوه سطح داروهای اعصاب موجود در خون که توسط سیستم آنزیمی متابولیز شده‌اند را کاهش دهند و منجر به کاهش کارآمدی این داروها شوند.

درمانگرانی که بیماران HIV را درمان می‌کنند باید در خصوص تداخلات بالقوه و عوارض متعاقب آنها که ممکن است هنگام مصرف همزمان داروهای اعصاب و داروهای دیگر رخ دهند هوشیار بوده و خود را برای تعدیل دوزهای داروهای اعصاب آماده کنند.

درمانگر دوز اسید والپروئیک فانی را افزایش می‌دهد که به سطح سرمی قبلی پایدار او برسد، و به طور موقت یک بنزودیازپین به داروی فانی اضافه می‌کند. علائم شیدایی خفیف^۱ رفع می‌شود. از نظر درمان HIV، فانی به رژیم درمانی ضد رترو ویروسی خوب پاسخ داد و بار ویروسی او غیر قابل تشخیص شد. چندین ماه بعد، پس از شکست‌هایی، فانی دچار نشانه‌های افسردگی می‌شود از جمله گریه‌های شدید^۲، فقدان لذت، کاهش انگیزه، و خستگی. او همیشه از مصرف داروهای ضد افسردگی خودداری می‌ورزید و به پیشنهاد یکی از دوستانش، شروع به مصرف دمنوش سنت جان ورت^۳ می‌کند چون طبیعی است. با این حال، او تصمیم می‌گیرد که این امر را به پزشکان خود نگوید زیرا می‌ترسد که آنها موافق نباشند. فانی در ویزیت بعدی خود توسط متخصص HIV، متوجه می‌شود که بار ویروسی‌اش به ۸۰۰ نسخه در میلی لیتر افزایش یافته است.

1 Hypomania

2 Crying spells

3 St. John's Wort

داروی اعصاب	نویزترین، افلوپرتز		اتر روی داروی اعصاب	آسر روی ضد رنسر و ویروس	اتر روی داروی اعصاب	آسر روی ضد رنسر و ویروس	لیتیاویر + دوژ پایتین ریتوناویر (Kaletra™)، دوژ پالای ریتوناویر (۴۰۰-۶۰۰ میلی گرم بصورت دو بار در روز)	اتر روی داروی اعصاب	آسر روی ضد رنسر و ویروس	لیتیاویر + دوژ پایتین ریتوناویر (۴۰۰-۶۰۰ میلی گرم بصورت دو بار در روز)	اتر روی داروی اعصاب	آسر روی ضد رنسر و ویروس
	آسر روی ضد رنسر و ویروس	لیتیاویر + دوژ پایتین ریتوناویر (۴۰۰-۶۰۰ میلی گرم بصورت دو بار در روز)										
کتیابین	↑		↑				↑↑			↑↑		
دیسپریدون							↑↑			↑↑		
نیوریدازین							↑↑	↑		↑↑		
زینراسیدون	↓		↑				↑↑			↑↑		
زاکوپیتکسیکل							↑	↑		↑		
داروهای آرامبخشی / ضد اضطراب												
آلپراژلام	↓		↑				۳↑↑			۳↑↑		
نیومیزلام	↓		↑				↑↑			↑↑		
پوسیدرون	↓		↑				۲↑↑			۲↑↑		
کتیازلام	؟↓		؟↑				؟↑↑			؟↑↑		
کلوزازینات	↓		↑				۱↑↑			۱↑↑		
دیازلام	↓		↑				↑↑			↑↑		
فلورازلام	؟↓		؟↑				۳؟↑↑			۳؟↑↑		
لورازلام	↓		↓				↓			↓		
سیمازلام	↓		۱↑				↑↑			↑↑		
فینازلام	؟↓		؟↑				؟↑↑			؟↑↑		
آکازلام	↓		↓				↓			↓		
تزازلام	↓		↓				↓			↓		
تریازلام	↓		۱↑				۱↑↑			۱↑↑		
زالیپون	↓		↑				↑↑			↑↑		
زولیدیم	↓		↑				۱↑↑			۱↑↑		
زویپکون	↓		↑				↑↑			↑↑		
تنیبت کننده خاکی												
کاربامازپین	↓		↑				↑	↓↓		↑	↓↓	
گاباپنتین												
لاموتریزین			↓				↓			↓		
لیتیوم												
اسید والپروئیک			↓				↓			↓		
داروهای محرک												
دکستروآمتتامین							↑			↑		
منیل فنیدات	؟↓		↑				؟↑	↑		؟↑	↑	
مخالفین	↓		↑				↑	↓		↑	↓	

منبع مصرف، ۳-احتیاط، ۳-اجتناب، ۴-با نال فیناپور
 منابع: برتر و گران، ۱۹۹۷؛ بکلیب نیک-سائیلر و همکاران، ۱۹۹۷؛ تی سنگ و فویسی، ۱۹۹۹؛ بروس و نازانجو، ۲۰۰۱؛ اورگان، ۲۰۰۰؛ پنژاک و همکاران، ۲۰۰۲؛ پرپور و نیکر، ۲۰۰۳؛ موت پلازیر و همکاران، ۲۰۰۳؛ رابرتسون و هارینگل، ۲۰۰۳.

داروهای اعصاب چگونه بر فراهمی زیستی^۱ عوامل ضد رترو ویروسی تاثیر می‌گذارند و پیامدهای بالینی این تاثیر چیست؟

تاثیر بالقوه داروهای اعصاب بر فراهمی زیستی عوامل ضد رترو ویروسی بسیار حایز اهمیت است. به منظور اجتناب از ایجاد سویه‌های مقاوم ویروس، بیمارانی که تحت درمان ضد رترو ویروسی هستند باید پیوسته ۹۵ درصد از دوزها یا بیشتر را مصرف کنند (پاترسون و همکاران، ۲۰۰۰). کاهش فراهمی زیستی ضد رترو ویروس‌ها که توسط داروهای اعصاب ایجاد شود می‌تواند در پاسخ سیستم ایمنی تداخل ایجاد کرده و مقاومت را تقویت کند. از سوی دیگر، افزایش سطوح پلاسما ممکن است منجر به افزایش عوارض جانبی ناشی از مصرف این عوامل شود که این امر می‌تواند موجب عدم تبعیت بیمار از مصرف دارو شود.

برخی از داروهای اعصاب ممکن است از طریق فارماکوکینتیک تداخلات بر روی سطوح پلاسمای ضد رترو ویروس‌های متعددی اثر بگذارند. بطور مثال:

- داروی ضد افسردگی نفازودون^۲ مهارکننده قوی سیستم CYP در سایت CYP3A4 است (برترز و گرانمن، ۱۹۹۷). هنگامی که این دارو همزمان با ضد رترو ویروس‌هایی که توسط CYP3A4 (PIها و NNRTIها) متابولیز می‌شوند مصرف شود، ممکن است متابولیسم کلی این ضد رترو ویروس‌ها را کاهش داده و سطوح پلاسمای آنها را افزایش دهد. تحت این شرایط، ممکن است عوارض جانبی فیزیولوژیک و روانی-عصبی ضد رترو ویروس‌ها افزایش یابد. این امر اثبات شده است که سطوح پلاسمای بالای افویرنز با افزایش شیوع عوارض جانبی روانی-عصبی وابسته به افویرنز در ارتباط است (مارزولینی و همکاران، ۲۰۰۱). این عوارض غیرقابل تحمل عاقبت ممکن است موجب عدم تبعیت از درمان و ایجاد مقاومت ویروسی شود.
- تثبیت کننده خلق کاربامازپین القاکننده قوی CYP3A4 است و این به معنی این است متابولیسم PIها و NNRTIها با سرعت بیشتری انجام می‌پذیرد و منجر به سطوح پلاسمای ضد رترو ویروسی زیر حد درمانی می‌شود (تی سنگ و فویسی، ۱۹۹۹). این امر تقریباً همیشه به ایجاد مقاومت ویروسی و فقدان دایمی اثربخشی ضد رترو ویروس مصرف شده منتهی می‌شود. ممکن است مقاومت متقابل موجود در یک طبقه ضد رترو ویروس به سرعت رخ دهد و منجر به کاهش چشمگیری در گزینه‌های درمان شود.

1 Bioavailability

2 Nefazodone

بیمارانی که PI یا NNRTI مصرف می‌کنند می‌بایست از مصرف القاکننده‌های قوی CYP3A4 مانند کاربامازپین، فنوباربیتال، فنی توئین، و ریفامپیسین اجتناب کنند.

آیا ضد رترو ویروس‌ها با فراورده‌های جایگزین (داروهای گیاهی) برهم کنش قابل توجهی دارند؟

این امکان وجود دارد که داروهای جایگزین مثل فراورده‌های گیاهی و ضد رترو ویروس‌ها برهم کنش قابل توجهی داشته باشند. این رویداد در آن دسته از بیماران مبتلا به HIV مشاهده می‌شود که از دمنوش سنت جان ورت استفاده می‌کنند (علف پرفوراتوم) که یک القاکننده ایزوآنزیم CYP3A4 و ایندیناویر می‌باشد. در این زمینه، دمنوش سنت جان ورت با القای متابولیسم ایندیناویر می‌تواند به طرز چشمگیری سطوح پلاسما و اثربخشی ایندیناویر را کاهش دهد. شاید سایر سوبستراهای CYP3A4، از جمله PIها و NNRTIهای دیگر اثری مشابه داشته باشند (پیس سیتلی و همکاران، ۲۰۰۰ الف؛ دی مات و همکاران، ۲۰۰۱). مطالعات نیز نشان داده‌اند که گیاه خار مریم^۱ و مکمل‌های سیر می‌توانند موجب القای متابولیسم ضد رترو ویروس‌ها شوند (پیس سیتلی و همکاران، ۲۰۰۲ الف، ب). از دیدگاه بالینی، این نوع تداخل می‌تواند خطرات ایجاد مقاومت نسبت به ضد رترو ویروس و مقاومت متقابل نسبت به ضد رترو ویروس‌های همان طبقه دارویی را افزایش داده و بطور بالقوه درمان و مدیریت جاری یک بیمار مبتلا به HIV را مختل کند. بیمارانی که PI یا NNRTI مصرف می‌کنند می‌بایست از مصرف گیاه خار مریم، مکمل‌های سیر، و دمنوش سنت جان ورت اجتناب کنند.

هنگامی که درمانگر علل احتمالی افزایش بار ویروسی را با فانی بررسی می‌کند، فانی اقرار می‌کند که برای افسردگی خود شروع به مصرف دمنوش سنت جان ورت کرده است. درمانگر از فانی می‌خواهد که مصرف دمنوش را قطع کند و سطح کم فشار لوپیناویر-ریتوناویر را اندازه‌گیری می‌کند که زیر حد درمانی است و شکست ویروسی را نشان می‌دهد. سه هفته بعد، اندازه‌گیری مجدد سطح کم فشار لوپیناویر-ریتوناویر نشان می‌دهد که این سطح به محدوده درمانی برگشته است. چند هفته بعد، بار ویروسی فانی یک بار دیگر غیر قابل تشخیص می‌شود (کمتر از ۵۰ نسخه در میلی لیتر). درمانگر از این رویداد استفاده می‌کند و اهمیت یک ارتباط صادقانه برای رسیدن به هدف‌شان که درمان عفونت HIV است را به فانی گوشزد می‌کند.

مطالعه موردی: مردی با سرولوژی مثبت HIV تحت درمان نگهدارنده با متادون^۱

سام مردی ۳۳ ساله با سرولوژی مثبت HIV و سابقه قبلی قابل توجه مصرف هرویین داخل وریدی است که در طول ۱۰ سال گذشته تحت درمان طولانی نگهدارنده با متادون بوده است. در این مدت، او روزانه دوز ثابت ۸۰ میلی گرم با سطح سرمی ۰/۷۵ میکروگرم بر میلی لیتر متادون را مصرف می کرده است. او تحت مراقبت با رژیم درمانی ضد رترو ویروسی بوده است که حاوی سولفات آباکاویر و زیدو وودین می باشد. به دلیل افزایش قابل توجه بار ویروسی، این رژیم درمانی باید تغییر کند. درمانگر رژیم درمانی جدیدی را شروع می کند که حاوی لامی وودین، دیدانوزین، و نویراپین است. حدوداً ۱۰ روز پس از شروع این رژیم درمانی ضد رترو ویروسی جدید، سام علائم ترک اعتیاد را تجربه می کند از جمله درد عضلانی، حالت تهوع، اسهال، درد شکمی، افزایش اشک، آبریزش بینی، سیخ شدن مو بر تن، و تعریق.

ضد رترو ویروس ها چگونه با داروهای مخدر تداخل می کنند؟

بعضی از داروهای ضد درد مخدر مانند کدیین و هیدروکدون، می بایست به متابولیت های فعالی تبدیل شوند تا بتوانند اثر ضد درد ایجاد کنند. این مرحله تبدیل ممکن است توسط عواملی همچون مهارکننده های پروتياز که سیستم های ایزوآنزیم CYP3A4 و 2D6 را مهار می کنند مختل شده و در نتیجه موجب تجمع محصولات دارویی متابولیز نشده شود و کنترل درد را کاهش دهد. این تداخل، خطر واکنش های نامطلوب را به دلیل تجمع مواد دارویی متابولیز نشده افزایش داده و همچنین ممکن است موجب ایجاد دوباره دردی که قبلاً بخوبی کنترل شده بشود و لازم باشد رژیم دارویی درد دوباره تنظیم شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰ الف).

در مقابل، تصور می شود که ریتوناویر موجب القاء متابولیسم پیرییدین شده و منجر به ترک اعتیاد و افزایش متابولیت نورپیرییدین می شود (پیس سیتلی و همکاران، ۲۰۰۰ ب). این متابولیت مسوول مسمومیت قابل توجه سیسم عصبی مرکزی (مثلاً تشنج) است. از آنجایی که مورفین و هیدرومورفون با گلوکوروئیداسیون حذف می شوند، ضد رترو ویروس هایی که گلوکوروئوسیل ترانسفراز UDP را القا می کنند مانند ریتوناویر و نل فیناویر، می توانند متابولیسم ماده مخدر را افزایش داده و نهایتاً نیاز به دوزهای بالاتر داروهای ضد درد را افزایش دهند (برتز و گرانمن، ۱۹۹۷). این تداخل در مورد مورفین کمتر روی می دهد زیرا متابولیت مورفین ۶-گلوکوروئید مقداری اثر ضد درد ایجاد می کند (آزبورن و همکاران، ۱۹۸۸).

فنتانیل نیز می‌تواند با PI و NNRTI‌ها برهم کنش داشته باشد. از آنجایی که فنتانیل توسط CYP3A4 متابولیز می‌شود، انتظار می‌رود که PI‌ها و دلاویردین دفع آن را کاهش داده و خطر سمیت ماده مخدر را افزایش دهند، در حالی که از NNRTI‌های افویرنز و نوبراپین انتظار می‌رود که موجب القای فنتانیل شده و آرام بخشی کمتر از حد مطلوب و علائم ترک اعتیاد را ایجاد کنند (برتز و گرانمن، ۱۹۹۷).

پیامدهای بالینی القای آنزیمی را می‌توان هنگام مصرف همزمان متادون (که عمدتاً با 3A4 و گلوکوکورونیداسیون متابولیز می‌شود) با برخی از ضد رترو ویروس‌ها نیز مشاهده کرد. بطور مثال، سطح متادون ممکن بدنبال القای متابولیسم خود توسط PI‌های ریتوناویر، نل فیناویر، آمپرناویر، و لویپیناویر-ریتوناویر، یا توسط NNRTI‌های افویرنز و نوبراپین کاهش یابد. القای متابولیسم متادون را می‌توان بدنبال مصرف داروی آنتی میکوباکتریایی / ضد سل ریفامپیسین نیز مشاهده کرد (آلتیس و همکاران، ۱۹۹۹؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰؛ گورویش و فرایدلند، ۲۰۰۰؛ هندریکس و همکاران، ۲۰۰۰؛ کلارک و همکاران، ۲۰۰۲). برهم کنش‌هایی از این دست می‌توانند سندروم ترک اعتیاد یا از دست دادن کنترل درد را در اشخاصی که قبلاً بطور ثابت متادون مصرف می‌کرده اند را تسریع بخشد.

مثال دیگری از برهم کنش بین داروهای مخدر و ضد رترو ویروس‌ها بین متادون و NNRTI‌های دیدانوزین، زالسیتابین، و استاودین روی می‌دهد (تیمن و لالازری، ۱۹۹۹؛ رینی و همکاران، ۲۰۰۰). متادون با به تعویق انداختن تحرک شکمی، فراهمی زیستی کلی این ضد رترو ویروس‌ها را کاهش می‌دهد (گورویش و فرایدلند، ۲۰۰۰). از نظر بالینی، این امر ممکن است اثربخشی ضد رترو ویروس‌ها در درمان عفونت HIV را کاهش داده و مقاومت ویروسی را افزایش دهد. این روند بالینی ممکن است درمانگران را وادار کند که دوز ضد رترو ویروس را افزایش داده یا از ضد رترو ویروس دیگری استفاده کنند که تداخلات دارویی قابل توجهی با متادون نداشته باشد. متادون نیز می‌تواند با مهار گلوکوکورونوسیل ترانسفراز^۱ UDP بطور قابل ملاحظه‌ای سطح پلاسمای زیدو وودین را افزایش دهد (شوارتز و همکاران، ۱۹۹۲؛ گورویش و فرایدلند، ۲۰۰۰) که این امر می‌تواند موجب ایجاد مسمومیت زیدو وودین شود (مثلاً، مسمومیت مغز استخوان، میوپاتی، و ناراحتی دستگاه گوارش).

سطح سرمی متادون سام از ۰/۷۵ میلی‌گرم در میلی‌لیتر به ۰/۱۵ میلی‌گرم در میلی‌لیتر کاهش می‌یابد. درمانگر دوز متادون را از ۸۰ میلی‌گرم در روز به ۱۰۰ میلی‌گرم در روز افزایش می‌دهد و نشانه‌های ترک اعتیاد سام رفع می‌گردد. یک هفته بعد، سطح

سرمی متادون به ۰/۵۰ میلی گرم در میلی لیتر می‌رسد. از آنجایی که نمایان شدن اثر کامل القای نویراپین تقریباً ۲ هفته طول می‌کشد، در طول چند هفته آینده درمانگر بطور پیوسته دوز متادون را تا ۱۳۰ میلی گرم در روز افزایش می‌دهد. او با به کار بردن این دوز موفق می‌شود و نشانه‌های بیشتری از ترک اعتیاد را تجربه نمی‌کند.

آیا برهم کنش‌های قابل توجهی بین ضد رترو ویروس‌ها و موادی که بصورت تفریحی استفاده یا سوء استفاده می‌شوند وجود دارد؟

درمانگران باید از تداخلات قابل توجه و متعددی که میان ضد رترو ویروس‌ها و موادی که بصورت تفریحی استفاده یا سوء استفاده می‌شوند رخ می‌دهد آگاه باشند. از نظر بالینی تداخلات دارویی قابل توجه و بالقوه‌ای ممکن است بین ضد رترو ویروس‌ها و آمفتامین‌ها، گاما هیدروکسی بوتیرات (GHB)، کتامین، فن سایکلیدین (PCP)، اسید لیزرجیک دی اتیل آمید (LSD)، کوکائین، هرویین، تتراهیدروکانابینول (THC)، و اتانول رخ دهد (آنتونیو و تی سنگ، ۲۰۰۲). جدول ۳.۴ تداخلات و عوارض احتمالی مربوط به مصرف همزمان داروهای تفریحی و ضد رترو ویروس‌ها را نشان می‌دهد.

هنگامی که الکل، مخصوصاً وقتی که بطور منظم مصرف می‌شود، در ترکیب با NRTI‌هایی مانند دیدانوزین، زالسیتابین، استاودین، و لامی‌وودین یا با مهارکننده‌های پروتياز ریتوناویر استفاده شود می‌تواند خطر التهاب لوزالمعده را افزایش دهد (تیمن و لالازری، ۱۹۹۹). علاوه بر این، می‌تواند سطوح آباکاویر را افزایش دهد زیرا برای همان مسیر متابولیکی دهیدروژناز الکل رقابت می‌کند (مک داوول و همکاران، ۲۰۰۰). با این حال، این تداخل اهمیت بالینی چندانی نداشته و تنظیمات دوز آباکاویر ضروری نمی‌باشند.

در مواردی دیگر، مهارکننده پروتياز ریتوناویر با مهار CYP2D6، 2B6، و 3A4 می‌تواند سطوح خونی و در نتیجه احتمال مسمومیت و مصرف بیش از حد متیل‌دی‌اکسی‌متامفتامین (MDMA، اکستازی)، متامفتامین (کریستال مت، اسپید)، GHB، کتامین، PCP، و THC (عنصر فعال ماری جوانا) را افزایش می‌دهد (هنری و هیل، ۱۹۹۸؛ تیمن و لالازری، ۱۹۹۹؛ آنتونیو و تی سنگ، ۲۰۰۲). در رابطه با مصرف همزمان ریتوناویر و MDMA مرگ‌هایی گزارش شده است. در یکی از موارد مرگ، سطح MDMA نزدیک به ۱۰ برابر سطح مورد انتظار بود (هنری و هیل، ۱۹۹۸). در خصوص سایر ضد رترو ویروس‌هایی که مهارکننده CYP3A4 یا 2B6 (PI) ها، دلاویردین، و افاویرن (ز) هستند نیز باید مراقب بود. اگر بیماران مبتلا به HIV بر مصرف داروهای نشاط آور^۱ اصرار ورزند، باید به آنها توصیه کرد که مقدار مصرف خود را تا حد

1 Rave drugs

زیادی کم کنند (تقریباً یک چهارم دوز همیشگی را مصرف کنند)، آب بدن خود را با اجتناب از مصرف الکل و نوشیدن میزان زیادی آب بخوبی تامین کنند، و برای مدتی رقصیدن را کنار بگذارند (آنتونیو و تی سنگ، ۲۰۰۲).

همین تداخل ممکن است بین مهارکننده پروتياز ایندیناویر و باربیتورات‌ها روی دهد و افزایشی در سطوح خونی باربیتورات‌ها به بار آورده و در نتیجه موجب افزایش احتمال مسمومیت بالقوه باربیتورات و مصرف بیش از حد^۱ شود (تیمن و لالازری، ۱۹۹۹).

جدول ۳.۴. برهم کنش بالقوه بین زترو و وپروس ها و موادی که مورد استفاده یا سوء استفاده قرار می گیرند

نظرات	نوبت دوم، افلوپرنز	تناخال یا ضد زترو و وپروس ها	مکانیسم	اسامی دیگر	داروی مورد استفاده
	نوبت اول، افلوپرنز	PI ها، لاپارو پرنز، افلوپرنز			
این تعامل بصورت نظری است، ارتباط بالینی آن نامشخص است	می تواند موجب متابولیت نوروکائین شود، نظارت جهت سمیت کبدی	می تواند موجب متابولیت نوروکائین شود، نظارت جهت سمیت کبدی	هیدروکسی زیدودین، کدوین استاز، N-متیلانسون CYP3A4 < 10%	کوک، کراک	کوکائین (لادونا و همکاران، ۲۰۰۰)
تناخال با NRTI اپاکاوتیر افزایش بالینی جزئی مطوح اپاکاوتیر، افزایش خطر ابتلا به التهاب نورالمنهه با مصرف غیرمعتدل	خطر احتمالی اثر GHB	خطر ابتلا به التهاب نورالمنهه با مصرف ریتوناویر افزایش می یابد	هیدروکسی زیدوآکسل، هیدروکسی زیدوآکسید	انگل	انگل (مک داول و همکاران، ۲۰۰۰)
واکنش مرگ آبر در بیمارانی که ریتوناویر مصرف کرده به ثبت رسیده است (برادیکاردی، ایست قلبی)	خطر احتمالی اثر GHB	خطر احتمالی مسومیت GHB (ریتوناویر) (۴۴)	متابولیسیم عبور آبر (CYP2P)، به صورت دی اکسید کربن دفع می شود	G, GHB صدمه بدنی شدید	گلسا هیدروکسی بوتیرات (هسرتینگتن و همکاران، ۱۹۹۸)
نظارت جهت علائم و نشانه های متافتمین، احتیاب از ترکیب شان مو به تن، انک ریزش، اضطراب، هپتان، پرخوابی، توهم، روان پریشی، گشاد شدن مردمک، حالت تهوع، استفراغ، گرفتگی عضلات شکم)	غیرمعتدل	انتظار می رود که افلوپرنز اثر کتامین را افزایش دهد	انتظار می رود که افلوپرنز، نل فیناپویر، و ریتوناویر اثر کتامین را افزایش دهند	کیت، کت، K، خصن ^۱	کتامین (پانگهوار و همکاران، ۲۰۰۱)
نظارت جهت علائم و نشانه های متافتمین، احتیاب از ترکیب افلوپرنز، افزایش با کاهش احتمالی مطوح MDMD، نوبراین، کاهش احتمالی	غیرمعتدل	نامشاخته، با احتیاط استفاده شود	نامشاخته، با احتیاط استفاده شده	اسید، LSD، چوپهر	اسید نیززچیک دی اتیل امید
نظارت جهت علائم و نشانه های متافتمین، احتیاب از ترکیب کردن در صورت استفاده، دور کاهش یافته متافتمین مصرف شود (ک چهارم)، احتیاب از مصرف انگل، استفراحت کردن، اطمینان از مصرف آب کافی	غیرمعتدل	انتظار می رود که ریتوناویر مطوح خوبی را افزایش دهد	انتظار می رود که ریتوناویر مطوح خوبی را افزایش دهد	کریستال مت، اسپید	متافتمین (لین و همکاران، ۱۹۹۷)
نظارت جهت علائم و نشانه های متافتمین، احتیاب از ترکیب کردن در صورت استفاده، دور کاهش یافته MDMD مصرف شود (ک چهارم)، احتیاب از مصرف انگل، استفراحت کردن، اطمینان از آب کافی در بین	سطح کاهش یافته PCP	افزایش قابل توجه سطح MDMD (ریتوناویر ۴۴۴، مورد مرگ گزارش شده است)	CYP2D6 > 1A2, 2B6, 3A4	ادم، ماهیت	متمان دی اکسی متافتمین (لین و همکاران، ۱۹۹۷، هسری و هیسبل، ۱۹۹۸، کرت و همکاران، ۲۰۰۰)
نظارت جهت علائم و نشانه های متافتمین، احتیاب از مصرف افلوپرنز، پرفشار خوبی، تسخ، رادیومولیز، هپترومی)	سطح کاهش یافته PCP	سطح افزایش یافته PCP	CYP3A4	سوجت جت، گرد	فن سائکلیدین (لارزا و اپور، ۱۹۹۷)
کاهش سطح نل فیناپویر و ایندیناپویر با نظر بالینی قابل توجه نیست	کاهش احتمالی سطح THC	افزایش احتمالی سطح THC، کاهش های در سطح نل فیناپویر و ایندیناپویر گزارش شده است	2C9, CYP3A4	ماری جوانا، پات	تتراهیدروکانابینول (پوتسایام و همکاران، ۱۹۹۳، ولفلب و همکاران، ۱۹۹۵، آبرامز و همکاران، ۲۰۰۱، گوزال و همکاران، ۲۰۰۱)

منابع: آنتونینو و تی سگ، ۲۰۰۲

پتانسیل برهم کنش بین کوکابین یا هرویین و ضد رترو ویروس‌ها معلوم نیست. تنها ۱۰ درصد از متابولیسم کوکابین به سیستم آنزیمی CYP (CYP3A4) مربوط می‌شود (لادونا و همکاران، ۲۰۰۰). مصرف همزمان مهارکننده‌های CYP3A4 (PI ها، دلاویردین، افاویرنز) یا القاکننده‌ها (نویراپین، افاویرنز) ممکن است تاثیر کمی بر سطوح کوکابین داشته باشند زیرا سایر مسیرهای متابولیکی نقش تعیین کننده تری در حذف این دارو بازی می‌کنند. با این حال، باید توجه داشته باشید از آنجایی که متابولیسم CYP3A4 کوکابین را به یک متابولیت سمیت کبدی به نام نور کوکابین تبدیل می‌کند، مهارکننده‌های CYP3A4 ممکن است خطر سمیت کبدی را کاهش دهند در حالیکه القاکننده‌های CYP3A4 ممکن است این نوع سمیت را افزایش دهند (آنتونیو و تی سنگ، ۲۰۰۲). هنگامی که هرویین همزمان با مهارکننده پروتیاژ ریتوناویر مصرف شود سطوح آن نیز ممکن است کاهش یابد و احتمالاً سندرم محرومیت از هرویین (ماده مخدر) را در شخصی که معتاد به هرویین است تسریع بخشد (تیمن و لالازری، ۱۹۹۹؛ آنتونیو و تی سنگ، ۲۰۰۲).

استعمال THC دودی یا مواد مشابه سنتتیک خوراکی آن در میان مبتلایان به عفونت HIV بسیار رایج است. بجز مصارف تفریحی، THC را می‌توان به دلایل پزشکی از قبیل کنترل درد و حالت تهوع و برای تحریک اشتها در بیماران ضعیف شده بکار برد. THC نشان داده است که می‌تواند "سطح زیر منحنی های" نل فیناویر و ایندیناویر را به ترتیب تا ۱۷ درصد و ۲۴ درصد کاهش دهد (کوزل و همکاران، ۲۰۰۱). از آنجایی که تغییراتی در سرکوب ویروسی و ترمیم سیستم ایمنی اثبات نشده است، این امر از نظر بالینی مهم تلقی نمی‌شود (آبرامز و دیگران، ۲۰۰۱) (جدول ۳.۴).

مطالعه موردی: عوارض روانی-عصبی ناشی از مصرف دارو

دبورا زنی ۴۰ ساله با سرولوژی مثبت HIV و بدون سابقه اختلالات روانی است که تقریباً ۲ هفته پس از آغاز رژیم درمانی ضد رترو ویروسی دیدانوزین، لوپیناویر-ریتوناویر، و افاویرنز شروع به تجربه نشانه‌هایی از شیدایی، پارانویا، و توهم می‌کند. نشانه‌های اولیه او شامل بی‌خوابی، رویاهای زنده، و زودرنجی هستند. این علائم پیشرفت کرده و به علائم کنترل هیجان، بیش‌فعالی، تکلم سریع و تحت فشار، هجوم افکار همراه با مشکل در تمرکز و توانایی متمرکز ماندن، و خواب آلودگی ممتد مبدل می‌شوند. دبورا شروع به تجربه علائم روانی پارانویا می‌کند و همچنین فکر می‌کند که با مصرف داروهایش مسموم می‌شود و اشخاصی در بیرون می‌خواهند او را بربایند. او همچنین توهمات دیداری و شنیداری دارد که او را می‌ترسانند. درمانگر تصمیم می‌گیرد که داروهای ضد رترو ویروسی او را قطع کرده و دوز پایینی از ریسپریدون را برای کم کردن علائم او آغاز کند. پس از مدت کوتاهی، روان پریشی او رو به بهبودی می‌گذارد و در آخر مصرف ریسپریدون بدون تکرار علائم قطع می‌شود. پس از آن، او مجدداً رژیم درمانی ضد رترو ویروسی حاوی دیدانوزین، لوپیناویر-ریتوناویر، و نویراپین را بدون هیچ مشکلی در ظهور دوباره علائم آغاز می‌کند.

کدامیک از انواع عوارض جانبی روانی-عصبی با مصرف ضد رترو ویروس‌ها و سایر عواملی که در عفونت HIV بکار می‌روند در ارتباط می‌باشد؟

طیف گسترده‌ای از عوارض جانبی روانی-عصبی می‌توانند با مصرف ضد رترو ویروس‌ها و سایر عواملی که در عفونت HIV بکار می‌روند در ارتباط باشند. این عوارض جانبی ممکن است شامل اختلال در خلق مانند افسردگی و شیدایی، اضطراب، زودرنجی، هیجان، خستگی، اختلال در خواب، سردرد، سندروم درد نوروپاتی، گیجی، و سردرگمی شوند. بیمارانی که برای درمان عفونت HIV یا عوارض مربوط به آن ضد رترو ویروس و همچنین سایر داروها را استفاده می‌کنند ممکن است علائم اختلال روانی از جمله هذیان، پارانوایا، و توهم را تجربه کنند.

شواهدی که دال بر رابطه علت و معلولی بین ضد رترو ویروس‌ها و واکنش‌های نامطلوب روانی می‌باشد از قدرت ضعیفی برخوردارند. اکثر این واکنش‌های نامطلوب در آزمایش‌های بالینی ضد رترو ویروسی ذکر شده‌اند. در طول این آزمایش‌ها، هیچ گونه تحقیق سیستماتیک در علائم اختلالات روانی صورت نگرفته (که احتمالاً منجر به گزارش‌دهی کمتر از حد لازم می‌شود) و تلاشی برای تشخیص مطابق با معیارهای DSM صورت نگرفته است. از سوی دیگر، وقتی که یک علامت اختلال روانی گزارش شد، هیچ کوششی برای کنار گذاشتن دلایل احتمالی آن علامت انجام نشد (که احتمالاً منجر به گزارش‌دهی بیش از حد لازم می‌شود). بطور مثال، اگر بیماری بی‌خوابی خود را گزارش کرده است، جستجویی برای یافتن دلایل بالقوه دیگر بی‌خوابی صورت نگرفته است. این امر خصوصاً با در نظر داشتن این حقیقت که عفونت HIV اغلب با استرس جدی روانی-اجتماعی همراه بوده و بیماران تحت درمان با چندین دارو می‌باشند حایز اهمیت می‌باشد.

منبع دیگر در خصوص عوارض جانبی روانی-عصبی ضد رترو ویروس‌ها گزارش‌های موردی است. در حالیکه تلاش‌هایی برای بیان علت این امر صورت می‌گیرد، اما گزارش‌های موردی کافی برای بیان واضح رابطه بین عوارض روانی-عصبی و مصرف داروی HIV به دست نیامده است. البته دو استثنای قابل ذکر وجود دارد که عبارتند از: نوروپاتی محیطی وابسته به NRTI و نشانه‌های روانی-عصبی مربوط به افویرنز. تقریباً ۵۰ درصد از مبتلایان به HIV که افویرنز استفاده کرده‌اند، نشانه‌های روانی-عصبی را از خود بروز می‌دهند از جمله سرگیجه، سردرد، اختلال در تمرکز، گیجی، بی‌خوابی، عصبانیت، اضطراب، رویاها یا کابوس‌های زنده، خواب‌آلودگی در طول روز، احساس خماری^۱ در صبح، تفکر غیرعادی، فراموشی، زوال

شخصیت^۱، سرخوشی، افسردگی، و توهم. این نشانه‌ها معمولاً چند روزی پس از شروع درمان بروز می‌کنند و بتدریج با گذشت ۱ تا ۴ ماه کم می‌شوند (هالمن، ۲۰۰۱). اغلب بیماران تنها تعداد کمی از این نشانه‌ها را بروز می‌دهند. طبق مطالعات بالینی گوناگون، میزان قطع مصرف افویرنز مربوط به رویدادهای نامطلوب عصبی-روانی بین ۲/۶ درصد و ۱۶ درصد در نوسان است (هالمن، ۲۰۰۱).

انتخاب یک داروی روانی برای بیمار مبتلا به HIV چگونه است؟

تداخلات دارویی بالقوه دارای عوارض جانبی می‌توانند تاثیر قابل توجهی داشته باشند، بنابراین هنگام تجویز یک داروی خاص یا یک رژیم دارویی برای یک فرد مبتلا به عفونت HIV، می‌بایست توجه لازم صورت پذیرد. خلاصه زیر مبنایی منطقی برای در نظر گرفتن داروهای مختلف جهت مدیریت شرایط روانی را ارائه می‌دهد.

اختلالات عمده افسردگی

- مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (SSRIs) گزینه‌های خوبی برای درمان نشانه‌های افسردگی و اضطراب هستند. از این گروه، فلوکستین طولانی‌ترین نیمه عمر^۲ را داراست، در حالیکه تداخلات دارویی سرتالین و سیتالوپرام (همچنین فرمولاسیون ایزومریک آن اس سیتالوپرام) بطور کلی نسبت به فلوکستین و پاروکستین کاهش یافته است. در خصوص مصرف همزمان ضد رترو ویروس‌ها، انتظار می‌رود که تداخلات قابل توجهی بین پاروکستین و فلوکستین و رژیم‌های درمانی حاوی ریتوناویر رخ دهد. در واقع، یک مرور موارد از سندروم‌های سروتونین با مصرف همزمان فلوکستین و ریتوناویر گزارش شده است (دسیلوا و همکاران، ۲۰۰۱). در بیماران مبتلا به عفونت HIV که مهارکننده پروتياز مصرف می‌کنند، درمانگران می‌بایست SSRI را با نصف دوز معمول اولیه به بیمار بدهند و آهسته دوز آن را تنظیم کنند.
- ونلافاکسین ایکس آر^۳ دارویی مناسب برای افرادی است که علائم همزمان افسردگی و اضطراب دارند. هنگامی که دوزهای بالای (بیش از ۳۰۰ میلی گرم در روز) ونلافاکسین ایکس آر مصرف می‌شود، به دلیل احتمال بدتر شدن پرفشاری خون باید فشار خون را تحت نظر داشت. افرادی که

1 Depersonalization

2 Elimination half-life

3 Venlafaxine XR

ونلافاکسین ایکس آر مصرف می‌کنند ممکن است بدلیل "اثر فعال سازی" آن علایم عصبانیت، هیجان، و یا بی‌خوابی را تجربه کنند و همچنین ممکن است هنگامی که دارو را مصرف می‌کنند سردرد را نیز تجربه کنند. امکان دارد تداخلات دارویی قابل توجهی بین ونلافاکسین ایکس آر و رژیم‌های درمانی حاوی ریتوناویر روی دهد، زیرا ونلافاکسین توسط CYP2D6 متابولیز می‌شود و ریتوناویر مهارکننده این ایزوآنزیم است (تی سنگ و فویسی، ۱۹۹۹). تداخل با سایر PIها یا NNRTIها احتمال کمتری دارد. بیمارانی که ریتوناویر مصرف می‌کنند می‌بایست با دوزهای پایین ونلافاکسین شروع کنند و فشار خون آنها باید به دقت تحت نظر گرفته شود زیرا که تداخل آنها می‌تواند منجر به افزایش سطوح پلاسمای ونلافاکسین شود.

- بوپروپیون اس آر^۱ ممکن است در افرادی استفاده شود که افسردگی دارند و از ناتوانی جنسی ناشی از مصرف سایر داروهای ضد افسردگی رنج می‌برند. به دلیل افزایش خطر تشنج، بوپروپیون اس آر را نباید با دوزهای بیش از ۴۰۰ میلی گرم در روز (دو بار در روز بصورت منقسم) استفاده کرد (مخصوصاً در افرادی که سابقه تشنج، صدمه به سر، و یا نقص سیستم عصبی مرکزی^۲ دارند). از آنجایی که بوپروپیون ابتدا توسط CYP2B6 متابولیز می‌شود، و ریتوناویر، نل فیناویر، و افاویرنز مهارکننده این ایزوآنزیم هستند، هنگام تجویز بوپروپیون اس آر به بیماران مبتلا به HIV که این ضد رترو ویروس‌ها را مصرف می‌کنند باید مراقب بود (تی سنگ و همکاران، ۲۰۰۲؛ پارک-وایلی و آنتونیو، ۲۰۰۳). مصرف همزمان بوپروپیون با ریتوناویر ۴۰۰ تا ۶۰۰ میلی گرم بصورت دو بار در روز منع شده است. در حالیکه دوزهای کمتر بوپروپیون (مثلاً ۱۵۰ میلی گرم در روز) را می‌توان با احتیاط با سایر PIها از جمله ریتوناویر ۱۰۰ میلی گرم بصورت دو بار در روز مصرف کرد.
- هنگامی که بی‌خوابی یکی از علایم قابل توجه افسردگی باشد، می‌توان میرتازاپین را بدلیل عوارض جانبی ملایم‌تر بطور خاص به عنوان یک داروی ضد افسردگی مفید بکار برد (بنابراین، باید آن را هنگام خوابیدن استفاده کرد). این دارو را می‌توان در افراد افسرده‌ای بکار برد که از ناتوانی جنسی ناشی از مصرف سایر داروهای ضد افسردگی رنج می‌برند. هنگام استفاده از میرتازاپین، اشتها و وزن افراد ممکن است زیاد شود (که ممکن است با توجه به کاهش اشتها و کم کردن وزن ناشی از افسردگی و یا HIV/AIDS تاثیر خوشایندی باشد). از آنجایی که میرتازاپین توسط CYP2D6، 1A2، و 3A4 متابولیز می‌شود، همه PIها (خصوصاً ریتوناویر) و

1 Bupropion SR

2 CNS compromise

همچنین دلاویزدین (و بعضی اوقات افویرنز) می‌توانند غلظت‌های میرتازاپین را افزایش دهند (اورگان، ۲۰۰۱). هنگام شروع این داروی ضد افسردگی برای بیماران مبتلا به HIV که ریتوناویر مصرف می‌کنند، درمانگران می‌بایست از دوزهای پایین میرتازاپین استفاده کنند. در مقابل، نوریاپین و افویرنز می‌توانند متابولیسم میرتازاپین^۱ را القا کنند و در نتیجه به دوزهای بالای میرتازاپین نیاز شود.

- دانشمندان دریافته‌اند که نفازدون موجب اختلال عملکرد کبد شده و در برخی موارد نیز موجب خطر جدی نارسایی کبد شده است و اداره غذا و داروی ایالات متحده را بر آن داشته است تا به اصطلاح یک "جعبه سیاه" ایجاد کند که به درمانگران در خصوص امکان رویدادی نامطلوب و تهدیدکننده و جدی هشدار دهد. نفازدون را نباید برای درمان افراد مبتلا به HIV/AIDS و یا افرادی که نقص عملکرد کبد دارند (یعنی عفونت هپاتیت) استفاده کرد. این دارو بر سیستم آنزیم CYP کبدی نیز تاثیرات قابل توجه‌ای دارد (CYP3A4 را مهار می‌کند) و می‌تواند متابولیسم داروها و مواد مخدر دیگری را نیز تحت تاثیر قرار دهد.
- داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای را می‌توان برای درمان انواعی از اختلالات از جمله افسردگی، بی‌خوابی، و درد نوروپاتیک بکار برد. داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای از طریق سیستم آنزیم CYP2D6 دستخوش متابولیسم می‌شوند و بنابراین داروهایی از قبیل ریتوناویر، فلوکستین، و پاروکستین که مهارکننده‌های این سیستم آنزیم هستند همواره سطوح خونی داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای را افزایش می‌دهند. برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص کاربرد داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای در جمعیت مورد مطالعه، به بخش ۴ در مورد اختلالات خلقی مراجعه کنید. اگر درمانگران این داروها را بعنوان یک روش درمانی دارویی بکار برند، می‌بایست به دقت سطوح خونی را تحت نظر بگیرند و به یاد داشته باشند که این داروها پنجره درمانی^۲ ظریفی دارند که از طریق تداخلات دارویی می‌توان آنها را پشت سر گذاشت. بکارگیری داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای بعنوان عوامل خط اول برای درمان افسردگی افراد مبتلا به HIV (که ممکن است تحت رژیم درمانی پیچیده‌ای از داروها بوده و مستعد تداخلات دارویی و عوارض جانبی می‌باشند) توصیه نمی‌شود، مخصوصاً وقتی که گزینه‌های درمان دارویی دیگری موجود می‌باشد.

1 Mirtazapine

2 Therapeutic windows

- محرک‌های روانی از قبیل متیل فنیدات، دکستروآمفتامین، و مودافینیل را می‌توان برای درمان افسردگی ثانویه (افسردگی در جریان یک بیماری جسمی مانند عفونت HIV) بکار برد، خصوصاً در افرادی که بی‌علاقگی و بی‌رمقی جزء اصلی افسردگی‌شان است. همچنین این عوامل را می‌توان به عنوان داروهای کمکی فرعی جهت تکمیل درمان ضد افسردگی فعلی افراد بکار برد. با تکیه بر اثرات تحریک‌کنندگی این داروها، می‌توان آنها را برای درمان خستگی که معمولاً افراد مبتلا به HIV/AIDS با آن روبرو هستند نیز بکار برد.
- عصبانیت، بی‌قراری، لرزش، و بی‌خوابی از شایعترین عوارض جانبی در طول مدت استفاده از محرک‌های روانی می‌باشند. عوارض قلبی عروقی نیز ممکن است ایجاد شوند (به استثنای مودافینیل^۱ که هیچ عوارض قلبی عروقی قابل توجه‌ای نداشته و یا این عوارض حداقل می‌باشند) که شامل افزایش فشار خون و ضربان قلب، تپش قلب، و ریتم قلبی غیرعادی^۲ می‌شوند. محرک‌های روانی پتانسیل سوء مصرف قوی دارند و به افرادی که این داروها را مصرف می‌کنند باید در خصوص ایجاد قدرت تحمل نسبت به این داروها، سوء مصرف، و وابستگی مشاوره داد و آنها را تحت نظر گرفت. هنگام تجویز محرک‌های روانی به بیمارانی که سابقه قلبی یا فعلی شیدایی، روان‌پریشی، تشنج، پرفشارخونی، و مصرف مواد دارند باید مراقب بود، زیرا ممکن است این شرایط را تحریک یا بدتر کنند.

با توجه به تداخل با ضد رترو ویروس‌ها، رژیم‌های درمانی حاوی ریتوناویر ممکن است سطوح دکستروآمفتامین و در نتیجه خطر مسمومیت آمفتامین را افزایش دهند (بزرگ‌کلیب نیک-باتلر و همکاران، ۱۹۹۷)، و متیل فنیدات بطور نظری می‌تواند سطوح PI و NNRTI را افزایش دهد (تی سنگ و فویسی، ۱۹۹۹). بیمارانی را باید به دقت از نظر افزایش مسمومیت ضد رترو ویروسی تحت نظر داشت. متابولیسم مودافینیل ممکن است قدری تحت تاثیر داروهایی که سیستم آنزیم CYP3A4 را القا (مانند نوپراپین، افایورنز، و کاربامازپین) یا مهار (مانند PIها و کتوکونازول) می‌کنند قرار گیرد. در چنین مواردی، تنظیم دوز مودافینیل برای مقابله با تداخلات بالقوه ضروری است (کتاب مرجع پزشکان، ۲۰۰۳). این امر منجر به ایجاد مقاومت ویروسی دائمی نسبت به ضد رترو ویروس و همچنین مقاومت متقابل نسبت به سایر ضد رترو ویروس‌های این طبقه دارویی می‌شود. در صورت امکان، اگر مودافینیل افزوده شود، می‌بایست کنترل درمان

1 Modafinil

2 Dysrhythmia

دارویی PIها و NNRTIها جهت حصول اطمینان از باقی ماندن سطوح پلاسماي این ضد رترو ویروس ها در سطح درمانی، انجام شود. تنظیم دوز ضد رترو ویروس ها نیز ضروری است.

اختلالات دوقطبی

- کربنات لیتیوم متابولیز نشده و اصولاً دست نخورده از طریق ادرار دفع می شود. از آنجایی که این ماده در بدن از طریق کلیه ها پاک می شود، درمانگران می بایست قبل از شروع درمان، با دقت به عملکرد کلیه فرد توجه کنند و در طول درمان در صورت نقص عملکرد کلیه دوز دارو را تعدیل کنند. شاخص درمانی این ماده پایین بوده و عوارض جانبی سمی آن ممکن است به سرعت بروز کنند. لیتیوم می تواند تداخلات متعددی با سایر داروها از جمله آنتی بیوتیک ها (مانند تتراسایکلین و مترونیدازول)، داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی (NSAIDs مانند ایبوپروفن)، مهارکننده های آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین (ACE) (از قبیل لیزینوپریل)، و دیورتیک های تیازیدی (مانند هیدروکلرو تیازید) داشته باشد که این داروها می توانند سطوح لیتیوم را در بدن بالا برده و ایجاد مسمومیت کنند. از دست دادن آب بدن که ممکن است پس استفراغ و یا اسهال ایجاد شود، نیز می تواند سطوح لیتیوم را در بدن بالا ببرد، بنابراین، استفاده از لیتیوم در افراد مبتلا به HIV پیشرفته می تواند مشکل ساز شود. مواردی از مسمومیت لیتیوم در سطوح درمانی در افراد مبتلا به ایدز دیده شده است (تانکوری، ۱۹۹۳).
- اسید والپروئیک بصورت کبدی هم از طریق آنزیم CYP و هم از طریق مسیرهای کونژوگه اسید گلوکورونیک متابولیز می شود. از آنجایی که این اسید توسط کبد متابولیز می شود و می تواند به طور بالقوه سمیت کبدی ایجاد کند، در واقع هشداری از جعبه سیاه اداره غذا و داروی ایالات متحده محسوب می شود (میز مرجع پزشکان، ۲۰۰۳). درمانگران می بایست قبل از شروع درمان، با دقت به عملکرد کبد فرد توجه کنند و در طول درمان در صورت وقوع نقص عملکرد کبد دوز دارو را تعدیل یا قطع کنند.
- اسید والپروئیک مهارکننده یو-دی-پی گلوکورونوترانسفراز (مسیر کونژوگه کردن اسید گلوکورونیک) است و بنابراین می تواند غلظت های سرمی سایر عواملی که سوسترهای این آنزیم هستند را افزایش دهد. از لحاظ بالینی، ممکن است تداخلات قابل توجهی بین اسید والپروئیک و ریتوناویر یا نل فیناویر نیز رخ دهد چون این مهارکننده های پروتياز می توانند متابولیسم اسید والپروئیک را القا کنند و غلظت این اسید را کاهش دهند (تی سنگ و فویسی، ۱۹۹۹). شاید لازم شود دوز اسید والپروئیک را به دلیل از دست رفتن کارآمدی آن بالا برد. سطوح پلاسماي اسید

والپروویک را باید قبل از شروع مصرف ریتوناویر یا نل فیناویر و ۳ هفته پس از شروع مصرف مهارکننده پروتئاز اندازه‌گیری کرد.

- علاوه بر اثراتی که اسید والپروویک بر کبد برجای می‌گذارد، این اسید می‌تواند بر عملکرد پلاکت‌ها نیز تاثیر گذاشته و موجب ترومبوسیتوپنی شود. به همین دلیل، درمانگران باید به دقت تعداد پلاکت‌ها را تحت نظر داشته باشند. اسید والپروویک نیز بدلیل تراژوژنیسیته (در رابطه با نقایص لوله عصبی) و تهدید جدی بالقوه التهاب لوزالمعده، هشدارهای جعبه سیاه اداره غذا و داروی ایالات متحده را به همراه دارد (میز مرجع پزشکان، ۲۰۰۳). این ماده را باید با احتیاط بکار برد زیرا داده‌های اخیر حاکی از آنست که این ماده می‌تواند تکثیر ویروس‌های HIV را افزایش دهد (مگی و هالمن، ۲۰۰۱).

- کاربامازپین از طریق سیستم آنزیم CYP کبدی متابولیز می‌شود، بنابراین، درمانگران می‌بایست قبل از شروع درمان، با دقت به عملکرد کبد فرد توجه کنند و در طول درمان در صورت وقوع نقص عملکرد کبد دوز دارو را تعدیل یا قطع کنند. کاربامازپین اثر القایی خودکار و القایی بر سیستم آنزیم CYP کبدی دارد و می‌تواند غلظت سرمی سایر عواملی که متابولیسم آنها از طریق این ایزوآنزیم‌ها صورت می‌گیرد را کاهش دهد. بطور خاص، کاربامازپین را نباید برای بیماران مبتلا به عفونت HIV که PI و یا NNRTI دریافت می‌کنند بکار برد، زیرا که القای CYP3A4 مربوط به کاربامازپین از نظر بالینی موجب کاهش قابل توجهی در غلظت پلاسماي ضد رترو ویروس، فقدان سرکوب ویروسی^۱، و تسریع ایجاد مقاومت ویروسی و مقاومت متقابل می‌شود (تی سنگ و فویسی، ۱۹۹۹). علاوه بر اثرات کاربامازپین بر کبد، این دارو می‌تواند بر عملکرد هماتولوژیک نیز تاثیر بگذارد و موجب سرکوب مغز استخوان، کم خونی آپلاستیک، و آگرانولوسیتوز شود. کاربامازپین بدلیل ارتباطش با کم خونی آپلاستیک و آگرانولوسیتوز، هشدار جعبه سیاه اداره غذا و داروی ایالات متحده را به همراه دارد (کتاب مرجع پزشکان، ۲۰۰۳)، و بنابراین، تعداد کل سلول‌های خون باید به دقت کنترل شود.

- دانشمندان دریافته‌اند که لاموتریژین عامل موثری برای درمان افسردگی دوقطبی (قطب افسردگی اختلال دوقطبی) است (کالابریز و همکاران، ۲۰۰۲). لاموتریژین ابتدا از طریق واکنش‌های کوئزوگه اسید گلوکورونیک بصورت کبدی متابولیز می‌شود و زودگذی آن از بدن ممکن است بطور قابل توجهی در معرض نقص کلیوی یا کبدی کاهش یابد. لاموتریژین می‌تواند بطور بالقوه تداخل

تهدیدکننده و قابل ملاحظه‌ای با اسید والپروئیک داشته باشد و هنگامی که اسید والپروئیک با لاموتریزین مصرف شود می‌تواند نیمه عمر حذف را افزایش داده و در نتیجه زوددگی آن از بدن را کاهش دهد (کک و مک الوری، ۲۰۰۲). واکنشی که منجر به هشدار جعبه سیاه در مورد لاموتریزین توسط اداره غذا و داروی ایالات متحده شده است می‌تواند شامل یک راش پوستی شدید تا سندروم استیونز-جانسون شود که نارسایی چند عضو را در برمی‌گیرد. بروز یک راش هنگام درمان با لاموتریزین نشانه‌ای برای قطع فوری درمان می‌باشد (کتاب مرجع پزشکان، ۲۰۰۳). همانند تداخل بین ریتوناویر یا نل فیناویر و اسید والپروئیک، این مهارکننده‌های پروتياز می‌توانند متابولیسم لاموتریزین را تسریع کنند و موجب کاهش سطوح پلاسما و کارآمدی لاموتریزین شوند (تی سنگ و فویسی، ۱۹۹۹). کنترل داروی درمانی لاموتریزین قبل از شروع مصرف ریتوناویر یا نل فیناویر و ۳ هفته پس از آن توصیه می‌شود.

- گاباپنتین متابولیز نشده و اصولاً بدون تغییر از طریق ادرار دفع می‌شود. از آنجایی که این ماده در بدن از طریق کلیه‌ها پاک می‌شود، درمانگران می‌بایست قبل از شروع درمان، با دقت به عملکرد کلیه فرد توجه کنند و در طول درمان در صورت نقص عملکرد کلیه دوز دارو را تعدیل کنند. گاباپنتین دارای ایمنی و قابلیت تحمل مطلوبی می‌باشد و تداخلات دارویی قابل توجهی ایجاد نمی‌کند. گاباپنتین بطور موثری در درمان درد نوروپاتی، بی‌خوابی، و برخی از حالت‌های اضطراب (از قبیل ترس از اجتماع^۱، هراس، و اختلال اضطراب فراگیر^۲) بکار می‌رود (فریمن و همکاران، ۲۰۰۲). اگرچه گاباپنتین در ابتدا در گزارشات موردی متعدد به عنوان یک عامل بالقوه تثبیت‌کننده خلق معرفی شده است، اما اخیراً نشان داده شده که در درمان اختلالات طیف دوقطبی^۳ بی‌تاثیر بوده است (پاند و همکاران، ۲۰۰۰).

- داروهای ضدروانپزشی^۴ غیرمعمول مانند ریسپریدون، اولانزاپین، کویتاپین، و زیرازیدون را نیز می‌توان بطور موثری بجای داروهای تثبیت‌کننده خلق که در بالا ذکر شده‌اند برای درمان ناپایداری و نوسان خلقی و عاطفی^۵ بکار برد. این داروها از ایمنی بهتری برخوردار بوده و اثرات زیان‌آور بالقوه داروهای دیگر را ندارند. برای توضیح بیشتر در خصوص این داروها، مطالب زیر را مطالعه کنید.

1 Social phobia

2 Generalized anxiety disorder

3 Bipolar spectrum disorders

4 Antipsychotic medications

5 Mood and affective lability and instability

هنگام مدیریت یک بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی، هدف به حداکثر رساندن درمان‌های تثبیت‌کننده خلق در اسرع وقت می‌باشد. از لحاظ درمان دارویی، هم کربنات لیتیوم و هم اسید والپروئیک بعنوان عوامل خط اول که در درمان و تثبیت حملات شدیدایی حاد^۱ در اختلالات دوقطبی موثر هستند توصیه می‌شوند. درمان خط اول برای افسردگی دوقطبی، لیتیوم یا لاموتریژین است. انواع اختلال دوقطبی پیچیده‌تر مانند حالات چرخه‌ای مختلط و سریع، ممکن است واکنش بیشتری نسبت به اسید والپروئیک، لاموتریژین، و یا درمان ضد روانپریشی غیرمعمول نشان دهند. لیتیوم و اسید والپروئیک، هر دو در درمان مرحله نگهداری اختلالات دوقطبی موثر هستند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰؛ مولر و نصراله، ۲۰۰۳؛ گلدبرگ و ایروینگ، ۲۰۰۳؛ کک و همکاران، ۲۰۰۴).

با این حال، در بعضی موارد از قبیل حملات شدیدایی حاد با بی‌قراری و یا روان‌پریشی، ممکن است لازم باشد یک عامل نوروپاتیک غیرمعمول مانند اولانزاپین فوراً مصرف شود تا بطور حاد و سریع علائم را کنترل کرده و از صدمه رسیدن به بیمار و دیگران جلوگیری شود. پس از آن نیز می‌توان یک عامل تثبیت‌کننده خلق مصرف کرد. با توجه به ضرورت نظارت همتولوژیکی منظم و همچنین پتانسیل تداخلات دارویی قابل توجه و مسمومیت‌هایی که ممکن است هنگام استفاده از تثبیت‌کننده‌های خلق مانند کربنات لیتیوم، اسید والپروئیک، کاربامازپین، و لاموتریژین با آنها مواجه شد، درمانگران می‌بایست هنگام تجویز این داروها برای درمان ناپایداری و نوسان خلقی و عاطفی مانند حالاتی که در اختلالات دوقطبی ایجاد می‌شود گوش به زنگ باشند.

اختلالات اضطرابی

- بنزودیازپین‌ها، درمانگران می‌بایست عواملی با فعالیت نسبتاً طولانی‌تر و همچنین عواملی بدون متابولیت‌های فعال دارویی عمده مانند لورازپام، اگرازپام، و تمازپین را انتخاب کنند (و در نتیجه بار کلی کبد را کاهش دهند). این سه بنزودیازپین از طریق واکنش‌های کونژوگ اسید گلوکوکورونیک، در کبد دستخوش متابولیسم می‌شود و حساسیت بسیار کمتری نسبت به اثرات تداخل دارویی مهارکننده/الفاکننده‌ای دارند که در متابولیسم اکسیداتیو که سیستم آنزیم CYP کبدی را درگیر می‌کند با آنها روبرو می‌شوند. در نتیجه، آنها برای بیماران مبتلا به نقص قابل توجه در عملکرد کبد (مثلاً، پس از بیماری کبد) گزینه‌های ایده‌آلی هستند و بیمارانی که تحت درمان با رژیم‌های دارویی پیچیده‌ای هستند که در آنها تداخلات دارویی حایز اهمیت می‌باشند.

- بنزودیازپین‌ها را تنها باید بصورت درمان کوتاه مدت برای مدیریت حاد اختلالات اضطرابی استفاده کرد به دلیل مسایلی از قبیل تحمل نسبت به دارو، سوء مصرف، و وابستگی که می‌توانند برای افرادی با سابقه فعلی و قبلی اعتیاد بسیار باعث نگرانی شوند. عوامل ضد افسردگی از قبیل SSRIها و ونلافاکسین را باید بصورت درمان بلند مدت برای مدیریت حاد اختلالات اضطرابی بکار برد (به قسمت اختلالات افسردگی عمده در بالا مراجعه کنید). هنگام درمان شخص مبتلا به اختلال اضطرابی، شروع مصرف بنزودیازپین با دوز پایین و یک داروی ضد افسردگی بصورت همزمان و سپس اندازه‌گیری و تنظیم داروی ضد افسردگی تا زمانی که اثرات درمانی مشاهده شوند (دوزهای داروی ضد افسردگی برای درمان علائم اضطراب بطور کلی پایین‌تر از دوزهای هستند که برای درمان علائم افسردگی بکار می‌روند)، و سرانجام حفظ داروی ضد افسردگی در دوز درمانی در حالیکه بنزودیازپین به تدریج کاهش یافته و قطع می‌شود (برای علائم احتمالی محرومیت از دارو) می‌تواند یک استراتژی مفید باشد. بنزودیازپین‌ها می‌توانند منجر به بازداری زدایی رفتاری و هذیان با نشانه‌هایی از گیجی، سردرگمی، اختلال حافظه، نوسان خلقی، و بی‌قراری شوند (مخصوصاً در افراد پیر و افراد مبتلا به نقص سیستم عصبی مرکزی مانند زوال عقل ناشی از ایدز).
- بنزودیازپین می‌تواند تداخلات دارویی بالقوه‌ای با داروهای دیگری که متابولیسم آن را مهار می‌کنند داشته باشد و در نتیجه این مهار، سطوح بنزودیازپین در بدن بالا رفته و شاید موجب انسداد تنفسی^۱ و مرگ شود. بطور مثال، انتظار می‌رود که مهارکننده‌های پروتياز و دلاویردین (و بعضی مواقع افاویرنز) غلظت پلاسمای بنزودیازپین‌هایی که با CYP3A4 متابولیز می‌شوند را افزایش دهند، در حالیکه نویراپین و افاویرنز می‌بایست غلظت پلاسمای آن را کاهش دهند. غلظت پلاسمای بنزودیازپین‌هایی که با گلوکوکورونیداسیون حذف می‌شوند (لورازپام، اگزازپام، تمازپام) ممکن است از طریق القای گلوکوکورونوسیل ترانسفراز UDP، توسط نل فیناویر و ریتوناویر کاهش یابد (آنتونیو و تی سنگ، ۲۰۰۲).
- بوسپیرون یک عامل ضد اضطراب غیر بنزودیازپینی است که برای درمان اختلال اضطراب فراگیر بکار می‌رود. عوارض جانبی شایع بوسپیرون شامل احساس سبکی سر و سرگیجه است. بوسپیرون پتانسیل سوء مصرف پایینی دارد، اما درمانگران می‌بایست در خصوص تداخلات دارویی بالقوه آن مراقب باشند. از آنجایی که بوسپیرون بطور گسترده توسط CYP3A4 متابولیز می‌شود، از نظر

بالینی، امکان دارد تداخلات متعدد قابل توجه‌ای با مهارکننده‌های CYP3A4 (ایتراکونازول، اریترومیسین، نفازودون، فلووکسامین) و القاکننده‌های آن (ریفامپیسین) داشته باشد (بزکلیب نیک-باتلر و همکاران، ۱۹۹۷). انتظار می‌رود که PIها و NNRTIها (افاویرنز و نوبیراپین) متابولیسم بوسپیرون را به ترتیب مهار و القا کنند.

- عوامل آنتی هیستامینرژیک مانند هیدروکسی زین را نیز می‌توان برای مدیریت علائم اضطراب بکار برد. این عوامل می‌توانند عوارض جانبی آنتی کلینرژیک ایجاد کنند و موجب مشکلاتی از این دست شوند.

اختلالات روان پریشی

- داروهای غیرمعمول ضدروان‌پریشی^۱ مانند ریسپریدون، اولانزاپین، کویتاپین، و زیرازیدون از نظر خطرات عوارض جانبی از قبیل عوارض آنتی کلینرژیک، نشانه‌های اکستراپیرامیدال، و تاردیو دیس کینزی^۲، ایمنی بیشتری نسبت به داروهای غیرمعمول نوروپاتیک قدیمی (مانند هالوپریدول، فلوفنازین، و کلرپرومازین) از خود نشان می‌دهند. این داروهای جدید تقریباً از لحاظ عملکرد کبدی ایمن هستند، کمترین تداخلات دارویی را دارند، و در درمان حالت‌های بی‌قراری، هذیان، اختلالات روان پریشی، و نوسان و ناپایداری خلقی و عاطفی موثر هستند. از میان داروهای غیرمعمول ضد روان پریشی که در بالا ذکر شد، ریسپریدون، اولانزاپین، و کویتاپین می‌توانند باعث ازدیاد وزن شوند، در حالیکه زیرازیدون از این لحاظ بی‌تاثیر است. ازدیاد وزن ممکن است برای کسانی که از ضعف بنیه شدید (ضعف در اثر HIV) رنج می‌برند مفید باشد. از میان عوامل نوروپاتیک غیرمعمول که در بالا ذکر شد، اولانزاپین نشان داده است که از طریق مکانیسم نامعلومی می‌تواند دیابت را در بیماران مستعد تسریع و بدتر کند. در بیماران مستعد، ازدیاد قند خون^۳ ممکن است نسبتاً زود پس از شروع درمان با اولانزاپین با گستره‌ای از نشانه‌ها شامل ازدیاد قند خون خفیف تا کتواسیدوز و حالت کمای دیابتی آغاز شود (در این خصوص مرگ‌هایی گزارش شده است). هنگامی که درمان با اولانزاپین قطع شده یا دوز آن کاهش می‌یابد، قند خون بهتر کنترل می‌شود (کولر و دوریزوامی، ۲۰۰۲). دلیل این کنترل قند خون تغییر داده شده در چارچوب درمان با اولانزاپین، مخصوصاً در

1 Atypical antipsychotic medications

2 Tardive dyskinesia

3 Hyperglycemia

یک موقعیت بالینی که مهارکننده‌های پروتياز نیز می‌توانند به ایجاد دیابت کمک کنند، این است که هم بیماران و هم درمانگران باید گوش به زنگ باشند، سطوح گلوکز خون را بطور منظم کنترل کنند، و برای تعدیل درمان با توجه به نشانه‌هایی نظیر ازدیاد قند خون، کاهش وزن، تکرر ادرار، عطش بیش از حد، و تغییر وضعیت روانشناختی که ممکن است نشانه متابولیسم گلوکز غیرعادی باشند آمادگی لازم را داشته باشند. این امکان وجود دارد که تداخلاتی بین داروهای غیرمعمول ضد روان پریشی و ضد رترو ویروس‌ها رخ دهد. مصرف همزمان دوز بالای ریتوناویر و کلوزاپین منع شده است زیرا ممکن است ریتوناویر با مهار کردن CYP2D6 و C3A4 به طور قابل ملاحظه‌ای سطوح کلوزاپین را افزایش دهد. با این حال، در همین زمان، ریتوناویر می‌تواند گلوکوروئیداسیون و متابولیسم CYP1A2 کلوزاپین را القا کند (تی سنگ و فویسی، ۱۹۹۹). دوز پایین (۱۰۰ میلی گرم بصورت دو بار در روز) ریتوناویر را می‌توان با رعایت احتیاط با کلوزاپین مصرف کرد. به طور مشابه، ریتوناویر با القا کردن CYP1A2 و گلوکوروئوسیل ترانسفراز UDP می‌تواند متابولیسم اولانزاپین را القا کرده و نیاز به افزایش دوز اولانزاپین جهت دستیابی به اثر دلخواه را تقویت کند (پنزاک و همکاران، ۲۰۰۲). انتظار می‌رود که PIها و NNRTIها (افاویرنز و نیراپین) متابولیسم کویتاپین و زیرازیدون را به ترتیب مهار و القا کنند. همچنین انتظار می‌رود که رژیم‌های درمانی حاوی ریتوناویر سطوح پلاسمای ریسپریدون را افزایش داده و به ایجاد واکنش‌های دارویی نامطلوب کمک کنند.

اختلال در خواب

بی‌خوابی در افراد مبتلا به عفونت HIV و خصوصاً افرادی که اختلالات عصبی-شناختی دارند شایع است (رابین اشتاین و سلوین، ۱۹۹۸). بی‌خوابی در افراد مبتلا به عفونت HIV علل چندگانه‌ای دارد از جمله مشکلات پزشکی فعلی، سندروم‌های درد، اختلالات عصبی-شناختی، استرس روانی-اجتماعی، عوارض داروها، سوءمصرف یا وابستگی به مواد، و بیماری روانی همزمان (از قبیل افسردگی، اضطراب، شیدایی یا شیدایی خفیف، و روان پریشی). در نتیجه، در ارزیابی بی‌خوابی باید اول به دستیابی به سابقه جامعی از خواب بپردازد تا بتواند علت اصلی این مشکل را بدرستی شناسایی کند.

درمان بی‌خوابی نباید تنها بر علل بالقوه متمرکز شود، بلکه باید به خود بی‌خوابی نیز بپردازد. ممکن است درمان بی‌خوابی به صورت غیردارویی یا دارویی انجام شود (لیپمن و همکاران، ۲۰۰۱). تکنیک‌های غیردارویی شامل آموزش در مورد بهداشت خواب مطلوب (مانند حفظ ساعت خواب منظم و اجتناب از چرت زدن)، تغییرات رفتاری (مانند ورزش کردن، اجتناب از مصرف کافئین یا الکل در اواخر عصر یا اوایل شب، و

خوردن زود هنگام شام)، و فعالیت‌های کاهش استرس (مانند یوگا و مدیتیشن) می‌شوند. از نظر دارویی، بی‌خوابی را می‌توان با گزینه‌های متعددی رفع کرد از جمله عوامل آنتی‌هیستامین (مانند دیفن‌هیدرامین و هیدروکسی‌زین)، بنزودیازپین‌ها (مانند تمازپام، لورازپام، و اکزازپام)، داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای، داروهای ضد افسردگی مانند SSRI‌ها و میرتازاپین، گاباپنتین، داروهای آرام‌بخش-خواب‌آور^۱ غیر بنزودیازپینی نظیر زولپیدم، زالپون، و زویپکلون. این سه داروی اخیر نیمه عمر حذف نسبتاً کوتاهی دارند و ممکن است برای درمان کوتاه مدت بی‌خوابی بکار رود. بدلیل نگرانی از عادت کردن و پتانسیل سوء مصرف یا وابستگی، مصرف طولانی مدت این داروها توصیه نمی‌شود (لیپمن و همکاران، ۲۰۰۱). همانند موارد دیگر، احتمال تداخلات دارویی (جدول ۳.۳. را مشاهده کنید) و عوارض جانبی که ممکن است هنگام استفاده از روش‌های دارویی برای درمان بی‌خوابی رخ دهند را باید مورد توجه صحیح قرار داد.

چه اقدامات احتیاطی باید توسط درمانگران جهت تجویز ایمن داروها برای بیماران

مبتلا به عفونت HIV انجام شود؟

- درمانگران باید همیشه سابقه کامل و جامع مصرف دارو یا مواد را از بیماران دریافت کنند، به داروهای تجویز شده، داروهایی که بدون نسخه مصرف شده‌اند^۲ (OTC)، مکمل‌های گیاهی یا جایگزین، و مواد مخدر تفریحی توجه کنند. دریافت یک شرح حال دقیق اولیه موجب می‌شود که درمانگر در خصوص هر گونه تداخل دارویی بالقوه منفی و عوارض جانبی که ممکن است بر بیمار تاثیر نامطلوب بگذارند هوشیار باشد. استفاده از داروهای مورد پژوهش در بیماران مبتلا به HIV معمول است. از آنجایی که اطلاعات مربوط به تداخلات و عوارض جانبی عصبی-روانی این داروها محدود است، درمانگر باید هنگام شروع یک داروی اضافی بسیار احتیاط کند.
- هنگام تجویز، درمانگران همیشه باید با دوز پایین شروع کرده و بتدریج آن را با گذشت زمان افزایش دهند و درمان بیمار را، مخصوصاً در مراحل اولیه، پیگیری کنند. هنگامی که بیمار با موفقیت مصرف دارو را شروع کرد، پایین‌ترین دوز موثر نگهدارنده را بیابید.
- برای کاهش بار مصرف قرص از دوش بیمار و کاهش خطا در مصرف دارو، واکنش‌های دارویی نامطلوب، و هر گونه تداخل دارویی بالقوه منفی، درمانگر باید تا حد ممکن از بکارگیری چند دارو اجتناب کند. محدود کردن بار قرص از دوش بیمار و ایجاد واکنش‌های نامطلوب می‌تواند بطور

1 Sedative-hypnotic agents

2 Over-the-counter medications

قابل توجهی پیروی بیمار از مصرف داروهای اعصاب و ضد رترو ویروس ها را افزایش داده و منجر به کنترل بهتر بیماری روانی، سرکوب ویروسی بهتر، و کاهش خطر مقاومت ویروسی می شود.

- برای دوری از هر گونه تداخل دارویی منفی بالقوه، درمانگر باید از سیستم آنزیم CYP کبدی که مسوول متابولیسم بسیاری از موادی (مثلا، داروهای تجویز شده و داروهای بدون نسخه، ترکیبات جایگزین، و موادی که بصورت تفریحی مورد استفاده یا سوء استفاده قرار می گیرند) که وارد بدن می شوند آگاه باشد. درمانگر باید موادی که می توانند این سیستم آنزیمی را القا و یا مهار کنند را بشناسند و از عواملی که به تنهایی توسط مسیر ایزوآنزیمی واحد متابولیز می شوند اجتناب کنند (یعنی درمانگران باید عواملی را انتخاب کنند که در طول سیستم آنزیم CYP کبدی، مسیرهای متابولیکی چندگانه دارند، بنابراین اگر یک مسیر تغییر یافته یا معیوب شود، عامل مورد نظر همچنان از طریق مسیرهای دیگر متابولیز می شود).
- درمانگر باید به بیماران توصیه کند که در مورد داروهایی که مصرف می کنند و عوارض جانبی بالقوه آنها و تداخلاتی که ممکن است رخ دهد آگاهی و دانش کافی داشته باشند. هنگامی که داروهای جدیدی به رژیم درمانی بیماران اضافه می شود و یا بیماران شروع به مصرف محصولات جایگزین یا مواد مخدر تفریحی کرده اند، درمانگر می بایست بیماران را تشویق کند که در خصوص بروز عوارض جانبی احتمالی جدید یا تداخلاتی که ممکن است روی دهد گوش به زنگ باشند. همچنین درمانگر باید بیماران را تشویق کند که قبل از شروع هر داروی تجویز شده یا بدون نسخه جدید، عامل جایگزین، یا ماده مخدر تفریحی برای اطمینان از عدم وجود تداخلات دارویی نامطلوب با یک پزشک یا داروشناس مشورت کند.
- درمانگر باید آگاه باشد که عوارض جانبی برخی از داروهای اعصاب ممکن است در واقع بر وضعیت جسمی بیمار تاثیر منفی بگذارد.
- اگر درمانگر در خصوص ماده یا داروی خاصی، عارضه جانبی بالقوه، یا تداخلات دارویی محتمل تردید داشته باشد، باید از یک داروشناس، وب سایت، یا دفترچه راهنما یا منبع مکتوب کمک بگیرد (به مطالب پیشنهادی مراجعه کنید).
- جهت حفظ هماهنگی، وجود منبع واحدی برای بیمار و درمانگر برای سوالات و نگرانی هایی که در آینده در مورد مصرف دارو پیش می آید، و برای اجتناب از اشتباه بالقوه به دلیل دریافت چندین دارو از چندین منبع مختلف، درمانگر باید به بیمار تاکید کند که در صورت امکان همه داروهایش را از یک داروخانه تهیه کند.

- درمانگر باید به بیمار در خصوص پیروی جدی از رژیم دارویی تعیین شده تاکید کند و به بیمار آموزش دهد که علیرغم احساس "سلامتی بیشتر"، بدلیل پتانسیل بازگشت نشانه‌ها و ایجاد مقاومت ویروسی، داروهای خود را تغییر نداده و قطع نکند.
- درمانگر باید محیطی را ایجاد کند که در آن اطلاعات مربوط به داروها، عوامل جایگزین، و موادی که بصورت تفریحی مورد استفاده یا سوء استفاده قرار می‌گیرند را بتوان آزادانه و براحتی بین درمانگر و بیمار مبادله کرد و بیمار را به ارتباطی آزاد تشویق کرد. همچنین درمانگر باید به بیمار این فرصت را بدهد که در فرآیند برنامه‌ریزی درمان مشارکت فعالی داشته باشد.

نتیجه‌گیری

مدیریت و مداخلات روانی- دارویی را می‌توان به درستی و موثر برای بیماران مبتلا به HIV بکار برد، اما هنگام استفاده همزمان این داروها با ضد رترو ویروس‌ها باید مراقب بود. درمانگر باید دانش کاربردی و درکی از تداخلات دارویی داشته باشد که ممکن است هنگام مصرف ضد رترو ویروس‌ها و سایر داروهای درمانی HIV با داروهای دیگر روی دهند. جهت تکمیل تلاش‌های درمانگر، بیمار نیز باید دانش کافی در مورد داروهایش، عوارض جانبی احتمالی آنها، و خطر تداخلات بین آنها داشته باشد. برای اطمینان از موفقیت کل مرحله درمان، ارتباط آزاد بین درمانگر و بیمار ضروری است.

منابع

1. A. brams, D., Leiser, R., Shade, S. et al Short-term safety of cannabinoids in HIV patients [Abstract 7441. Slh Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, USA, February 4-8, 200 1.
2. Altice, F.1., Friedland, G. H. and Cooney, E.1. Nevirapine induced opiate withdrawal among injection drug users with HIV infection receiving methadone. AIDS, 13 (1999): 957-62.
3. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with HIV; AIDS. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000a.
4. American Psychiatric Association. Treatment recommendations for patients with bipolar disorder. In Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders (compendium), pp. 555-6. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000b.
5. Antoniou, T. and Tseng, A. L. Interactions between recreational drugs and antiretroviral agents.
6. Annals of Pharmacotherapy, 36 (2002): 1598-613.
7. Armstrong, S. C. The Cytochrome P450 system drug interaction principles for medical practice.

8. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc., 2001.
9. Bertz, R. J. and Granneman, R. Use of in vitro and in vivo data to estimate the likelihood of metabolic pharmacokinetic interactions. *Clinical Pharmacokinetics*, 32 (1997): 210-58.
10. Bezchlibynk- Butler, K. Z. and Jeffries, J. J. *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*, eds. 7^h edn.
11. Seattle, W A: Hogrefe and Huber Publishers, 1997.
12. Boroujerdi, M. *Pharmacokinetics: Principles and Applications*. New York: McGraw-Hili Companies, 2002.
13. Bernheim, I. M., Lasker, J. M. and Raucy, J. L. Human hepatic microsomal metabolism of della I-tetrahydrocannabinol. *Drug Metabolism and Disposition*, 20 (1992): 241-6.
14. Brosen, K. and Naranjo, C. A. Review of pharmacokinetic and pharmacodynamic interaction studies with citalopram. *European Neuropsychopharmacology*, 11 (2001): 275-83.
15. Calabrese, J. R., Shelton, M. D., Rapport, D. J. et al. Long-term treatment of bipolar disorder with lamotrigine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (Suppl. 10) (2002): 18-22.
16. Clarke, S., Mulcahy, F., Bergin, C. et al. Absence of opioid withdrawal symptoms in patients receiving methadone and the protease inhibitors lopinavir-ritonavir. *Clinical Infectious Diseases*, 34 (2002): 1143-5.
17. Cozza, K. L. and Armstrong, S. C. *The Cytochrome P450 System Drug Interaction Principles for Medical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2001.
18. De Maat, M. M. R., Hoetelmans, R. M. W., Mathot, R. A. A. et al. Drug interaction between St. John's wort and nevirapine. *AIDS*, 15 (2001): 420-1.
19. DeSilva, K. E., LeFlore, D. B., Marston, B. J. and Rimland, D. Serotonin syndrome in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy and fluoxetine. *AIDS*, 15 (2001): 1281-5.
20. Dresser, G. K., Spence, J. D. and Bailey, D. G. Pharmacokinetic-pharmacodynamic consequences and clinical relevance of cytochrome P450 3A4 inhibition. *Clinical Pharmacokinetics*, 38 (2000): 41-57
21. Eagling, V. A., Back, D. J. and Barry, M. G. Differential inhibition of cytochrome P450 isoforms by the protease inhibitors, ritonavir, saquinavir and indinavir. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 44 (1997): 190-4.
22. Fletcher, C. V. Enfuvirtide, a new drug for HIV infection. *Lancet*, 361 (2003): 1577-8. Freeman, M. P., Freeman, S. A. and McElroy S. L. The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues. *Journal of Affective Disorders*, 68 (2002): 1-23.

23. Goldberg, I. and Irving, K. Treatment goals of bipolar disorder. *Medscape Psychiatry and Mental Health* 8 (2003): 1-3 (Available as a living document at www.medscape.com).
24. Gourevitch, M. N. Interactions between HIV-related medications and methadone: an overview. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 68 (2001): 227-8.
25. Gourevitch, M. N. and Friedland, G. H. Interactions between methadone and medications used to treat HIV infection: a review. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 67 (2000): 429-36.
26. Halman, M. Management of depression and related neuropsychiatric symptoms associated with HIV/AIDS and antiretroviral therapy. *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 12 (Suppl. C) (2001): 9-19.
27. Harrington, R. D., Woodward, I. A., Hooton, T. M. et al. Life-threatening interactions between HIV-I protease inhibitors and the illicit drugs MDMA and gamma-hydroxybutyrate. *Archives of Internal Medicine*, 159 (1999): 2221-4.
28. Hendrix, C., Wakeford, J., Wire, M. B. et al. Pharmacokinetic and pharmacodynamic evaluation of methadone enantiomers following co-administration with amprenavir in opioid-dependent subjects [Abstract 1649]. 40th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Toronto, Canada, September 17-20, 2000.
29. Henry, J.A. and Hill, L.R. Fatal interaction between ritonavir and MDMA [research letter]. *Lancet*, 352 (1998): 1751-2.
30. Keck, P. E. and McElroy, S. L. Clinical pharmacodynamics and pharmacokinetics of antimanic and mood-stabilizing medications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (Suppl. 4) (2002): 3-11.
31. Keck, P. E., Pedis, R. H., Otto, M. W. et al. The expert consensus guideline series: treatment of bipolar disorder 2004. *Postgraduate Medicine* (2004): 1-47.
32. Kreth, K., Kovar, K., Schwab, M. and Zanfar, U. M. Identification of the human cytochromes P450 involved in the oxidative metabolism of "Ecstasy" -related drugs. *Biochemical Pharmacology*, 15 (2000): 1563-71.
33. Koller, E. A. and Doraiswamy, P. M. Olanzapine-associated diabetes mellitus. *Pharmacotherapy*, 22 (2002): 841-52.
34. Kosel, B., Aweeka, F., Benowitz, N. et al. The pharmacokinetic effects of marijuana (THC) on nelfinavir and indinavir [Abstract 747J]. *SthConference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, Chicago, USA, February 4-8, 2001.
35. Krishnan, R. R., Steffens, D. C. and Doraiswamy, P. M. *Psychotropic Drug Interactions*. New York: MBL Communications, Inc, (1996).
36. Ladona, M. G., Gonzalez, M. L., Rane, A. et al. Cocaine metabolism in human fetal and adult liver microsomes is related to cytochrome P450 3A expression. *Life Science*, 68 (2000): 431-3.
37. Laurenzana, E. M. and Owens, S. M. Metabolism of Qhencyclidine by human, liver microsomes. *Drug Metabolism and Disposition*, 25(1997): 557-63.

38. Lin, I. Y., Di Stefano, E. W., Schmitz, D. A. et al. (1997). Oxidation of methamphetamine and methylenedioxymethamphetamine by CYP2D6. *Drug Metabolism and Disposition*, 25 (1997): 1059-64.
39. Lippman, S., Mazour, I. and Shahab, H. Insomnia: therapeutic approach. *Southern Medical Journal*, 94 (2001): 866-73.
40. Maggi, J. D. and Halman, M. H. The effect of divalproex sodium on viral load: a retrospective review of HIV-1-positive patients with manic syndromes. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(4) (2001): 359-62.
41. Marzolini, c., Telenti, A., Decosterd, I. A. et al. Efavirenz plasma levels can predict treatment failure and central nervous system side effects in HIV-1-infected patients. *AIDS*, 15 (2001): 71-5.
42. McDowell, J. A., Chittick, G. E., Pilati-Stevens, C. et al. Pharmacokinetic interaction of abacavir (1592U89) and ethanol in human immunodeficiency virus-infected adults. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 44 (2000): 1686-90.
43. Moller, H. J. and Nasrallah, H. A. Treatment of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (Suppl. 6) (2003): 9-17.
44. Montplaisir, J., Hawa, R., Moller, H. et al. Zopiclone and zaleplon vs benzodiazepines in the treatment of insomnia: Canadian consensus statement. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 18 (2003): 29-38.
45. O'Mara, E. M., Mummaneni, Y., Burchell, B. et al. Relationship between uridine diphosphateglucuronosyl transferase 1A1 genotype and total bilirubin elevations in healthy subjects receiving BMS-232632 and saquinavir [Abstract 1645]. 40th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, Toronto, Canada, September 17-20, 2000.
46. O'Mara, E., Mummaneni, Y., Randall, D. et al. BMS-232632: A summary of multiple dose pharmacokinetic, food effect and drug interaction studies in healthy subjects [Abstract 504]. 7th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, USA, January 3-February 2, 2000.
47. Organon Canada Ltd. Remeron (mirtazapine) product monograph. Scarborough, ON, 2001. Osborne, R., Joel, S., Trew, D. and Slevin, M. Analgesic activity of morphine-6-glucuronide (letter). *Lancet*, 1 (1988): 828.
48. Pande, A. c., Crockatt, J. G., Janney, c. A. et al. Gabapentin in bipolar disorder: a placebocontrolled trial of adjunctive therapy [abstract]. *Bipolar Disorders*, 2 (2000): 249-55.
49. Park-Wyllie, I. Y. and Antoniou, T. Concurrent use of bupropion with CYP2B6 inhibitors, nelfinavir, ritonavir and efavirenz: a case series [letter]. *AIDS*, 17 (2003): 638-40.
50. Paterson, D. I., Swindells, S., Mohr, J. et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133 (2000): 21-30.

51. Penzak, S. R., Hon, Y. Y., Lawhorn, W. D. et al. Influence of ritonavir on olanzapine pharmacokinetics in healthy volunteers. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 22 (2002): 366-70.
52. Physicians' Desk Reference, 57th edn. Montvale, NJ: Medical Economics, (2003).
53. Piscitelli, S. c., Burstein, A. H., Chaitt, D. et al. Indinavir concentrations and St. John's Wort [research letter]. *Lancet*, 355 (2000a): 547-8.
54. Piscitelli, S., Rock-Kress, D., Bertz, R., Pau, A. and Davey, R. The effect of ritonavir on the pharmacokinetics of meperidine and normeperidine. *Pharmacology*, 20 (2000b): 549-53.
55. Piscitelli, S., Forrnentin, E., Burstein, A. H. et al. Effect of milk thistle on the pharmacokinetics of indinavir in healthy volunteers. *Pharmacotherapy*, 22 (2002a): 551-6.
56. Piscitelli, S. c., Burstein, A. H., Welden, N. et al. The effect of garlic supplements on the pharmacokinetics of saquinavir. *Clinical Infectious Diseases*, 34 (2002b): 234-8.
57. Prior, T. I. and Baker, G. B. Interactions between cytochrome P450 system and the secondgeneration antipsychotics. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 28 (2003): 99-112.
58. Rainey, P. M., Friedland, G., McCance-Katz, E. F. et al. Interaction of methadone with didanosine and stavudine. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 24 (2000): 241-8.
59. Robertson, P. and Hellriegel, E. T. Clinical pharmacokinetic profile of modafinil. *Clinical Pharmacokinetics*, 42 (2003): 123-37.
60. Rubinstein, M. L. and Selwyn, P. A. High prevalence of insomnia in an outpatient population with HIV infection [abstract]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 19 (1998): 260--5.
61. Schwartz, E. I., Brechbuhl, A. B., Kahl, P. et al. Pharmacokinetic interactions of zidovudine and methadone in intravenous drug-using patients with HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 5 (1992): 619-26.
62. Tanquary, J. Lithium neurotoxicity at therapeutic levels in an AfDS patient. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 181(8)(1993): 518-19.
63. Thiemann, I. and Lalazeri, J. Double Jeopardy: The HIV/HCV Co-Infection Handbook. New York: Community Prescription Service, 1999.
64. Tseng, A. and Foisy, M. Significant interactions with new antiretrovirals and psychotropic drugs. *Annals of Pharmacotherapy*, 33 (1999): 461-72.
65. Tseng, A., Foisy, M. and Fletcher, D. 2001 Handbook of HIV Drug Therapy. Toronto, 2002. (available as a live document at www.tthhivclinic.com/pdfregimens01.pdf)
66. Von Moltke, I. I., Greenblatt, D. J., Grassi, J. M. et al. Protease inhibitors as inhibitors of human cytochromes P450: high risk associated with ritonavir. *Journal of Clinical Pharmacology*, 38 (1998): 106-11.

67. Watanabe, K., Matsunaga, T., Yamamoto, I. et al. Involvement of CYP2C in the metabolism of cannabinoids by human hepatic microsomes from an old woman. *Biological and Pharmaceutical Bulletin*, 18 (1995): 1138-41.
68. Yanagihara, Y., Kariya, S., Ohtani, M. et al. Involvement of CYP2B6 in n-demethylation of ketamine in human liver microsomes. *Drug Metabolism and Disposition*, 29 (2001): 887-90.
69. Piscitelli, S. c., Burstein, A. H., Welden, N. et al. The effect of garlic supplements on the pharmacokinetics of saquinavir. *Clinical Infectious Diseases*, 34 (2002b): 234-8.
70. Prior, T. I. and Baker, G. B. Interactions between cytochrome P450 system and the second generation antipsychotics. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 28 (2003): 99-112.
71. Rainey, P. M., Friedland, G., McCance-Katz, E. F. et al. Interaction of methadone with didanosine and stavudine. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 24 (2000): 241-8.
72. Robertson, P. and Hellriegel, E. T. Clinical pharmacokinetic profile of modafinil. *Clinical Pharmacokinetics*, 42 (2003): 123-37.
73. Rubinstein, M. L. and Selwyn, P. A. High prevalence of insomnia in an outpatient population with HIV infection [abstract]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 19 (1998): 260--5.
74. Schwartz, E. I., Brechbuhl, A. B., Kahl, P. et al. Pharmacokinetic interactions of zidovudine and methadone in intravenous drug-using patients with HIV infection. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 5 (1992): 619-26.
75. Tanquary, J. Lithium neurotoxicity at therapeutic levels in an AIDS patient. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 181(8)(1993): 518-19.
76. Thiemann, I. and Lalazeri, J. *Double Jeopardy: The HIV/HCV Co-Infection Handbook*. New York: Community Prescription Service, 1999.
77. Tseng, A. and Foisy, M. Significant interactions with new antiretrovirals and psychotropic drugs. *Annals of Pharmacotherapy*, 33 (1999): 461-72.
78. Tseng, A., Foisy, M. and Fletcher, D. 2001 Handbook of HIV Drug Therapy. Toronto, 2002. (available as a live document at www.tthhivclinic.com/pdf/regimens01.pdf)
79. Von Moltke, I. I., Greenblatt, D. J., Grassi, J. M. et al. Protease inhibitors as inhibitors of human cytochromes P450: high risk associated with ritonavir. *Journal of Clinical Pharmacology*, 38 (1998): 106-11.
80. Watanabe, K., Matsunaga, T., Yamamoto, I. et al. Involvement of CYP2C in the metabolism of cannabinoids by human hepatic microsomes from an old woman. *Biological and Pharmaceutical Bulletin*, 18 (1995): 1138-41.
81. Yanagihara, Y., Kariya, S., Ohtani, M. et al. Involvement of CYP2B6 in n-demethylation of ketamine in human liver microsomes. *Drug Metabolism and Disposition*, 29 (2001): 887-90.
82. SUGGESTED READING

83. Further resources pertinent to this topic may be found within the American Psychiatric Association's Practice guideline for the treatment of patients with HIV/AIDS (2000) as well as at the following websites:
84. www.aidsmap.com
85. www.aegis.com
86. www.tthhivclinic.com
87. www.hivinsite.com/1nSite.jsp?page=ar-00-02
88. www.hivpharmacology.com
89. www.drug-interactions.com

فصل چهارم

اختلالات خلقی^۱ و روان‌پریشی^۲ در HIV

آندرا استولار، گلن کاتالانو، شریل ام هاگالا، رابرت پی برایت و فرانسیسکو فرناندز^۳

مقدمه

میزان افسردگی گزارش شده در افراد مبتلا به HIV متغیر است. ۸۵ درصد افراد با سرولوژی مثبت HIV، برخی نشانه‌های افسردگی و ۵۰ درصد افراد اختلال افسردگی ماژور را در طول مدت بیماری خود گزارش کرده‌اند. تفاوت در مطالعات مختلف ممکن است به علت حجم کوچک نمونه‌ها، خصوصیات جامعه آماری و یا ابزارهای ارزیابی بوده باشد. ولی در مطالعات فرا-تحلیل^۴، سیسلا و رابرت^۵ (۲۰۰۱) مشخص شد که مبتلایان به HIV ممکن است دو برابر کسانی که سرولوژی منفی HIV دارند اختلالات افسردگی ماژور تشخیص داده شوند و همچنین شیوع افسردگی در افراد با علایم و بدون علایم HIV بطور برابر وجود دارد. مورسیون و همکاران^۶ (۲۰۰۲) در آنالیز اخیر خود دریافتند که میزان اختلالات افسردگی و اضطراب در افراد مبتلا به HIV و خطر اختلال افسردگی ماژور در زنان با سرولوژی مثبت HIV در مقایسه با یک گروه با سرولوژی منفی HIV چهار برابر بوده است.

در مورد شیوع شیدایی در مبتلایان به HIV، اطلاعات اندکی موجود است. اگر چه شیوع آن از افسردگی کمتر است، اما خطر شیدایی به ویژه با پیشرفت بیماری همچنان قابل توجه است، (الن^۷ و همکاران ۱۹۹۹). شیدایی ممکن است نشانه رفتاری آسیب مستقیم سیستم عصبی مرکزی یا مسمومیت باشد یا اینکه اگر در خانواده بیمار و یا در سوابق شخصی او اختلال وجود داشته باشد، شیدایی ممکن است نشانه یک اختلال عاطفی اولیه باشد.

1 Mood disorders

2 Psychosis

۳. HIV و روان‌درمانی، راهنمای کاربری آموزش و منبع، چاپ دوم کینف سیترون، ماری - خوزه برومیت و الکساندرا بکت نشر از انتشارات دانشگاه کمبریج. انتشارات دانشگاه کمبریج ۲۰۰۵

4 Meta-analysis

5 Ciesla and Roberts

6 Morrison et al.

7 Ellen et al.

از آنجایی که افراد مبتلا به HIV اختلال شدید در متابولیسم دوپامین دارند، بروز روان‌پریشی چندان هم تعجب‌آور نیست (برگر و همکاران^۱ ۱۹۹۴). فراوانی در نمونه‌های اولیه در محدوده کمتر از ۰/۵ درصد تا ۱۵ درصد بود (سیول و همکاران^۲) در حالی که مطالعات اخیر نشانگر میزان بروز نزدیک به ۳ درصد برای شروع روان‌پریشی جدید بودند (درونشی و همکاران^۳، ۲۰۰۰؛ الکیاتی و همکاران^۴، ۲۰۰۱)، متغیر بودن نتایج تا حدی ناشی از اختلاف در مراحل بیماری شرکت‌کنندگان در مطالعه و چگونگی تعریف معیارها بوده است. به نظر می‌رسد، ارتباط روان‌پریشی با علائم برجسته جدی مکرر می‌باشد؛ به طوری که در دو مطالعه مختلف ۶۵ درصد و ۸۱ درصد بودند (هریس و همکاران^۵ ۱۹۹۱، سیول و همکاران ۱۹۹۴). یکی از مشکلات روش شناختی در تعیین سهم HIV در تصویر بالینی افسردگی، شیدایی، و یا روان‌پریشی این است که سن ابتلا به HIV با سن شروع بیماری‌های عاطفی و اسکیزوفرنی در جامعه مرتبط است. تشخیص افتراقی مهم است زیرا که بسیاری از مشکلات پزشکی عامل نشانه‌های بیماری‌های خلقی یا روان‌پریشی قابل درمان می‌باشند. با توجه به اینکه HIV به یک بیماری مزمن تبدیل شده است که جمعیت گسترده‌ای را تحت تاثیر قرار داده، این احتمال وجود دارد که روان‌پزشکان با بیماری HIV به عنوان یک عامل مخدوش‌کننده در فرایند مدیریت درمان اختلالات عاطفی و روان‌پریشی روبرو شوند. بنابراین آنها بایستی از موارد تشخیصی و مدیریتی مربوط آگاهی داشته باشند.

1 Berger et al.

2 Sewell et al.

3 De Ronchi et al.

4 Alciati et al.

5 Harris et al.

مطالعه موردی: زن مبتلا به اختلال سازگاری^۱

ساندرا زنی ۴۲ ساله، مطلقه، از تبار افریقایی - امریکایی است که بتازگی ابتلا به HIV در او تشخیص داده شده است. او بعد از اینکه فهمید همسر قبلی اش بواسطه بیماری AIDS در گذشته، جهت HIV آزمایش شد. شمارش سلول CD4 او ۴۳۰ سلول در میلی متر مکعب است. ساندرها هیچگونه سابقه اختلالات روانی یا سوء استفاده مواد را ندارد. او یک زن بیوه با سه بچه به سنین ۸ تا ۱۱ ساله می باشد که از افسردگی و اضطراب خود و آینده بچه هایش شاکی است. او تا به حال کسی مبتلا به HIV نمی شناخته و درباره تشخیص بیماری اش با کسی صحبت نکرده است. او از ترس اینکه در اجتماع به او انگی زده شود و یا از خانواده خود رانده شود این راز را مخفی نگه داشته است. او چیزهایی را در مورد اشخاص دچار بیماری ایدز شنیده که حالا در مورد خودش صدق می کند. برای مثال دوستی که در زندان کار می کرد و می ترسید به زندانیانی که HIV داشتند دست بزنند.

او روابط دوستی را کنار گذاشته، خود را منزوی ساخته و افکار خودکشی دارد اگر چه قصد و نقشه ای برای آن را انکار می کند. خواب او دچار اختلال و با عرق شبانه و حملات اضطرابی از خواب می پرد. او دوره های گریبان را پشت سر می گذارد و به علت خستگی از کار عاجز است. او میلی به غذا ندارد و همواره وزن کم می کند و با اسهال دست و پنجه نرم می نماید. او معتقد است که مرگ او نزدیک و حتمی است.

تشخیص افتراقی چیست؟

- نشانه های ساندرها ممکن است نمایانگر یک اختلال سازگاری همراه با مخلوطی از یک اختلال اضطرابی و خلق افسرده باشد.
- با توجه به افکار خودکشی، بی اشتهاهی همراه با کاهش وزن شدید و اختلال خواب او، درمانگر بایستی در تشخیص افتراقی اولیه خود یک دوره ی افسردگی ماژور را در نظر بگیرد. تفکیک علایم

جسمانی از علایم روانی زمانی که سعی داریم تشخیص روانپزشکی را در بیماران پزشکی مشخص کنیم بسیار چالش برانگیز است. با این حال، در مطالعاتی که در زمان غربالگری نمره‌ی مقیاس افسردگی هامیلتون (HAM-D) را جهت تعیین شیوع افسردگی در موارد بدنی^۱ حذف می‌نمایند، هنوز مبتلایان به HIV در خطر ابتلا به افسردگی مازور می‌باشند. (کوکرام و همکاران^۲ ۱۹۹۹).

• حملات هراس^۳ و نگرانی شدید نشان دهنده‌ی اختلال اضطرابی و از جمله اختلال استرس پس از سانحه^۴ است که با حس کوتاه‌نگری نسبت به آینده^۵ و احساسات جدایی^۶ و بیش برانگیختگی^۷ نیز پیشنهاد می‌گردد.

• در اوایل دوره HIV، تشخیص افتراقی علایم افسردگی با واکنش سوگ^۸ پیچیده‌تر می‌باشد. اندوه از دست دادن عزیزان، از دست دادن بالقوه‌ی سلامت خود، و برای بسیاری از مبتلایان به HIV، از دست دادن‌های متعدد حمایت خانواده و سیستم‌های حمایتی باعث ایجاد لایه‌هایی از اندوه و داغ‌داریهای متعدد می‌گردد. وقتی که انتقال عفونت از طریق تماس جنسی صورت می‌گیرد، ممکن است بیمار عصبانیت خود از شریک جنسی‌اش را در درون خود ریخته و زیر غم و اندوه پنهان می‌سازد، و یا ممکن است باعث نفرت از خود و یا حس گناه بعلت انتخاب‌های خود شود. اندوه ممکن است قابل توجهی باشد و یا ممکن است انعکاسی از بیان روان‌شناختی قابل قبول‌تری از زیر ساز خشم و یا پوششی برای یک افسردگی عمیق‌تر باشد. افکار خودکشی نشانگر بیماری افسردگی جدی است و نیاز به مداخله به موقع دارد.

*اندوه ساندر را باعث پیچیدگی تشخیص و علایم شده است
عصبانیت او از شوهر قبلی‌اش که با رفتار مخاطره آمیزش (تزریق
مواد) باعث شد که او خانواده خود را ترک کند و پیش از موعد
بمیرد، موجب تشدید بیقراری او گشته و نشانه‌ی احساس گناه
بیش از حد او در مورد انتخاب‌های خودش می‌باشد. علت سوگ و
عصبانیت ساندر نه تنها گذشته او بلکه آینده‌ی خود و فرزندانش*

- 1 Somatic items
- 2 Cockram et al.
- 3 Panic attacks
- 4 PTSD
- 5 Foreshortened future
- 6 Detachment
- 7 Hyperarousal
- 8 Grief reaction

نیز است. برای یک مادر تنها، پیش‌بینی ناتوانی جسمی و ترس از اینکه نخواهد توانست از فرزندانش مراقبت کند، یک استرس روانی قابل ملاحظه می‌باشد.

عوامل خطر ایجاد افسردگی و فکر خودکشی کدامند؟

افرادی که بیش از همه در معرض ابتلا به اختلال افسردگی هستند عبارتند از:

- سابقه‌ی بیماری روانی، بویژه سوابق اختلالات افسردگی و خودکشی قبلی، سوء مصرف الکل و مواد و اختلالات اضطرابی دارند.
- مونث هستند.
- سابقه‌ی روانی مثبت از جمله سابقه‌ی خودکشی در خانواده دارند
- عوامل اجتماعی شامل کمبود حمایت اجتماعی و مواجهه با استرس مزمن دارند
- عوامل روان شناختی شامل سبک‌های مقابله‌ای انفعالی^۱ دارند
- یک بیماری داخلی دارند که ممکن است نشانه‌های عاطفی ایجاد کند.

خودکشی همواره خطری است برای کسانی که سابقه‌ی شخصی یا خانوادگی بیماری روانی یا خودکشی داشته‌اند. افراد مبتلا به HIV در معرض خطر خودکشی بیشتری در دو مرحله از بیماری خود هستند: در اوایل دوره‌ی بیماری HIV، زمانی که نیاز به سازگاری با تشخیص بیماری دارند و در اواخر بیماری، زمانی که بار جسمانی AIDS بسیار شدید می‌شود. عوامل روان شناختی شامل احساس ناتوانی و ناامیدی انفعالی، خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. این خطر ممکن است با مداخله حمایت روانی از جمله آموزش استراتژی‌های مثبت مقابله‌ای کاهش یابد.

تاثیر افسردگی بر پیشرفت بیماری چیست؟

همانند بیماری‌های مزمن دیگر، افسردگی هم تاثیر منفی بر کیفیت زندگی فرد و توانایی او در عملکرد شغلی و اجتماعی دارد. همچنین افسردگی در ایمنی سلولی نقش دارد. مطالعات روی مردان و زنان مبتلا به HIV نشان دهنده‌ی ارتباط بین افسردگی و عملکرد سیستم ایمنی می‌باشد. افسردگی با فعالیت کمتر سلول‌های کشنده طبیعی در میان زنان با سرولوژی مثبت HIV (اواتز و همکاران^۲، ۲۰۰۲) و بطور کلی با

1 Passive coping styles

2 Evans et al.

پیشرفت بیماری HIV مرتبط است (لسرمن^۱، ۲۰۰۳). تجزیه و تحلیل طولی از مطالعه تحقیقات اپیدمیولوژی HIV^۲، که از نظر بالینی، از نظر استفاده‌ی از مواد و ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی کنترل شده بود، نشان داد که نشانه‌های افسردگی در زنان با سرولوژی مثبت HIV، با پیشرفت بیماری مرتبط است (ایکویچ و همکاران^۳، ۲۰۰۱). ارزیابی روانپزشکی کافی و مدیریت آگاهانه افسردگی می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد و استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و بیماری را کند کرده و مرگ و میر ناشی از HIV را کاهش دهد.

خطرات مرتبط با افسردگی درمان نشده چیست؟

چند دارویی، از جمله تداخل دارو به دارو و تاثیرات آنها بر توان بیمار در رعایت رژیم پیچیده‌ی دارویی که برای مقابله با ویروس لازم است در درمان بیماران HIV، نگران کننده است. یک رویکرد محافظه‌کارانه تشخیصی ممکن است بتواند خطر داروهای غیر ضروری را برای جمعیتی که همین حالا هم با داروهای متعدد و اغلب غیرقابل تحمل درگیر هستند، کاهش دهد. به هر حال، افسردگی همراه با افکار فعال و غیرفعال خودکشی و یا حتی نگرش خطرناک بی تفاوتی، ممکن است رعایت رژیم دارویی ضد رترو ویروسی را به خطر بیاندازد. بنابراین، خطر مداخله‌ی روانپزشکی ناکافی به مفهوم افزایش ابتلا و مرگ است. (تا کرو همکاران^۴ 2003). با توجه به بالا بودن خودکشی در مبتلایان به HIV، (مانند آنچه در بیماران مزمن یافت می‌شود) با بهبودی افسردگی، اجتناب از کم درمانی بسیار مهم است. در ارزیابی افسردگی در HIV، درمانگران بایستی یک رویکرد جامع اتخاذ نموده و بر تظاهرات روانی افسردگی تاکید خاص داشته باشند از جمله فقدان لذت، عزت نفس پایین، احساس گناه بیش از حد یا نامتناسب، و افکار خودکشی. با توجه به خطرات کم درمانی، در دسترس بودن داروهای قابل تحمل ضد افسردگی، و توانایی شناخت تداخل بالقوه دارو به دارو بهتر است درمانگران نگران خطا در مداخله‌ی روانپزشکی نباشند.

مداخلات غیر دارویی اختلالات افسردگی در بیماران HIV چیست؟

مدیریت بهینه‌ی اختلالات افسردگی در بیماران HIV به ابعاد زیستی-روانی-اجتماعی بیماری اشاره دارد.

- در روان درمانی حمایتی درمانگران بایستی آموزش‌های زیر را به بیمار بدهند تا با توجه به پیشرفت بیماری شبکه امنی برای خود ایجاد کنند: اطلاعات درباره بیماری، درمان، خدمات اجتماعی، جامعه

1 Leserman

2 HIV Epidemiology Research Study

3 Ickovics et al.

4 Tucker et al.

و منابع مراقبت‌های سلامت. آموزش باید شامل پیش‌آگهی و مدیریت HIV و شرایط همراه آن بوده و همچنین آموزش مراقبت‌های سلامتی پیشگیرانه از جمله پیشگیری از انتقال به شرکای جنسی آینده می‌باشد.

- گروه درمانی شناختی-رفتاری ممکن است اضطراب و افسردگی را کاهش دهد و زمینه‌ای برای حمایت و آموزش روانی تهیه نماید.
- روان‌درمانی بین‌فردی^۱ تاثیرگذاری خود را برای درمان افسردگی در بیماران HIV نشان داده است. (مارکوویچ و همکاران^۲ ۱۹۹۲).

مادران کودکان که مسئولیت مراقبت آنها را به عهده دارند، رژیم ضد رتروویروسی را خیلی کم رعایت می‌کنند (مرفی و همکاران^۳ ۲۰۰۲) و ممکن است به آموزش درباره‌ی مزیت‌های رعایت رژیم دارویی و همچنین مداخله‌هایی که باعث بهبود این رعایت می‌گردد نیاز داشته باشند. (برای بحث کامل درباره‌ی موضوع روان‌درمانی به فصل ۹ مراجعه کنید).

در ساندرا اختلال سازگاری همراه با مخلوطی از اضطراب و خلق افسرده تشخیص داده شده بود و او شروع به استفاده از سیتالوپرام^۴ نمود که بعلت کم بودن خطر تداخل دارو به دارو، درمان‌گرش برای او تجویز کرده بود. این دارو با دوز یک بار در روز هم نشانه‌های افسردگی و هم نشانه‌های اضطراب را به خوبی پوشش داد. ساندرا از طریق کلیسا به یک گروه حمایتی HIV برای زنان پیوست و در آنجا به آرامش فوق‌العاده‌ای دست یافت، زیرا که می‌توانست هراس خود را بازگو و پردازش کند. با کمک معنویت بازیافته‌ی خود، او قادر بود که با خشم و چیزهای از دست رفته خود کنار بیاید. او در گروه موفق به تشکیل یک شبکه حمایت جدید و مهم شد که وی را تشویق به اولویت دادن به سلامت خود می‌نمود تا اینکه همیشه اول به سلامت و بهزیستی فرزندانش بیاندیشد. مسؤول پرونده‌ی او که از طریق کلیسا برای او تعیین شده بود، آموزش و حمایت‌های لازم را به او ارایه کرد و او را قادر به یافتن مسیر خود در سیستم خدمات اجتماعی و منابع پزشکی نمود و نهایتاً وسایلی در اختیار او قرار داد که او توانست استقلال خود را بازیافته و سلامت روانی خود را بازسازی کند.

1 Interpersonal psychotherapy

2 Markowitz et al.

3 Murphy et al.

4 Citalopram

مطالعه موردی: مردی با زوال شناختی^۱ و افسردگی

سزار مردی ۵۴ ساله، مطلقه با سرولوژی مثبت HIV و اسپانیایی تبار است. او در حالی که واکنشی از خود نشان نمی‌داده توسط یک رهگذر به بخش اورژانس آورده شده بود. وقتی که شرایط فکری او بهبود یافته بود، به پزشک بخش اورژانس گفته بود که با مصرف بیش از حد هرویین سعی به خودکشی داشته است. آزمایش ادرار او برای اوبیویدها، بنزودیازپین‌ها، و کوکائین مثبت بود. وقتی که سزار از نظر پزشکی ثبات پیدا کرده بود به بخش روانپزشکی منتقل شد. او قبلاً به عنوان کارگر ساختمانی مشغول به کار بود و ۴ سال قبل از کار کردن دست کشید. او یک سابقه‌ی چهارماهه‌ی خلق افسرده شدید، بی‌خوابی، و افکار خودکشی را گزارش کرده است. نشانه‌های دیگر شامل کاهش اشتها به همراه کاهش ۲۰ کیلویی وزن، کمبود انرژی، کمبود توان تمرکز، و احساس ناامیدی و بی‌ارزشی می‌باشد. هیچگونه نشانه روان‌پریشی گزارش نکرده است.

سابقه‌ی زندگی روانی او قابل توجه است. او قبلاً دو بار سعی در خودکشی داشته، همچنین دارای سابقه‌ی طولانی وابستگی و سوءاستفاده مواد بوده که تاکنون ادامه داشته است. او سابقه مصرف مواد مخدر، کوکائین، الکل، و بنزودیازپین‌ها را داشته است. در حال حاضر در یک برنامه‌ی متادون درمانی شرکت دارد اما تا بحال چندین بار مصرف داشته. او سابقه خانوادگی وابستگی به کوکائین دارد و مادرش هم خودکشی کرده است. سزار برای اولین بار ۱۰ سال قبل مبتلا به عفونت HIV تشخیص داده شد. در حال حاضر شمارش سلول CD4 او ۱۴ سلول در میلی‌متر مکعب و بار ویروسی‌اش ۱۰۰ هزار نسخه در میلی‌لیتر می‌باشد. او راجع به مصرف داروهای ضد رترو ویروسی خودش زیاد مطمئن نیست و اظهار می‌کند که همه‌ی داروهایی را که برای درمان او تجویز شده بود بخاطر نمی‌آورد. اما معتقد است که اخیراً تغییری صورت نگرفته. آخرین رژیم دارویی او شامل زیدوودین، لامیوودین، و افویرنز می‌شد، اما در بهترین حالت پایداری او به رژیم دارویی متناوب بوده است. سزار ذکر می‌کند که رژیم دارویی او اغلب باعث کابوس برای او می‌شود. طی مصاحبه، بیمار خوشایند است، اما در سوالهای مستقیم گنج بنظر می‌رسد. روحیه‌اش افسرده است و عاطفه‌اش سرخورده اما متناسب با خلق‌اش است. افکارش منطقی است و هدفمند اما وقتی در مورد سوء مصرف مواد حرف می‌زند اندکی حاشیه‌روی می‌کند. او هیچگونه هذیان گویی یا توهم آشکاری ندارد، و به محرک‌های داخلی هیچ توجهی ندارد. هیچ نوسانات قابل‌ذکری در سطح آگاهی او وجود ندارد و کاملاً حواس جمع است. ارزیابی شناختی نشان می‌دهد که او در حافظه کوتاه‌مدت و تفریق سری ۷ مشکل دارد. نمره‌ی آزمون کوتاه وضعیت روانی او ۲۱ از ۳۰ می‌باشد. نتایج آزمایشگاهی او هیچ چیز مهم غیر عادی را بجز پایین بودن سلول‌های سفید خون نشان نمی‌دهد. ام‌ار ای از سر او آتروفی زیر قشر مغزی را نشان می‌دهد. هیچ آتروفی قشر مغزی یا تغییرات در ماده‌ی سفید قابل‌ذکر وجود ندارد.

تشخیص افتراقی چیست؟

ممکن است در چهار ماه گذشته سزار افسردگی ماژور پیدا کرده باشد. تشخیص افتراقی افسردگی در عفونت HIV را می‌توان در جدول ۴.۱ مشاهده نمود. تمام نشانه‌های این بیمار منطبق بر تشخیص افسردگی ماژور است: او دو بار سعی کرده بود خودکشی کند و این واقعیت که مادر بیمار اختلال سوءمصرف مواد داشت و خودکشی کرده بود به تأیید ژنتیکی این تشخیص کمک می‌کند. به هر حال، با توجه به سابقه‌ی سو مصرف مواد و عفونت HIV او، نمی‌توان بطور قطعی تشخیص اختلال اولیه عاطفی را دارد.

یک اختلال در خلق ناشی از مشکلات پزشکی در دوره پیشرفت بیماری بیشتر محتمل است. برای مثال:

- گزارش‌های متعددی عفونت‌های فرصت طلب را با افسردگی مرتبط دانسته‌اند.
- ایجاد بدخیمی ثانویه دستگاه اعصاب مرکزی ثانویه به نقصان ایمنی با نشانه‌های خلقی مرتبط است. (فرناندز و همکاران^۱ ۲۰۰۲).
- کم‌کاری غدد جنسی در عفونت HIV پیشرفته، غیر معمول نیست و ممکن است با نشانه‌های افسردگی مرتبط باشد (دایز و همکاران^۲ ۱۹۸۸).

جدول ۴-۱ تشخیص افتراقی افسردگی در عفونت HIV

اختلال خلقی اولیه	افسردگی ماژور
اختلال خلق ناشی از مشکلات عمومی پزشکی	عفونت‌های فرصت طلب (۱) بدخیمی‌های دستگاه اعصاب مرکزی کمبودهای تغذیه‌ای (فولات و ب ۱۲) نوروسفیلیس کم‌کاری غدد جنسی تغییرات نوروپاتولوژی مرتبط با HIV اختلال عملکرد تیروئید دیابت شیرین بیماری‌های التهابی کم‌خونی
اختلالات خلقی تحت تاثیر از مواد	مصرف تفریحی مواد ضد رترو ویروس ها مصرف دارویی برای درمان مشکلات پزشکی دیگر (۲)
متفرقه	اختلال سازگاری با خلق افسرده داغدیدیگی ^۳ سوگ

۱. توکسوپلازما گوندای، ویروس هرپس سیمپلکس و ویروس هرپس واریسلا

۲. برای مثال: بتا بلاکرها، تری متوپریم-سولفا متوکسازول - کینولون ها

1 Fernandez et al.

2 Dobs et al.

3 Bereavement

سزار در معرض کمبود مواد غذایی مرتبط با سوء مصرف طولانی مدت مواد نیز می‌باشد. کمبود ویتامین ب ۱۲ یا فولات با ایجاد نشانه‌های افسردگی ارتباط دارد (دومیس^۱ ۱۹۹۱؛ بوتیگلیاری^۲ ۱۹۹۶). همچنین احتمال اینکه نشانه‌های او در اثر مصرف یا سوء مصرف مواد و دارو باشد وجود دارد. او مصرف طولانی مدت چندین ماده از جمله الکل، کوکائین، هرویین، بنزودیازپین‌ها و متادون را گزارش می‌کند. او استفاده از این مواد روانگردان را تا زمان پذیرش در مرکز درمانی ادامه داد که می‌تواند باعث افسردگی او شده باشد. بسیاری داروهای ضد رترو ویروسی از جمله زیدو وودین، مهارکننده‌های پروتياز و آلفا - اینترفرون هم با افسردگی مرتبط هستند. در واقع، افاویرنز، دارویی که سزار متناوباً مصرف می‌کرد دریافته‌اند که باعث اثرات جانبی روانی-عصبی از جمله، افسردگی، بی‌خوابی، سردرگمی^۳، و خیالبافی، در ۵۰ درصد بیماران می‌شود. (هالمن و همکاران^۴: ۲۰۰۲).

به علت عوامل متعدد و قابل توجه استرس‌زا در زندگی سزار، این امکان وجود دارد که اختلال سازگاری و یا داغدیدگی در او ایجاد شده باشد. از آنجایی که بنظر نمی‌رسد که سزار هیچگونه عامل جدید تنش‌زا داشته باشد، این نوع تشخیص کمتر محتمل است، میزان اختلال سازگاری در مردانی که بیشتر از یک سال است که از عفونت HIV خود باخبر شده‌اند قابل اغماض است. (گرت و اتکینسون^۵: ۲۰۰۰).

ارتباط میان افسردگی و مشکلات شناختی در عفونت HIV چیست ؟

در حالی که افسردگی و دمانس دو مقوله جداگانه هستند علی‌رغم تفاوت‌های قابل توجهی که آنها با یکدیگر دارند، بسیاری از نشانه‌هایی که معمولاً در افسردگی مآزور دیده می‌شود، در دمانس زودرس HIV هم وجود دارند. بیماری که نشانه‌های ضعیف تمرکز، تحریک‌پذیری، افت عملکرد روانی حرکتی، کند ذهنی، و حافظه ضعیف دارد، تشخیص افسردگی نیز دارد. به هر حال تمامی این نشانه‌ها می‌تواند قسمتی از تصویر بالینی اختلال شناختی-حرکتی مرتبط با HIV باشد. افراد مبتلا به HIV نیز دارای میزان بالای همبودی^۶ بین نشانه‌های شناختی و خلقی می‌باشند. معلوم شده است که دمانس می‌تواند خود را در لباس مبدل بصورت افسردگی مآزور همراه با نشانه‌هایی چون بی‌حالی، بی‌تفاوتی، دوری از اجتماع (گودکین و همکاران^۷: ۲۰۰۰)

1 Dommisse

2 Bottiglieri

3 Disorientation

4 Halman et al.

5 Grant and Atkinson

6 Comorbidity

7 Goodkin et al.

ظاهر کند. علایمی چون بی‌علاقه‌گی، فقدان لذت، ضعف تمرکز و کند ذهنی همیشه باید بطور کامل ارزیابی شوند، حتی اگر بیمار تازه در ابتدای دوره بیماری باشد (مالدونادو و همکاران^۱ ۲۰۰۰). با توجه به اینکه افسردگی شدید می‌تواند در بیماران حساس یک شبه دمانس ایجاد کند (وایز و گری^۲ ۱۹۹۴) لذا براحتی امکان دارد که بدون ارزیابی دقیق روانی-عصبی این دو مقوله را با هم اشتباه کرد.

معمولا HIV در دستگاه عصبی مرکزی یافت می‌شود. ویروس آن تاثیر مستقیم بر ساختارهای دستگاه عصبی مرکزی دارد که می‌تواند موجب شروع افسردگی گردد. (مارتین و همکاران^۳ ۲۰۰۲).

به نظر می‌آید که HIV قسمت‌های زیر قشری مغز را اشغال کرده و می‌تواند باعث از بین رفتن گانگلیون بازال، تالاموس و ساختارهای تمپورولیمبیک بشود. همینطور باعث از بین رفتن سلول‌های حمایت‌کننده مانند استروسایت‌ها^۴ می‌شود (فرناندز و همکاران ۲۰۰۲؛ مارتین و همکاران ۲۰۰۲) در این موارد، جهت شفاف‌سازی تشخیص، یک معاینه دقیق شناختی و ارزیابی جامع روانپزشکی، کمک می‌کنند. برای اطلاعات بیشتر به فصل ۲ درباره اختلالات شناختی در افراد مبتلا به HIV مراجعه کنید.

کدام داروهای HIV با افسردگی مرتبط هستند؟

در حالی که داروهایی که برای درمان ایدز و HIV در دسترس هستند، ابتلا را بسیار کاهش داده‌اند، اما بسیاری از آنها دارای عوارض جانبی شناختی و رفتاری می‌باشند.

- تری متوپریم-سولفامتوکسازول، افاویرنز، آلفا-اینترفرون، ایزونیاژید، استروئیدها، وین بلاستین، زیدو وودین، و مهارکننده‌های پروتياز همگی موجب افسردگی می‌شوند.
- اباکاویر، اسیکلوویر، آمفوتریسین B، دیدانوسین و گنسیکلوویر با افسردگی مرتبط نبوده‌اند، اما گزارش شده است که موجب نشانه‌های افسردگی از جمله گریه دائمی^۵، بی‌خوابی، بی‌اشتهایی، و تحریک پذیری می‌شوند. (هالمن و همکاران ۲۰۰۲)

کدام عفونت‌های فرصت طلب ممکن است افسردگی را ایجاد یا تقلید کنند؟

در حالی که معمولا عفونت‌های فرصت طلب میزانی هذیان یا دمانس ایجاد می‌کنند، برخی هم بصورت پراکنده با افسردگی مرتبط هستند.

1 Maldonado et al.

2 Wise and Gray

3 Martin et al.

4 Astrocytes

5 Tearfulness

- توکسوپلاسما گوندیی (فرناندز و همکاران، ۲۰۰۲)
- هرپس سیمپلکس ویروس (اندرسون و همکاران، ۱۹۹۶)
- هرپس و اریسلا - زوستر ویروس (سولداتریویچ - استاچ و درژجیک - ووکیچ^۱، ۱۹۹۶)

ارزیابی اولیه برای افسردگی چه مواردی کدام است؟

یک ارزیابی اولیه باید شامل:

- یک مصاحبه روانپزشکی عمیق با تاکید ویژه بر ارزیابی شناختی. مهم است که شروع هر نوع مشکل شناختی نسبت به شروع نشانه‌های افسردگی تعیین شود.
- سابقه دارویی. همیشه این امکان که نشانه‌های افسردگی بیمار واقعاً از عوارض جانبی داروهای ضدتروویروسی باشند را باید در نظر گرفت (مک دانیال و همکاران، ۲۰۰۰)
- سابقه مصرف مواد
- ارزیابی جامع پزشکی جهت شناسایی ابعاد ارگانیک بیماری (مارتین و همکاران، ۲۰۰۲)
- آزمایش‌های طبی: از جمله آزمایش‌های عملکرد تیروئید سطح تستوسترون، گازهای خون شریانی^۲، غربال سم شناسی، سطوح ویتامین‌های ب ۱۲ و فولات، آزمایش سیفلیس سرم، و آزمایش‌های جامع شیمیایی خون و عملکرد کبد (مک دانیال و همکاران ۲۰۰۲، فرناندز ۲۰۰۲، مارتین و همکاران، ۲۰۰۲)
- اگر به درگیری دستگاه عصبی مرکزی با HIV مشکوک هستید، بررسی‌های تشخیصی - عصبی از جمله تصویربرداری عصبی، آنالیز مایع مغزی - نخاعی جهت رد ابتلا به عفونت فرصت طلب و نوار مغزی (مارتین و همکاران، ۲۰۰۲).

برخی از ملاحظات در تجویز ضدافسردگی برای بیماران HIV کدامند؟

عوارض جانبی دارویی

عوارض جانبی آنتی کلی نرژیک تحریک آمیز و ناراحت کننده هستند، و برای بیماران HIV می‌توانند خطرناک باشند. خشکی دهان می‌تواند موجب کاندیدیاز دهانی گردد. داروهای آنتی کلی نرژیک از جمله ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای (TCAS) پار اوکسیتین و داروهای ضدافسردگی

1 Soldatovic-Stajic and Drezgic-Vukic

2 Arterial blood gas (ABG)

قدیمی تر، می توانند اختلال شناختی را بدتر کرده، باعث هذیان و حتی تشنج بشوند (مارتین و همکاران، ۲۰۰۲) و بایستی با احتیاط مصرف شوند. اگرچه این داروها موثرند، اما نباید داروی خط اول باشند. پزشکان بایستی استفاده از داروهای ضد افسردگی که فعالیت آنتی کلی نرژیک کمتر دارند را در نظر داشته باشند.

تداخل دارویی

اکثر داروهای ضد افسردگی که معمولاً استفاده می شوند مهارکننده های سیستم سیتوکرم P450 هستند (نمروف و همکاران^۱، ۱۹۹۶) و همچنین سوپسترای سیتوکرم P450 می باشند (گیلن و اتر و مک دانیال، ۲۰۰۱). مشکلات زمانی ممکن است ایجاد شوند که داروهای دیگری که مهار کننده یا القا کننده سیستم سیتوکرم P450 هستند به رژیم دارویی بیمار اضافه شود. متأسفانه، PIs و انالوگ مهارکننده های غیرنوکلئوزیدی رونویسی معکوس (NNRTLS) دارای فعالیت سیتوکرم P450 می باشند (گیلن و اتر و مک دانیال^۲، ۲۰۰۱). مهارکننده های پروتياز و NNRTLS می توانند باعث تغییر متابولیسم داروهای ضد افسردگی شوند. داروهای ضد افسردگی ممکن است سطوح خونی داروهای ضد HIV را تحت تاثیر قرار دهند. افزودن یک 3A4 ایزوآنزیم - مهار کننده ضد افسردگی (مانند نفازودان یا فلوواکسامین) به رژیم ثابت ضد رترو ویروسی می تواند سطوح خونی ضد رترو ویروسی ها را افزایش دهد. (گیلن و اتر و مک دانیال، ۲۰۰۱). افزودن دارویی که ایزوآنزیم 3A4 را القا می کند، مانند کاربامازپین، می توان سطوح خونی مهارکننده های پروتياز و NNRTLS را کاهش داده، و احتمالاً موجب کاهش تاثیر گذاری و مقاومت ویروسی گردد (گیلن و اتر و مک دانیال، 2001). برای بحث کاملتر تداخل دارویی در افرادی با عفونت HIV به فصل سوم مراجعه کنید.

کدام داروی ضد افسردگی باید در این جمعیت استفاده شود؟

انتخاب داروی ضد افسردگی برای درمان افسردگی بیماران HIV کار چالش برانگیزی است.

- ثابت شده است که داروی ضد افسردگی سه حلقه ای (TCAS) برای افسردگی، درد نوروپاتی، و اختلالات خواب مؤثر هستند، اما به علت عوارض جانبی نمی توانند درمان خط اول باشند. پزشکی که تصمیم به استفاده TCA دارند بایستی در نظر داشته باشند که نوعی

1 Nemeroff et al.

2 Gillenwater and McDaniel

از دارو را انتخاب کنند که بار آنتی کلی نرژیک پایین تری دارد، مانند نورتریتپلین و یا دسی پارامین (کاپلان و سادوک^۱، ۱۹۹۸). مسمومیت قلبی یک نگرانی است، بویژه در حضور ریتوناویر یا داروهای دیگری که مهار کننده سیتوکرم P450 2D6 است که مسوول متابولیسم TCAS می باشد.

- به احتمال زیاد پزشکان درمان را با مونوآمینو اکسیداز (MAOI) شروع نمی کنند، اما بیمارانی که قبلا از MAOIS استفاده می کردند می توانند این رژیم را حتی بعد از شروع درمان با ضد رترو ویروسها ادامه دهند (فرناندز و لوی^۲، ۱۹۹۴). این ترکیب بایستی با دقت تحت نظر باشد، زیرا MAOIS به لحاظ نظری با درمان همزمان زیدوودین سازگاری ندارند، احتمالاً بخاطر اینکه گزارش شده که زیدوودین مهار کننده کاتکول-ومتیل ترانفراز^۳ می باشد. بیماران دارای چنین رژیمی در خطر مضاعف مسمومیت MAOIS می باشند.
- بسیاری از داروهای جدید ضدافسردگی از جمله فلاوکسیتین، سرترالین، سیتالوپرام، و پادوکسیتین موثر هستند (فرناندز ۲۰۰۲). درمانگران از تجویز ضدافسردگی هایی که بطور قابل ملاحظه ای ایزوانزیم های 2D6 یا 3A4 را مهار می کنند بایستی اجتناب کنند، مانند نفازودون و فلاوکسامین. هیچگونه اتفاق زیان آوری در بیماران تحت درمان ضد رترو ویروسی و میرتازابین یا سیتالوپرام تاکنون گزارش نشده است. (مک دانیال و همکاران، ۲۰۰۰). سیتالوپرام دارای کمترین تداخل دارویی بالقوه می باشد. برای بیمارانی که کم اشتها و بی خواب هستند میرتازابین بسیار کمک کننده است. (مک دانیال و همکاران، ۲۰۰۰)، و بخوبی قابل تحمل و مؤثر می باشد و گزارش شده است که دارای مسمومیت خونی نمی باشد (مالدونالد و همکاران، ۲۰۰۰). در اکثر بیماران بیوپروبیون یک عامل فعال کننده است و ممکن است در بیماران بیحال و بدون انرژی کمک کننده باشد. به هر حال، ذکر شده است که دوزهای بالای ۲۰۰ میلی گرم در روز باعث تشنج می گردد (مالدونادو و همکاران، ۲۰۰۰). استفاده از آن همراه با دوز کامل ریتوناویر منع شده است، و دوزهای پایین لازم است با دوز پایین ریتوناویر، نلفیناویر، و افویرنز همراه باشد. ونل فاکسین تداخل دارو به داروی پایینی دارد که بخاطر وابستگی پایین آن به سیستم ایزوانزیم P450 است. به هر صورت، یک مطالعه کنترل نشده

1 Kaplan and Sadock

2 Fernandez and Levy

3 Catechol-O-methyltransferase

کوچک پیشنهاد می کند که در بیمارانی که از هر دو دارو همزمان استفاده می کنند غلظت ایزدیناویر بایستی کاهش پیدا کند (لوین و همکاران^۱، ۲۰۰۱).

- محرک های روانی^۲ هم برای درمان افسردگی در بیماران HIV استفاده شده اند. مطالعاتی درباره متیل فنیدیت و همچنین دکستر و امفتامین انجام شده است و هر دو را در درمان افسردگی و اختلال شناختی در بیماران سرولوژی مثبت HIV بسیار موثر دانسته اند. (فرناندز، ۲۰۰۲). در عرض چند ساعت از شروع درمان، تاثیر سریع آن دیده شده است. نشانه هایی که زودتر از همه پاسخ دادند کم اشتها، شناخت و افت روانی-حرکتی بودند. (فرناندز، ۲۰۰۲، مارتین و همکاران، ۲۰۰۰).

سزار که در بخش روانی نسبتا خوب شد. او تمایلات خودکشی را انکار می کرد، اما نشانه های شدید افسردگی او باقی مانده بود. او با ترک مصرف مواد مشکل داشت و اغلب نیاز به دوزهایی از لورازپام برای نشانه های ترک الکل داشت. در مدتی که در بخش روانپزشکی بستری بود، توسط مشاوران بیماریهای عفونی ارزیابی شد و آنها پیشنهاد کرده بودند که درمان داروی ضد رتروویروسی آغاز گردد. سزار موافقت نمود و رژیم دارویی را دوباره شروع کرد. وقتی که درباره او چنین قضاوت شد که دیگر خطری برای خودش و دیگران ندارد او را به بخش درمان سوءمصرف مواد انتقال دادند. بعد از ۲۸ روز او مرخص شده و به کلینیک سرپایی سلامت روان بازگشت. در آن زمان، بیمار هنوز هم دارای خلق افسرده قابل توجهی بود، اما دیگر افکار خودکشی نداشت. او هنوز هم از افکار ناامیدی، بی خوابی و کم اشتها، رنج می برد. به هر حال، شناخت او بسیار بهبود پیدا کرده بود. بیمار درخواست نمود تا روی رژیم دارویی ضد افسردگی قرار بگیرد. بعلاوه اینکه سزار دوباره شروع به مصرف داروهای ساکویناویر، ستاودین، و دیدانوسین جهت درمان عفونت HIV خود کرده بود، درمانگر میرتازاپین را تجویز نمود. در دوره ۱۲ ماه بعد، دوز میرتازاپین سزار به ۳۰ میلی گرم هر شب افزایش پیدا کرد که نتایج خوبی داشت. او گزارش کرده بود که نشانه های افسردگی بطور کامل حل شده و افزایش وزن ۸ کیلویی هم داشته است. او شروع کرد که بدنبال خانواده و دوستانش باشد و زندگی اش را در یک آپارتمان جدید آغاز نمود. از مصرف همه نوع مواد مخدر

1 Levin et al.

2 Psychostimulants

رها شده و به درمان HIV خود پایبند است. شمارش CD4/ افزایش یافته و سلامت او نیز بهبود یافته است.

مطالعه موردی: مردی با علائم اختلال شیدایی

جیمی مردی سفید پوست همجنس گرا ۲۲ ساله‌ای است که ۲ سال قبل تشخیص HIV در او داده شده است. خانواده او، وی را با شکایت از افزایش انرژی و کم‌خوابی در او به بیمارستان می‌آورند. او مدرسه را ترک کرده و شغل خود را به عنوان خدمتکار رستوران از دست داده است. خانواده او گزارش می‌کنند که اتاقش به ارتفاع ۶ پا پر از زباله‌هایی است که او از کنار خیابان جمع‌آوری نموده است. او اظهار می‌دارد که می‌خواهد از این آشغالها چیزی را اختراع کند که او را در تمام دنیا معروف می‌سازد. همچنین جیمی ادعا دارد که روزی بهترین آشپز خواهد شد، در حالی که خانواده او می‌گویند او چیزهای غیرقابل خوردنی را با هم مخلوط می‌کند که غذای مسمیزکننده‌ای را می‌سازد. او قابل‌مهم‌هایی را که روی اجاق می‌گذارد فراموش می‌کند و همچنین شب‌ها با سرعت بالا با چراغ خاموش رانندگی می‌کند. طبق گفته خانواده این رفتارها از یک ماه گذشته آغاز شده و همینطور بدتر هم می‌شود. جیمی هیچگونه سابقه اختلال روانی ندارد و در خانواده او هم سابقه اختلال روانی وجود نداشته است. اما او سابقه مصرف متا آمفتامین را داشته است. در حال حاضر شمارش CD4 جیمی ۸۷ سلول در میلی متر مکعب بوده و بار ویروسی او ۴۵۰۰۰ نسخه در میلی لیتر می‌باشد. یک ماه پیش او شروع به استفاده سرترالین (۵۰ میلی گرم در روز) کرد. داروهای دیگر او ایندیناویر، استاودین و دیدانوسین هستند. میزان رعایت رژیم دارویی او معلوم نیست. معاینه روانشناختی او، مرد جوان سفیدپوست لاغراندام پریشانی را نشان می‌دهد که لکه غذا روی لباسش است و زیپ شلوارش را نبسته. او رفتار آشفته‌ای از خود به نمایش می‌گذارد و بنظر نمی‌آید که اصلا متوجه باشد که هیچ مشکلی وجود دارد. هیچ اختلالی در آگاهی او نیست، نمره او در MMSE ۲۰ از ۳۰ بوده، زیرا که او فقط می‌تواند یکی از سه کلمه را به ذهن خود بسپارد. او قادر نیست سه چیز را بخاطر بیاورد و نمی‌تواند یک دستور سه مرحله‌ای را انجام دهد. او نمی‌تواند توجه خود را به این اندازه نگه دارد که لغت WORLD را برعکس حجبی کند.

تشخیص افتراقی شیدایی در HIV چیست؟

یک حمله شیدایی در فرد دچار با HIV ممکن است یک حمله اولیه (تظاهر اولیه از یک اختلال زمینه ای دو قطبی) و یا یک حمله ثانویه ناشی از شماری از علل زیر باشد. (جدول ۴.۲).

- اختلال دوقطبی. اگر بیمار دارای سابقه اختلال دوقطبی در خانواده خود باشد و زیر ۳۰ سال سن داشته باشد، پزشک بایستی احتمال دوقطبی بودن را در نظر بگیرد.
- شیدایی ناشی از مواد مخدر: دوره‌های شیدایی ممکن است ناشی از مواد، یا از داروهای تجویز شده و یا مصرف مواد مخدر باشد. تعدادی از داروهای ضد رتروویروسی هم در ایجاد شیدایی دخالت دارند. (برولیت و همکاران^۱، ۱۹۹۴، ماکسول و همکاران^۲، ۱۹۸۸).
- شیدایی ناشی از مشکلات عمومی پزشکی: شیدایی ممکن است توسط عفونت‌های فرصت طلب دستگاه عصبی مرکزی یا توسط فرایند بیماری دیگر دستگاه عصبی مرکزی که باعث تغییرات ساختاری شده است ایجاد می‌شود (فرناندز و همکاران، ۲۰۰۲). از آنجایی که گزارش شده است که عفونت HIV احتمال دارد که آزمایش سرم منفی کاذب سیفلیس را افزایش دهد، در نظر گرفتن سیفیلیس هم مهم است - حتی با آزمایش سرم منفی سیفیلیس (وایتفیلد و همکاران^۳، ۱۹۹۱). شیدایی ممکن است در اثر تغییرات مستقیم پاتوفیزیولوژیک ناشی از عفونت HIV، به ویژه در لوبهای فرونتال و نواحی زیر قشری مغز ایجاد شده باشد (ناویا و همکاران^۴، ۱۹۸۶). این مساله اغلب در آخرین مراحل پیشرفت بیماری اتفاق می‌افتد (لیکتنسوس و فدرمن، ۱۹۹۵).
- دلریوم بیش فعال. یک دوره شیدایی ممکن است گاهی اوقات با دلریوم بیش فعال اشتباه گردد. آزمون MMSE یک ابزار غربالگری موثری برای نارسایی شناختی است. اما میان دلریوم و دمانس نمی‌تواند تفاوت بگذارد. (بیتبارد و استراوت، ۲۰۰۰). برای اطلاعات بیشتر در مورد ارزیابی دلریوم، لطفاً به فصل ۷ مراجعه کنید.

1 Brouillette et al.

2 Maxwell et al.

3 Whitefield et al.

4 Navia et al.

جدول ۴.۲- تشخیص افتراقی شیدایی در عفونت HIV

اختلال خلق اولیه	اختلال دوقطبی، شیدایی عفونت‌های فرصت طلب دستگاه عصبی مرکزی الف
اختلال خلق ناشی از مشکلات عمومی پزشکی	بدخیمی‌های دستگاه عصبی مرکزی سیفیلیس عصبی تغییرات نوروپاتولوژیک مربوط به HIV تغییرات مغزی
اختلال خلقی ناشی از مواد مخدر	مصرف تفریحی مواد ضد افسردگی ضد تروویروسی داروهایی برای درمان بیماری‌های پزشکی دیگر ب

الف) برای مثال: سیتومگالوویروس انسفالیتیس، ویروس هرپس سیمپلکس
انسفالیتیس، توکسوپلاسموس سربریتیز، کریتوکوکال مینیجاتس، کاندیداس
آلبیکانس مینیجاتس، مایکوباکتریال تویر کیولوسس مینیجاتس.

ب) برای مثال: استروبیدها

همانند بسیاری از مبتلایان به HIV، جیمی هم به اندازه کافی جوان هست که اولین تظاهرات اختلال دوقطبی او باشد. اما هیچگونه سابقه اختلال دوقطبی در خانواده او وجود ندارد. با توجه به سابقه او در استفاده از متامفتامین و سابقه یک ماهه او از درمان ضدافسردگی، شیدایی ناشی از مواد بایستی در نظر گرفته شود. در زمینه عفونت پیشرفته HIV و با وجود مشکلات شناختی، نشانه‌های روان‌پریشی ممکن است منعکس کننده تغییرات نوروپاتولوژیک مربوط به HIV باشند. از آنجایی که نشانه‌های جیمی طی یک دوره یک ماهه ایجاد شده‌اند و نه چند ساعته یا چند روزه و در طی زمان کم و زیاد نمی‌شوند، جیمی علائم یا نشانه‌های دلریوم بیش فعال را نشان نمی‌دهد.

اگر بیمار در غیاب نشانه‌های خلقی برجسته تظاهرات روان‌پریشی داشته باشد، آیا

ملاحظات تشخیصی متفاوت می‌شوند؟

اگر بیمار با تابلوی روان‌پریشی مراجعه کرده باشد متخصص موارد زیر را در نظر می‌گیرد:

- اختلال روانی اولیه: ممکن است سابقه روان‌پریشی در خانواده وجود داشته باشد، بخصوص اگر در شروع بیماری سن بیمار کمتر از ۳۵ سال باشد.

- روان پریشی ناشی از مصرف مواد: مصرف مواد مخدر یا داروهای تجویز شده بویژه افلویرنز، می تواند باعث روان پریشی گردد. همچنین در گزارش های موردی اباکاویر و نویراپین هم باعث روان پریشی شده اند (دلاکارزا و همکاران^۱، ۲۰۰۱؛ جن و ایز^۲ ۲۰۰۲؛ فاستر و همکاران^۳ ۲۰۰۳، پوسن و لوبلین^۴ ۲۰۰۳).
- روان پریشی ناشی از مشکلات عمومی پزشکی: مشکلات عصبی (تشنج، ضایعات عروقی، ضایعات عفونی فضاگیر، یا نیوپلاسم) مشکلات غدد درون ریز، ناهنجاری های متابولیک، عفونت های سیستمیک مربوط به تغییرات پاتوفیزیولوژیک ناشی از عفونت HIV (ناویا و همکاران ۱۹۸۶، السیاتی و همکاران^۵ ۲۰۰۱) می توانند ماشه روان پریشی را بکشند. در بیشتر این موارد، یا اینکه بیمار در زمان شروع علائم روان پریشی اختلال آشکار عصبی-روانی دارد و یا طی چند ماه به دامان پیشرفت می کند (بوش ۱۹۸۹، الکیاتی و همکاران ۲۰۰۱) b
- دلریوم: دلریوم می تواند باعث علائم روان پریشی بشود.

ارزیابی اولیه شیدایی و روان پریشی در عفونت HIV چگونه است؟

ارزیابی اولیه بایستی شامل:

- یک مصاحبه روانپزشکی عمیق با تاکید ویژه روی ارزیابی شناختی باشد. مهم این است که شروع هر گونه مشکلات شناختی نسبت به شروع نشانه های روان پریشی مشخص شود.
- سابقه دارویی: پزشکان همیشه بایستی در نظر داشته باشند که نشانه های روان پریشی بیمار ممکن است در واقع عوارض جانبی داروهای ضد رتروویروسی باشند و تغییرات دارویی را در چهار ماه گذشته بیمار بررسی کنند. برای مثال دخالت دیدانویسن در ایجاد روان پریشی تا سه ماه بعد از شروع مصرف ثابت شده است (برویل و همکاران، ۱۹۹۴).
- سابقه مصرف مواد
- ارزیابی جامع پزشکی جهت شناسایی اجزای ارگانیک بالقوه بیماری (مارتین و همکاران، ۲۰۰۲).

1 De la Garza et al.

2 Jan Wise

3 Foster et al.

4 Pousen and Lublin

5 Alciati et al.

- تست آزمایشگاهی از جمله غربال سم شناختی و تست سرم سیفیلیس.
- اگر احتمال درگیری دستگاه عصبی مرکزی با HIV می رود، مطالعات تشخیص وضعیت عصبی از جمله تصویربرداری عصبی، آنالیز مایع مغزی-نخاعی جهت رد عفونت فرصت طلب.
- یک نوار مغزی، که ممکن است موجب تشخیص بین دلریوم بیش فعال و روان پریشی ناشی از مصرف دارو بشود.

مانیا و روان پریشی در عفونت HIV چگونه درمان می شوند؟

هردارویی که بالقوه ممکن است در بروز علائم دخیل باشد در صورت امکان بایستی حذف گردد. وقتی دوره های روان پریشی تمام شدند، عوامل ضد رترو ویروسی در دوزهای پایین تر باید آغاز شوند.

تثبیت کننده های خلق و خو

- اسید والپروئیک عموماً در خط اول درمان مانیا در بیماران HIV استفاده می شود. اسید والپروئیک برای کنترل روان پریشی مربوط به ضایعات مغزی در بیماری HIV استفاده شده است (هالمن و همکاران، ۱۹۹۳). سدیم دیوالپرواکس باعث عوارض جانبی کمتری در دستگاه گوارشی می شود تا سدیم والپروت. مطالعات آزمایشگاهی نشان می دهد که اسید والپروئیک ممکن است بار ویروسی را افزایش دهد (موگ و همکاران، ۱۹۹۶؛ ویتورو و همکاران ۱۹۹۷). به هر حال، فقط یک گزارش افزایش بار ویروسی توسط اسید والپروئیک موجود است که در بیماری بود که با داروی ضد رتروویروسی درمان نمی شد. این گزارش بخشی از مرور موردی ۱۵ بیمار بود که ۱۱ نفر از آنها اسید والپروئیک مصرف می کردند (ماگلی و هالمن، ۲۰۰۱). تأثیری که اسید والپروئیک بر بار ویروسی دارد احتمالاً قابل چشم پوشی است، اما درمانگران بایستی از نزدیک بار ویروسی را با استفاده از این دارو کنترل کنند. عوارض جانبی اسید والپروئیک در بیماران سرولوژی مثبت HIV ممکن است برجسته تر باشند، از جمله بالا رفتن آنزیم های کبدی تا سه برابر معمول. همچنین اسید والپروئیک ممکن است سطح زیدوودین را با کاهش گلوکوکورتیکوئیدها آن افزایش دهد. (اکولا و همکاران^۱، ۱۹۹۷؛ تراپنل و همکاران^۲، ۱۹۹۸).

1 Akula et al.

2 Trapnell et al.

- لیتیوم در درمان روان پریشی در بیماران سرولوژی مثبت HIV مؤثر بوده است. اما چند مورد مسمومیت عصبی لیتیوم در سطح درمانی در بیماران AIDS دیده شده است. (تانکواری^۱، ۱۹۹۳) احتمالاً بخاطر اینکه لیتیوم در سلول‌های عصبی غیرطبیعی تجمع می‌یابد (گولدربرگر و همکاران^۲، ۱۹۸۰). لیتیوم بایستی با احتیاط فراوان استفاده شود و سطح شیمی خون از نزدیک کنترل شود، زیرا که بیمار ممکن است دچار مسمومیت و کم‌آبی بدن (ناشی از تهوع و استفراغ ناشی از عوارض جانبی عوامل ضد روتروویروسی و یا عوامل عفونی اسهال و کم‌آبی بدن) شود (مالدونادو و همکاران، ۲۰۰۰؛ فرناندز و همکاران، ۲۰۰۲).
- اگرچه هیچ موردی در مقالات پزشکی درباره مصرف لاموتریجین^۳ برای درمان روان پریشی در بیماران HIV گزارش نشده است، اما جهت درمان نوروپاتی HIV بطور موفقیت آمیزی مورد استفاده قرار گرفته که نشان می‌دهد ممکن است تثبیت کننده دیگری برای خلق و خوی باشد (باکونیا^۴، ۲۰۰۲؛ سیمپسون و همکاران^۵، ۲۰۰۳). بروز راش در بیماران HIV کمتر بود.
- بخاطر تداخل بالقوه پایین دارو، گاباپنتین هم ممکن است به عنوان یک داروی همراه در تثبیت خلق و خوی مؤثر باشد.

ضد روان پریشی‌ها

- پزشک باید در استفاده از نورولپتیک‌ها احتیاط کند زیرا افرادی که AIDS دارند در خطر زیادتری از ایجاد عوارض جانبی اکسترپیرامیدال با داروهای قوی از جمله ریسپریدون هستند. همچنین آنها به عوارض جانبی آنتی‌کلنی نرژیک داروهای با قدرت پایین بیشتر حساس هستند و در خطر بالایی از ابتلا به سندوم نورولپتیک بدخیم قرار دارند. به هر حال نورولپتیک‌ها برای کنترل حاد نشانه‌های مانیا و در درمان روان پریشی ممکن است لازم باشند. نسل دوم آنتی‌سایکوتیک‌ها نسبت به عوامل معمول، عوارض جانبی کمتری دارند.
- اولانزاپین^۶، با تاثیرات آرام بخش، خطر پایین نشانه‌های اکسترپیرامیدال (EPS) و تاثیر گذاری در کنترل شیدایی حاد در درمان کاربرد دارد. وقتی که اولانزاپین در ترکیب با ریتوناویر استفاده شود، ممکن است دوزهای بالاتری نیاز باشد. افزایش خطر ابتلا به قند خون و یا

1 Tanquary

2 Goldberter et al.

3 Lamotrigine

4 Backonja

5 Simpson et al.

6 Olanzapine

بی‌نظمی گلوکز مرتبط با استفاده از آن وجود دارد، به ویژه در زمینه مراقبت HIV که استفاده از مهارکننده‌های پروتياز هم می‌تواند باعث ایجاد دیابت شود.

- مصرف ریسپریدون^۱ در دوز ۲ میلی گرم یا بالاتر بایستی با احتیاط انجام گردد زیرا بروز نشانه‌های اکستراپیرامیدال با این دوز افزایش می‌یابد. به هر حال یک مطالعه سری موارد^۲ نشان داده که این دارو بخوبی قابل تحمل بوده و می‌تواند در درمان روان‌پریشی مربوط به HIV با میانگین دوز روزانه ۳/۲۹ میلی‌گرم مؤثر باشد (سینگ و همکاران^۳، ۱۹۹۷). گزارش‌های موردی تاثیر مهارکنندگی داروهای ضد رتروویروسی مانند ریتوناویر و ایندیناویر روی متابولیسم ریسپریدون (از طریق سیتوکروم CYP3A4 و CYP3A4 P450) نشان می‌دهند که با مسمومیت سریع و تشدید نشانه‌های اکستراپیرامیدال همراه است. (خوور و همکاران^۴؛ ۲۰۰۲؛ کلی و همکاران^۵، ۲۰۰۲).
- از کلازپین به خاطر عارضه جانبی اگرانولوسیتوزیس^۶ وابسته به دوز در بیماران با نقص ایمنی اجتناب کنید، اما آن را کاملاً حذف نکنید. یک مطالعه پایلوت نشان داد که این دارو دارای مزایایی هم هست وقتی که با دوزهای محافظه کارانه (میانگین دوز روزانه ۲۷/۰۶ میلی گرم) در زمینه روان‌پریشی HIV و پارکیسونیم ناشی از دارو استفاده شود (لرا، ۱۹۹۹).
- داروهای جدیدتر مانند اریپرازول^۷، زیپراسیدون^۸، و کتیاپین^۹ هنوز در این جمعیت [مبتلایان به HIV] مطالعه نشده اند.

بنزودیازپینها

- بنزودیازپینها ممکن است بعنوان داروی همراه در درمان شیدایی در بیماران HIV مؤثر باشد با این هشدار که آنها ممکن است اختلال شناختی را بدتر کنند.
- کلونازپام بطور موفقیت آمیزی بعنوان داروی همراه در درمان شیدایی در بیماران HIV استفاده شده است.

1 Risperidone

2 Case series

3 Singh et al.

4 Jover et al.

5 Kelly et al.

6 Agranulocytosis

7 Aripiprazole

8 Zipresidone

9 Quetiapine

- لورازپام، اوکسازپام و تمازپام ممکن است ارزش ویژه‌ای داشته باشند زیرا با کونژوگاسیون مستقیم از طریق ترانسفراز گلوکوروئیل متابولیزه می‌شوند، در حالی که بنزودیازپینهای دیگر اساساً بوسیله سیتوکروم P450 ایزوآنزیم 3A4 متابولیزه می‌شوند. ریتوناویر فعالیت ترانسفراز گلوکوروئیل را القا می‌کند، و تجویز همزمان با ریتوناویر نیاز به دوزهای بالاتر این بنزودیازپینها دارد.
- بسیاری از عوامل ضدتروروپروسی سیستم سیتوکروم P450 را مهار می‌کنند و باعث بالارفتن سطوح سوخت و ساز شده بنزودیازپینها توسط این آنزیم می‌گردند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر درباره تداخل بالقوه دارو به دارو و استفاده از این داروها، فصل ۳ را ملاحظه کنید.

موارد دیگر

- اگرچه هیچگونه گزارش موردی درباره فردی با سرولوژی مثبت HIV که درمان با شوک الکتریکی (ECT) برای شیدایی دریافت کرده باشد در دست نیست، اما این روش هم بایستی برای بیمارانی که قادر به تحمل داروهای سنتی نیستند در نظر گرفته شود. شوک الکتریکی بطور موفقیت آمیزی در بیماران افسرده HIV و ایدز استفاده شده است. اگر چه مصرف آن ممکن است با عارضه سردرگمی طولانی مدت همراه شود. (شارف و همکاران^۱، ۱۹۸۹)
- آموزش روانی جزء مهمی در فرایند درمان روان پریشی است، بویژه اگر که بیماری در اثر استفاده از دارو بوجود آمده باشد. برای اطمینان از رعایت رژیم دارویی که برای بقای طولانی مدت لازم است، درمانگران بایستی بیماران را نسبت به ایمنی رژیم‌های دارویی اطمینان دهند. درمانگران بایستی بیمارانی را که علائم روان پریشی ناشی از دارو داشته‌اند را مطلع سازند که اگرچه گزارش‌هایی درباره روان پریشی و افسردگی ناشی از دارو وجود دارد، شیدایی و شیدایی خفیف در کسانی که پیش زمینه اختلال دوقطبی نداشته‌اند بازگشت نمی‌کند (الن و همکاران، ۱۹۹۹). به هر حال شیدایی به مفهوم یک پیش آگهی بد برای پیشرفت HIV نیست. شروع جدید شیدایی بدون سابقه خانوادگی یا شخصی اختلالات خلقی بیشتر به دمانس و زوال شناختی مرتبط بوده و در اواخر دوره بیماری اتفاق می‌افتد (ال ملخ^۲، ۱۹۹۱؛ لیکتسوس و همکاران^۳، ۱۹۹۷؛ الن و همکاران، ۱۹۹۹).

1 Schaerf et al.

2 El-Mallakh

3 Lyketos

با رژیم‌های درمانی ضد رتروویروسی HIV، بروز و پیش‌آگهی شیدایی در بیماران HIV ممکن است تغییر پیدا کند. HAART ناهنجاری‌های متابولیت مغزی را در دمانس خفیف HIV بر می‌گرداند (چنگ و همکاران^۱، ۱۹۹۹) و ممکن است بروز شیدایی را کاهش دهد.

جیمی دوباره در بخش اورژانس دوزهای کوچک هالوپریدول ۰/۵ میلی گرم و لورازپام ۱۰ میلی گرم دریافت کرد. معاینه فیزیکی هیچگونه ناهنجاری کانونی را نشان نداد. آزمایشات تشخیص پزشکی او اساساً منفی بود از جمله سی تی اسکن سر و نوار مغزی بجز یک لوکوسیتوز خفیف. غربال دارویی ادرار^۲ (UDS) منفی بود و نتیجه همه آزمایش‌های دیگر در حد طبیعی بودند. جیمی در بخش روانپزشکی بستری شد و در موقع خواب یک دوز ۲۵۰ میلی گرم سدیم دیوال پرواکس مصرف کرد که این به آهستگی به دوز ۵۰۰ میلی گرم دوبار در روز تبدیل شد. سرتالین متوقف شد. نشانه‌های روان‌پریشی بیمار هم حل شد. مصرف دیوالپرواکس سدیم به آرامی کاهش یافته و در ویزیت‌های بعدی متوقف گردید. خانواده او درباره تشخیص مراحل اولیه شیدایی آموزش داده شدند. دو هفته بعد از مرخصی جیمی به صورت سرپایی تحت آزمایش‌های روانشناختی-عصبی قرار گرفت که اختلال خفیف لوب فرونتال را نشان داد. چهار هفته بعد دوباره جیمی با حالت گیجی شدید توسط خانواده‌اش به بخش اورژانس آورده شد که از زمان مرخصی‌اش همواره بدتر شده بود. او فلج نیمه بدن^۳ و نیمه-بینی^۴ داشت. MRI کاهش دانسیته T1 و افزایش دانسیته T2 در ماده سفید زیر قشر مغزی در لوب‌های پارتنو - اوکسی پتیال طرف مقابل و همچنین درگیری ماده خاکستری قشر مغزی با ضایعات حلزونی شکل را نشان داد. این تغییرات نشانه لوکوانسفالوپاتی چند کانونی پیشرفته (PML) تصور می‌شد. حال بیمار رو به وخامت می‌رفت به طوری که بیوپسی مغزی نمی‌توانست انجام شود. بر اساس نشان‌های بالینی که PML را پیشنهاد می‌کردند درمانگر سیتارابین داخل وریدی را آغاز نمود. وضعیت جیمی همچنان بسرعت رو به زوال می‌رفت. آسایشگاه ویزیت‌های خانگی را ترتیب داد و بیمار هفته بعد از آن در خانه فوت کرد.

نتیجه گیری

HAART امکان توقف طولانی مدت HIV را می‌دهد و همراه آن کاهش عفونت‌های فرصت طلب، ناخوشی و مرگ ناشی از HIV. به هر صورت دستگاه عصبی مرکزی از تاثیرات مستقیم و ثانویه HIV

1 Chang et al.

2 Urine drug screen

3 Hemiparesis

4 Hemianopia

همچنان آسیب پذیر می ماند. با وجود نفوذ ناکافی و مشکلات بالقوه عوارض جانبی درمان ضد رتروویروسی، بنظر می رسد میزان اختلالات عاطفی در میان بیماران HIV که توسط HAART و درمان ترکیبی سه گانه مدیریت می شوند در حال کاهش باشد (الکیاتی و همکاران؛ ۲۰۰۱، ستاراس و همکاران^۱، ۲۰۰۲). توانایی کاهش قابل توجه ناخوشی مربوط به اختلالات خلق و خوی به چندین فاکتور بستگی دارد، از جمله:

- آگاهی از نشانه ها و علائم اختلالات عاطفی در بیماران HIV
- مرور دقیق مشکلات پزشکی و موادی که باعث تسریع یا تشدید می شوند و تلاش هماهنگ برای مدیریت یا حذف آنها.
- استفاده عاقلانه از داروهای بهبودکننده خلق و تثبیت کننده روانگردان ها، همراه با مداخله مناسب اجتماعی و روانشناختی.

منابع

1. Abila, S. K., Rege, A. B., Dreisbach, A. W. et al. Valproic acid increases cerebrospinal fluid zidovudine levels in a patient with AIDS. *American Journal of Medicine and Science*, 313 (1997): 244-6.
2. Alciati, A., Fusi, A., D'Arrinio Monforte, A. et al. New-onset delusions and hallucinations in patients infected with HIV. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 26(3) (2001b): 229-34.
3. Alciati, A., Starace, F., Scaramelli, B. et al. Has there been a decrease in the prevalence of mood disorders in HIV-seropositive individuals since the introduction of combination therapy? *European Psychiatry*, 16(8) (2001a): 491-6.
4. Andersson, E., Hansson, I. and Norlin, K. Depression caused by herpes simplex encephalitis.
5. Atypical symptoms were misleading for diagnosis. *Lakartidningen*, 93 (1996): 1257.
6. Backonja, M. M. Use of anticonvulsants for treatment of neuropathic pain. *Neurology*, 59 (5 Suppl. 2) (2002): S14-17.
7. Berger, J. R., Kumar M. Kumar A. et al. Cerebrospinal fluid dopamine in HIV-1 infection. *AIDS*, 8 (1994): 67-71.
8. Bottiglieri, T. Folate, vitamin B12, and neuropsychiatric disorders. *Nutritional Review*, 54 (1996): 382-90.
9. Breitbart, W. and Strout, D. Delirium in the mentally ill. *Clinical Geriatric Medicine* 16 (2) (200): 357-72.

10. Brouillette, M. -J., Chouinard, G. and Lalonde, R. Didanosine-induced mania in HIV infection.
11. American Journal of Psychiatry, 151 (1994): 12.
12. Busch, K. A. Psychotic states in human immunodeficiency virus illness. Current Opinion in Psychiatry, 2 (1989): 3-6.
13. Chang, L., Ernst, T., Leonido-Yee, M. et al. Highly active antiretroviral therapy reverses brain metabolite abnormalities in mild HIV-1 dementia. Neurology, 53(4) (1999): 782-9.
14. Ciesla, J. A. and Roberts, J. E. Meta-analysis of the relationship between HIV -1 infection and risk for depressive disorders. American Journal of Psychiatry, 158 (2001): 725-30.
15. Cockram, A., Judd, F. K., Mijch, A. and Norman, T. The evaluation of depression in inpatients with HIV disease. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33 (1999): 344-52.
16. De la Garza, C. L. S., Paoletti-Duarte, S., Garcia-Martin, C. and Gutierrez-Casares, J. R. Efavirenz-induced psychosis. AIDS, 15(14) (2001): 1911-12.
17. De Ronchi, D., Faranca, I., Forti, P. et al. Development of acute psychotic disorders and HIV-1 infection. International Journal of Psychiatry in Medicine, 30 (2000): 173-83.
18. Dobs, A. S., Dempsey, M. A., Ladenson, P. W. and Polk, B. F. Endocrine disorders in men infected with human immunodeficiency virus. American Journal of Medicine, 84 (1988): 611-16.
19. Domisse, J. Subtle vitamin deficiency and psychiatry: a largely unnoticed but devastating relationship? Medical Hypothesis, 34 (1991): 131-40.
20. Ellen, S. R., Judd, F. K., Mijch, A. M. and Cockram, A. Secondary mania in patients with HIV infection. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 33(3) (1999): 353-60.
21. el-Mallakh, R. S. Mania in AIDS: clinical significance and theoretical considerations. International Journal of Psychiatry in Medicine, 21(4) (1991): 383-92.
22. Evans, D. L., Ten Have, T. R., Douglas, S. D. et al. Association of depression with viral load, CDS T lymphocytes, and natural killer cells in women with HIV -1 infection. American Journal of Psychiatry, 159 (2002): 1752-9.
23. Fernandez, F. Neuropsychiatric aspects of human immunodeficiency virus (HIV -1) infection. Current Psychiatry Reports, 4 (2002): 228-31.
24. Fernandez, F. and Levy, J. K. Psychopharmacology in HIV-1 Spectrum disorders. Psychopharmacology Clinics of North America, 17 (1994): 135-48.
25. Gillenwater, D. R. and McDaniel, J. S. Rational psychopharmacology for patients with HIV-1 infection and AIDS. Psychiatric Annals, 31 (2001): 28-34.
26. Goldberger, E., Clavere, J. L. and Espagno, J. Dosage de lithium intratumoral (glioblastome cerebral). Encephale, 6 (1980): 139-44.

27. Goodkin, K., Baldewicz, T. T., Wilkie, F. L. and Tyll, M. D. Cognitive-motor impairment and disorder in HIV-1 infection. *Psychiatric Annals*, 31 (2001): 37-44.
28. 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.
29. Halman, M. H., Bialer, P., Wort, J. L. and Rourke, S. B. HIV-1 Disease/AIDS. In *The American Psychiatric Publishing Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry: Psychiatry in the Medically Ill*, 2nd edn., M. G. Wise, and J. R. Rundell, eds. pp.807-51. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc, 2002.
30. Halman, M. H., Worth, J. I., Sanders, K. M. et al. Anticonvulsants use in the treatment of manic syndromes in patients with HIV -1 infection. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 5 (1993): 430-4.
31. Harris, M. J., Jeste, D. V., Gleghorn, A. and Sewell, D. D. New-onset psychosis in HIV-infected patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53 (1991): 369-76.
32. Hugen, P. W., Burger, D. M., Brinkman, K. et al. Carbamazepine-indinavir interaction causes antiretroviral therapy failure. *Annals of Pharmacotherapy*, 34(4) (2000): 465-70.
33. Ickovics, J. R., Hamburger, M. E., Vlahov, D. et al. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV -I-seropositive women: longitudinal analysis from the HIV -1 epidemiology research study. *Journal of the American Medical Association*, 285 (2001): 1466-74
34. Jan Wise, M. E. Neuropsychiatric complications of nevirapine treatment. *British Medical Journal*, 324 (2002): 879.
35. Iover, F., Cuadrado, J. M., Andreu, L. and Merino, J. Reversible coma caused by risperidone/ritonavir interaction. *Clinical Neuropharmacology*, 25(5) (2002): 251-3.
36. Kaplan, H.I. and Sadock, B. J. *Mood Disorders*, pp. 524-80. Baltimore, MD: Williams and Wilkins, (1998).
37. Kelly, D. V., Beique, L. C. and Bowme, M. I. Extrapiramidal symptoms with ritonavir/indinavir plus risperidone. *Annals of Pharmacotherapy*, 36(5) (2002): 827-30.
38. Lera, G. and Zirulnik, J. Pilot study with clozapine in patients with HIV-associated psychosis and drug-induced parkinsonism. *Movement Disorders*, 14(1)(1999): 128-31.
39. Leserman, J. HIV disease progression: depression, stress, and possible mechanisms. *Biological Psychiatry*, 54(3) (2003): 295-306.
40. Levin, G. M., Nelson, L. A., DeVane, C. L. et al. A pharmacokinetic drug-drug interaction study of venlafaxine and indinavir. *Psychopharmacology Bulletin*, 35(2) (2001): 62-71.
41. Lyketsos, C. G. and Federman, E. B. (1995). Psychiatric disorders and HIV-infection: impact on one another. *Epidemiology Review*, 17 (1995): 152-64.

42. Lyketsos, C. G., Schwartz, J., Fishman, M. and Treisman, G. AIDS mania. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 9(2) (1997): 277-9.
43. Maggi, J. D. and Halman, M. H. The effect of divalproex sodium on viral load: a retrospective review of HIV-1-positive patients with manic syndromes. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(4) (2001): 359-62.
44. Maldonado, J. L., Fernandez, F. and Levy, J. K. Acquired immunodeficiency syndrome. In *Psychiatric Management of Neurological Disease*, E. C. Lauterbach, ed. pp.271-95. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc, 2000.
45. Markowitz, J. C; Klerman, G. L. and Perry, S. Interpersonal psychotherapy of depressed HIVseropositive outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(1992): 885-90.
46. Martin, L., Tummala, R. and Fernandez, F. Psychiatric management of HIV-1 Infection and AIDS. *Psychiatric Annals*, 32 (2002): 133-40.
47. Maxwell, S., Scheftner, W. A., Kessler, H. A. and Busch, K. Manic syndrome associated with zidovudine treatment. *Journal of the American Medical Association*, 259 (1988): 3406-7.
48. McDaniel, J. S., Chung, J. Y., Brown, L. et al. Practice guideline for the treatment of patients with HIV-1/AIDS. *American Journal of Psychiatry*, 157 (2000): 1-61.
49. Moog, c., Kuntz-Simon, G., Caussin-Schwemling, C. and Obert, G. Sodium valproate, an anticonvulsant drug, stimulates human immunodeficiency virus type 1 replication independently of glutathione levels. *Journal of General Virology*, 77 (1996): 1993-9.
50. Morrison, M. F., Petitto, J. M., Ten Have, T. et al. Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 159 (2002): 789-96.
51. Murphy, D. A., Greenwell, L. and Hoffman, D. Factors associated with antiretroviral adherenceamong HIV-infected women with children. Abstract XI4 International AIDS Conference, 2002.
52. Navia, B. A., Cho, E. S., Petito, C. K. and Price, R. W. The AIDS dementia complex: II.
53. Neuropathology. *Annals of Neurology*, 19 (1986): 525-35.
54. Nemeroff, C. E., DeVane, C. L. and Pollack, B. G. Newer antidepressants and the cytochrome P450 system. *American Journal of Psychiatry*, 153 (1996): 311-20.
55. Poulsen, H. D. and Lublin, H. K. Efavirenz-induced psychosis leading to involuntary detention. *AIDS*, 17(3) (2003): 451-3.
56. Schaerf, F. W., Miller, R. R., Lipsey, J. R. and McPherson, R. W. ECT for major depression in four patients infected with human immunodeficiency virus. *American journal of Psychiatry*, 146(6) (1989): 782-4.
57. Sewell, D. D., Ieste, D. V., Atkinson, J. H. et al. HIV-associated psychosis: a study of 20 cases. *American journal of Psychiatry*, 151 (1994): 237-42.

58. Simpson, D. M., McArthur, J. C; Olney, R. et al. Lamotrigine for HIV-associated painful sensory neuropathies: a placebo-controlled trial. *Neurology*, 60(9) (2003): 1508-14.
59. Singh, A. N., Golledge, H. and Catalan, J. Treatment of HIV-related psychotic disorders with risperidone: a series of 21 cases. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(5) (1997): 489-93.
60. Soldatovic-Stajic, B. and Drezgic- Vukic, S. Case report of a female patient with post-infection depression. *Medicinski Pregled*, 49 (1996): 57-8.
61. Starace, F., Bartoli, L., Aloisi, M. S. et al. Cognitive and affective disorders associated to HIV infection in the HAART era: findings from the NeuroICONA study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(1) (2002): 20-6.
62. Tanquary, J. Lithium neurotoxicity at therapeutic levels in an AIDS patient. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(8) (1993): 518-19.
63. Trapnell, C. B., Klecker, R. W., Iarnis-Dow, c. and Collins, J. M. Glucuronidation of 3'-azido-3'-deoxythymidine (zidovudine) by human liver microsomes: relevance to clinical pharmaco-kinetic interactions with atovaquone, fluconazole, methadone, and valproic acid. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 42 (1998): 1592-6.
64. Tucker, J. S., Burnam, A., Sherbourne, C. D., Kung, F. Y. and Gifford, A. L. (2003). Substance use and mental health correlates of nonadherence to antiretroviral medications in a sample of patients with human immunodeficiency virus infection. *American Journal of Medicine*, 114 (2003): 573-80.
65. Wagner, G. J., Rabkin, J. G. and Rabkin, R. A comparative analysis of standard and alternative antidepressants in the treatment of human immunodeficiency virus patients. *Comprehensive Psychiatry*, 37 (1996): 402-8.
66. Whitefield, S. G., Everett, A. S. and Rein, M. F. Neurosyphilis and human immunodeficiency virus infection (letter). *Journal of Infectious Diseases*, 164 (1991): 609.
67. Wise, M. G. and Gray, K. F. Delirium, dementia, and amnesic disorders. In *The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*, 2nd edn, R. E. Hales, S. C. Yudofsky and J. A. Talbott, eds. pp. 311-53 Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 1994.
68. Witvrouw, M., Schmit, J. c., Van Remoortel, B. et al. Cell type-dependent effect of sodium valproate on human immunodeficiency type 1 replication in vitro. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 13 (1997): 187-92.
69. SUGGESTED READING
70. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Patients with HIV / AIDS. *American Journal of Psychiatry*, 157 (Suppl. 11)(2000).
71. Cournos, F. and Forstein, M.(eds.) *What Mental Health Practitioners Need to Know about HIV and AIDS*, San Francisco, CA: Jossey-Bass/Wiley, 2000.

72. Maldonado, J. L. and Fernandez, F. Neurobehavioral complications of human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome. In Neuropsychiatry, 2nd edn. R. B. Schiffer, S. M. Rao and B. S. Fogel eds. pp. 1018-33. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.
73. McDaniel, J. S., Chung, J. Y., Brown, L. et al. American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with HIV / AIDS. American Journal of Psychiatry, 157 (2000): 1-61.
74. Repetto, M. J., Evans, D. L., Cruess, D. G. et al. Neuropsychopharmacologic treatment of depression and other neuropsychiatric disorders in HIV-infected individuals. eNS Spectrums, 8(1) (2003): 59-63

فصل پنجم

عفونت HIV و رفتار خودکشی

جوسه کاتالان

مقدمه

افرادی که عفونت HIV دارند، مانند کسانی که به بیماری‌های جدی مبتلا هستند، ممکن است افکار خودکشی داشته باشند. همچنین آنها ممکن است رفتارهای خودآزاری داشته باشند که آنها را در معرض خطر خودکشی قرار می‌دهد. احتمال دارد این افکار و افعال فقط در اثر پریشانی و ناامیدی نباشد و ممکن است نشانه‌ای قوی از وجود اختلال شدید افسردگی بوده که می‌تواند با دخالت متخصص سلامت روان بهبود یابد. از ابتدا شروع اپیدمی تا اواسط دهه ۱۹۹۰، رفتار خودکشی در بیماران HIV همواره موضوع تحقیقات بسیاری بوده است. نتایج نشان داده است که خطر خودکشی و خودآزاری عمدی و افکار خودکشی در میان افراد مبتلا به HIV بسیار بیشتر بوده تا کسانی که این عفونت را نداشته‌اند. این یافته‌ها با تجارب بالینی مطابقت دارند. از زمان معرفی درمان HAART در اواسط دهه ۱۹۹۰، کسانی که با مراقبت از بیماران HIV سروکار داشتند متوجه افت در بروز خودکشی شدند و گزارشهای کمی هم در این باره در متون چاپ گردید. به نظر می‌رسد که بهبود در مرگ و میر و ناخوشی مربوط به HIV که نتیجه استفاده گسترده از درمان ترکیبی است به حس امید در بیماران HIV کمک نموده و این به نوبه خود باعث تغییرات مثبتی در رفتار خودکشی شده است.

مراقبت کنندگان بایستی قادر باشند افکار خودکشی را سنجیده و وجود خطر خودکشی و درجه آن را تشخیص دهند و طرح نوعی مداخله را فرموله کنند. اغلب کسانی که HIV دارند ممکن است به ایده‌های خودکشی نزد کسانی که در خط مقدم مراقبت از آنها هستند (پزشکان، پرستاران، درمانگران خانواده) طی ویزیت خانگی یا در کلینیک اشاره داشته باشند. این حائز اهمیت است که این افراد حرفه‌ای که در خط مقدم قرار دارند و لزوماً تخصصی در سلامت روان هم ندارند، دارای مهارت تشویق بیمار جهت بحث درباره افکار خودکشی بوده، بتوانند آنرا ارزیابی نمایند و در صورت لزوم بیمار را به متخصص معرفی نمایند. نظارت بر افکار و احساسات خودکشی و کیفیت زندگی که بایستی بخشی از روند مراقبت مداوم و طولانی مدت بیمار باشد، نیازمند سطح قابل توجهی از اعتماد میان بیمار HIV و مراقبت کننده او می‌باشد.

متخصصان سلامت روان بایستی قادر باشند که هر گونه افکار خودکشی مشخص شده در بیماران HIV را در نظر گرفته و نشانه‌های قابل توجه مربوط به HIV و عوارض جانبی درمان، وحشت از پیش‌آگهی و مشکلات اجتماعی را تشخیص دهند. برخی افراد دارای عفونت HIV درباره خواستن اطلاعات و تصمیم‌گیری راجع به مراقبت پزشکی خود بسیار خودمختار هستند. به هنگام بحث پزشکی برای پایان زندگی مبتلایان HIV و مراقبت کننده‌های حرفه‌ای‌شان ممکن است تضادهای عملی و اخلاقی مربوط به موضوعاتی مانند ادامه ندادن به درمان فعال و یوتونازی^۱ را تجربه کنند. آیا خواست یک فرد برای ادامه ندادن درمان بایستی معادل نقشه خودکشی قلمداد گردد؟ آیا بایستی از خودکشی به هر قیمتی جلوگیری نمود؟

مطالعه موردی: خودآزاری عمدی یک زن آریستن مبتلا به HIV

آنا یک زن ۳۵ ساله سیاه پوست آفریقایی متاهل است که قرص‌های ضداستفراغ و خواب‌آور خود را در ۲۶ هفتگی حاملگی‌اش بیش از حد مصرف کرده است. بعد از یک دعوا با همسرش، او در خانه تنها بود و تصمیم گرفت خود را بکشد، اما احساس گناه در مورد بچه‌اش او را وادار کرد که خود را به بیمارستان برساند. او به روانپزشک ارجاع شد. تشخیص ابتلای آنا به HIV در ۱۲ هفتگی و زمانی بود که او به کلینیک بارداری رفت. تقریباً یک سال می‌شد که او و همسرش اختلاف داشتند. او دریافته بود که همسرش با زن دیگری رابطه دارد و حاملگی او ناخواسته بود. آنا بوسیله همسرش تحت فشار بود که حاملگی را پایان دهد، اما اعتقادات مذهبی‌اش به او اجازه چنین کاری را نمی‌داد. اگرچه نه او و نه همسرش خواهان بچه نبودند. با وجود اینکه آنا با شخص دیگری همبستر نشده بود اما همسرش با انجام آزمایش برای HIV مخالفت می‌کرد و حامی او نبود و او را مقصر این عفونت می‌دانست. علاوه بر پریشانی او درباره رابطه خارج از ازدواج همسرش و حاملگی ناخواسته، آنا با شوک تشخیص HIV، به طرز برخورد همسرش، و نگرانی او در مورد آینده هم روبرو بود. در سه ماه گذشته او بیش از پیش غمگین و گریان شده و افکار خودکشی و احساس ناامیدی متناوباً به سراغ او می‌آمد. او درباره عفونت HIV خود با کسی صحبت نکرده بود و رفتن او به کلینیک بارداری نامنظم شده بود.

چگونه درمانگران باید خود آزاری عمدی را در بیماران HIV بسنجند؟

درخواست برای سنجش سلامت روان معمولاً زمانی اتفاق می افتد که فرد برای نتایج مصرف بیش از حد یا خودزنی تحت درمان قرار گرفته است. زمان سنجش مهم است زیرا که تاثیرات دارویی مواد و یا درمان می تواند توانایی شخص را برای به یاد آوردن حوادث تحت تاثیر قرار داده و او قادر به توصیف کافی مسایل نباشد.

- سنجش سلامت روانی اهداف بسیاری را داراست:
- توضیح دلایل اقدام
- شفاف سازی درجه قصد به خودکشی به هنگام اقدام
- مشخص نمودن اینکه شخص اختلال روانی دارد
- شناسایی مشکلات جاری
- دریافت کمک های مناسب بیشتر

شناسایی شرایطی که به اقدام می انجامد

درمانگر بایستی شخص را به توصیف جزئیات وقایع مرتبط با اقدام در یکی دو روز قبل تشویق کند، از جمله شرایط پیرامون خودآزاری و مشکلات روبروشده. این توصیف به شناسایی وقایع کلیدی، مشکلات و عوامل کمک کرده و نیز به درک قصدهای فرد در آن هنگام کمک می نماید. زیرا که عوامل دیگر به جز عفونت HIV هم می تواند منجر به افکار خودکشی شوند، و مهم است که روشن گردد که آیا HIV منجر به اقدام شده است و اگر این طور است چگونه.

تعیین درجه قصد خودکشی

درمانگر بایستی پرسش های کاوشگرانه ای بکند: در آن هنگام شخص تنها بود؟ آیا منتظر کسی بود؟ هیچ گونه اقدامی برای کشف نشدن صورت گرفته بود؟ آیا عمل به یکباره بود یا با نقشه قبلی؟ انتظار چه نتیجه ای از این اقدام داشته است؟ آیا یادداشت خودکشی باقی گذاشته شده بود؟ آیا فرد آرزو داشت بمیرد؟

سنجش خطر جاری خودکشی یا خودآزاری بیشتر

درمانگر بایستی اقدام به کشف نشانگرهای اپیدمیولوژیک شخصی و بررسی سابقه بیمار بنماید تا ایده ها و قصدهای جاری شخص شفاف گردد. آیا شخص از زنده بودن پشیمان است؟ آیا شخص دارای یک شبکه اجتماعی و منابع حمایتی می باشد؟ درمانگر می تواند با استفاده از بررسی وضعیت روانی به سنجش خطر کمک کند.

سنجش وضعیت روانی و تاریخچه کامل

درمانگر بایستی معین کند که آیا فرد از اختلال روانی مانند افسردگی مازور رنج می برد.

مشخص کردن مداخله سلامت روانی بیشتر

همچنین درمانگر بایستی هر گونه کمک بیشتری که خود نیاز داشته باشد جهت مقابله با مسوولیت دیگر شناسایی نماید. چه نوع کمکی برای فرد قابل پذیرش است؛ آیا داروهای اعصاب مورد نیاز است؛ آیا باید شخص در بخش روانی بستری شود؟ آیا فرد حاضر به رفتن به بیمارستان هست؟ اگر نیست، آیا باید او را مجبور به رفتن کرد؟

عوامل مرتبط با افزایش خطر خود آزاری عمدی در بیماران مبتلا به عفونت HIV

کدامند؟

خطر خودآزاری عمدی در افرادی که سابقه خودآزاری را قبل از تشخیص HIV داشته‌اند بیشتر است. همچنین در کسانی که در گذشته یا حال دارای سابقه روانی خصوصاً افسردگی، مصرف مواد و اختلال شخصیتی بوده‌اند.

افزایش خطر خودآزاری عمدی در دو مرحله گزارش شده است:

- بلافاصله بعد از تشخیص HIV، به ویژه اگر تشخیص غیرقابل انتظار باشد و یا خبر بدون همدردی و بی‌ملاحظه داده شود.
- در عفونت پیشرفته HIV خصوصاً اگر شخص در حال مقابله با مشکلات سلامتی و عوارض جانبی درمان باشد.
- از نظر بالینی، هرگونه بحرانی در پیشرفت بیماری می‌تواند بالقوه برای کسانی که به فکر پایان دادن به زندگی خود هستند خطرناک باشد.
- احتمال دارد HIV یکی از بسیار عواملی باشد که به خطر خودآزاری کمک می‌کند. عوامل دیگر شامل: مشکلات رابطه‌ای (از جمله جدایی و طلاق)، مشکلات شغلی، مشکلات سازگاری با افزایش طول عمر و داغ‌دیدگی.

در آن‌ا اختلال افسردگی تشخیص داده شد و خطر خودکشی برای او در نظر گرفته شد. اگر چه او اصرار داشت که دیگر هیچوقت سعی نخواهد نمود تا به خود یا بچه‌اش آسیبی برساند. او سابقه قبلی افسردگی در اثر دارو را داشت (بعد از شکست در ازدواج اولش). آن‌ا قبول کرد که داروی ضدافسردگی استفاده

کند و بطور منظم به روانپزشکی که همکاری نزدیکی با پزشک معالج او و متخصص زنان داشت مراجعه کند. او درمان ضد رتروویروسی را آغاز نمود. همسر او موافقت کرد که آزمایش HIV را انجام دهد و معلوم شد که مثبت است. سعی شد که برای آنها زوج درمانی انجام شود اما وقتی که خلق آنها بهبود یافت او تصمیم گرفت از همسرش جدا شود. آنها بچه سالمی را از طریق سزارین به دنیا آورد. او به بچه‌اش شیر نداد. سه ماه بعد زوج آشتی کردند. آنها درمان ضد رتروویروسی خود را تا شش ماه ادامه داده و به خوبی از پس HIV و بچه برآمد.

مطالعه موردی

تفکر خودکشی در یک فردی که مدت زیادی از ابتلای او به HIV می‌گذرد و حالا با افت سلامت جدی روبروست. رابرت مرد ۴۸ ساله‌ای است که ۷ سال پیش HIV در او تشخیص داده شده بود. او ناشر موفقی بود که به دلیل مشکل سلامتی مجبور به توقف کار شده بود. پنج سال پیش او بقدری خوب شده بود که توانست به صورت پاره وقت کار کند اما در دو سال گذشته سلامت او رو به زوال رفت. او خستگی و عوارض جانبی ناشی از درمان ضد رتروویروسی را تجربه کرده است، از جمله مشکلات لیپویدستروپی و گوارشی. شش ماه قبل رابرت مجبور شد کار خود را ترک کند. او تا حد زیادی از حمایت شریک خود پیتر برخوردار بود و پیتر هم می‌خواست کار خود را ترک کند تا بتواند از رابرت مراقبت کند.

این روزها رابرت بطور منظم به بیمارستان می‌رود. هنگامی که پرستار از او خون می‌گرفت او بطور غیر معمولی عصبانی شد و پرستار را متهم کرد که عمداً باعث ناراحتی او شده است. اما او فوراً اظهار پشیمانی کرده و عذرخواهی نمود. در طول مشاوره با پزشک خود رابرت دوباره اظهار ندامت کرده و به حس عصبانیت و ضعف روحیه خود در مقابل افت سلامتی‌اش، از دست دادن استقلال خود و بودن بار بر دوش شریک خود اعتراف کرد. او بطور غیر منتظره‌ای راجع به اینکه زندگی‌اش ارزش زنده ماندن ندارد صحبت کرد و طی سوالات عمیق‌تر اعتراف کرد که اغلب در مورد چگونگی پایان دادن به زندگی خود در صورت بدتر شدن سلامتی‌اش فکر کرده است. رابرت شوریده، پریشان و گریان شد و نیاز به زمان زیادی داشت تا خود را جمع و جور کند.

پزشک رابرت درباره وضعیت روانی و افکار خودکشی او نگران شد و فکر کرد که آیا او نیاز به بستری شدن در یک بیمارستان روانپزشکی و درمان روانپزشکی دارد. او از روانپزشک رابرت خواست تا رابرت را پیش از ترک درمانگاه بطور سرپایی یا بستری تحت سنجش کامل قرار دهد.

آیا رابرت بایستی فوراً و بصورت غیر داوطلبانه (با توجه به قوانین محلی) بستری شود؟

در حالی که افکار خودکشی می‌تواند نشانه افسردگی مازور بوده و نیاز به درمان تخصصی داشته باشد، اغلب تفکرات خودکشی در بیماران HIV نشانه افسردگی نیستند بلکه بخشی از روند عادت به یک بیماری غیرقابل پیش بینی می‌باشند. افکار خودکشی ممکن است تامین کننده سوپاپ اطمینان برای حس وحشت و

پیشانی ناشی از وضعیت فعلی و آنچه ممکن است در آینده اتفاق بیافتد باشند. از نظر روانشناختی، این افکار آنها را تأمین کننده حس کنترل و یا راه فرار در زمانی که شرایط دیگر قابل تحمل نباشد هستند. افکار خودکشی همیشه باید جدی گرفته شوند. مراقبان حرفه‌ای بایستی به بیماران اجازه دهند که بار را از دوش خود برداشته و آنها را در نگرانی خود در اتاق مشاوره یا بخش بستری سهیم کنند. مراقبان حرفه‌ای بایستی مشخصه‌ای که فرد در آن قرار گرفته را درک کرده و به او توضیح دهند که بهتر است از متخصص کمک بگیرد. برای این که فکر ملاقات روانپزشک ممکن است بعضی بیماران را به وحشت بیندازد، موضوع ارجاع بایستی با حساسیت بحث شود.

رابرت با دیدن روانپزشک موافقت نمود. وقتی که با او ملاقات کرد به او توضیح داد که او و شریکش اغلب درباره خودکشی به عنوان انتخاب آخر گفتگو کرده‌اند، اما تأکید کرد که او احساس نمی‌کرد که هنوز به آن نقطه رسیده است. او امیدوار بود که هنوز کیفیت زندگی نسبتاً خوبی را تا مدتی داشته باشد. او دو دل بودن خود را در مورد تمام کردن زندگی‌اش تشخیص می‌داد، اما موافق بود که چنین تصمیمی بایستی بعد از تفکر بسیار گرفته شود نه به طور آبی. او آرامش بیشتری داشت و از اینکه پزشکش احساسات او را جدی گرفته بود تا حدی خیالش راحت شده بود، حتی اگر به این معنی بود که باید فوراً ارزیابی روانپزشکی می‌شد.

روانپزشک نیازی برای بستری در بیمارستان روانپزشکی نمی‌دید و ترتیبی داد که رابرت و همسرش را هفته بعد در درمانگاه ملاقات کند و از او خواهش کرد که در صورت بروز هر گونه مشکلی پیش از ملاقات بعدی او را آگاه سازد.

جنبه‌های مختلف حمایت اجتماعی که بایستی به عنوان بخشی از سنجش افکار خودکشی شناسایی شوند کدامند؟

- روانپزشک به هنگام سنجش حمایت اجتماعی بایستی به نکات زیر توجه داشته باشد:
- نگرش خود بیمار درباره‌ی حمایت اجتماعی، نه اینکه واقعا چند نفر در دسترس هستند.
- تغییرات نگرش بیمار درباره‌ی حمایت اجتماعی در اثر پیشرفت بیماری.
- درجه دخالت یا بیش دخالتی دوستان و بستگان و تا چه اندازه این مساله به وابستگی بیمار یا کم شدن اختیار او می‌انجامد.

- کیفیت رابطه بین بیمار HIV و مراقب او.
- آیا بیمار HIV آن کمکی را که لازم است دریافت می‌کند، اگر خیر، بیمار ممکن است احساس تنفر و عصبانیت پیدا کند و این احساسات می‌توانند به افکار خودکشی تبدیل شوند.
- عواملی که ممکن است باعث نگرانی بیمار از اینکه باری بر دوش بستگان و آشنایان شده است (مثلا شخص ممکن است بترسد که بستگان آن حمایتی را که ادعا می‌کنند نداشته باشند، شخص ممکن است با مشکلات مراقبتی روبه رو شود و از آنچه قرار است به سر او بیاید وحشت پیدا کند که شاید هیچ کس نیست که کمک موثری به او بکند).
- آیا برای شخص راحت‌تر است که کمک خدمات بهداشتی و اجتماعی را بپذیرد یا کمک بستگان و دوستان را.

در سه ماه بعد، رابرت و همسرش بطور منظم به روانپزشک مراجعه کردند. در این مدت هر دوی آنها توانستند موارد ترس خود از آینده را با او در میان گذاشته و زندگی خود را نظم ببخشند. روانپزشک ترتیبی داد که رابرت کمک خانگی داشته باشد و از حمایت بیشتری برخوردار باشد، که باعث شد پیتز بتواند کار خود را ادامه دهد، و رابطه بین آنها بهبود پیدا کرد. رابرت دیگر راجع به خودکشی حرف نمی‌زد و قادر بود درباره‌ی علاقه‌ی باز یافته خود به کتاب خواندن صحبت بکند. شش ماه بعد بیماری لنفوم در او تشخیص داده شد. او درباره اینکه نمی‌خواست تحت درمان شدید و دردناک قرار بگیرد با پزشک معالج خود گفت‌وگو کرده بود. در مدتی که در بیمارستان بود تقاضا کرد که دوباره با روانپزشک ملاقات داشته باشد و با او درباره اینکه احساس می‌کرد پایان نزدیکش است به راحتی سخن گفت. روانپزشک در مورد افکار خودکشی که قبلا داشت از او پرسید و رابرت برای پایان دادن بدون درد زندگی خود تقاضای کمک کرد.

روانپزشک چه می‌تواند بکند وقتی که از او تقاضای کمک برای خودکشی می‌شود؟

بجز چند استثنا، اکثر سازمان‌های حرفه‌ای و قوانین کمک به خودکشی توسط پزشک را منع نموده‌اند. روانپزشکان باید به بیماران توضیح دهند که آنها در مقابل قانون و اصول اخلاق حرفه‌ای مسئولند که کمک به خودکشی را برای آنها غیرممکن می‌سازد. با این حال آنها برای کمک به بیماران جهت مقابله با شرایطی که روشنی بسیار دشوار است همواره آماده هستند. این کمک شامل:

- دریافتن رضایت بیمار از کیفیت زندگی و عوامل موثر در آن.
- تعیین و مقابله با عوامل قابل برگشتی که کیفیت زندگی را کاهش می دهند (مثلاً: درد، تهوع، جدایی، مشکلات در انجام کارهای روزانه، بی‌خوابی)
- کشف ترس‌های مربوط به مرگ (مثلاً: درد، ناتوانی روانی، ترک دوستان و بستگان، وحشت از ناشناخته‌ها، وحشت از مجازات بعد از مرگ)، و شناسایی راه‌هایی برای کاهش یا رهایی از این ترسها.
- کمک به توسعه روابط خوب بین بیمار و بستگان و مراقبت‌کنندگان حرفه‌ای جهت مراقبت‌های پزشکی آخر زندگی، از جمله بحث در مورد نظر بیمار درباره‌ی احیا، و اینکه هنگامی که بیمار قادر به تصمیم‌گیری جهت ادامه مراقبت نباشد چه باید کرد.
- کمک به اعضای تیم پزشکی و پرستاران جهت مواجهه شدن آنها با عکس‌العمل خودشان نسبت به زوال بیمار و تصمیم‌گیری برای ادامه مراقبت، به ویژه خطر درگیر شدن بیش از حد با شرایط و مشکلات بیمار یا جداسازی و اجتناب از اضطراب از طریق فاصله گرفتن از نگرانی‌های بیمار.
- بررسی احساس انتقال متقابل^۱ روانپزشک، و اطمینان از اینکه روند مراقبت از کسی که در حال مرگ است طبق نظر خود او ادامه می‌یابد تا نظرات شخصی و اخلاقی روانپزشک.

رابرت همراه با پیتر تصمیم گرفتند که او در خانه بمیرد، و تیم مراقبت خانگی حمایت انعطاف‌پذیری را ترتیب داد که بتدریج به مراقبت ۲۴ ساعته افزایش یافت. تسکین نشانه‌ها به شدت پیگیری شد و رابرت توانست از نظر ذهنی هشیار باقی بماند و بیشتر اوقات کنترل مراقبت از خود را داشته باشد. او قادر بود که با پیتر و خواهر و برادرش وقت بگذراند و بالاخره در خواب فوت کرد.

مطالعه موردی: خودکشی مردی که به تازگی مبتلا به عفونت HIV تشخیص داده شده بود.

کوپین، ۳۸ ساله و مدیر فن آوری اطلاعات، احساس ناخوشی می کرده و چندین هفته بود که از اسهال رنج می برد. او با پزشک خانواده مشاوره کرد، اما هیچ پیشرفتی نداشت. او نگران شد و آزمایش HIV را انجام داد. شمارش سلول های CD4 او بسیار پایین و بار ویروسی اش نزدیک به یک میلیون نسخه در میلی لیتر بود. به نظر می آید که او چندین سال است سرولوژی مثبت HIV دارد. او در گذشته می خواسته آزمایش بدهد اما از نتیجه آن وحشت داشت و خلاف آن تصمیم گرفته بود. او همیشه به HIV به عنوان حکم مرگ می نگریست و گفته بود که او منتظر نخواهد ماند که خود را در حال زوال فیزیکی و روحی ببیند همانطور که برای چند تا از دوستانش اتفاق افتاده بود.

کوپین از تشخیص خیلی ناراحت شد و برای یک هفته به جز برای رفتن به بیمارستان از خانه بیرون نرفت. او قادر به استراحت کردن و خوابیدن نبود و گریان و منزوی شده بود و همسر خود ریک را از خود می راند و از او خواهش می کرد که او را ترک کند. ریک حمایت می کرد ولی مقابله با پریشانی کوپین برایش دشوار بود.

بعد از دو هفته کوپین به کار بازگشت اما قادر نبود مثل قبل تلاش داشته باشد. او توسط پرستار درمانگاه به یک روانپزشک ارجاع شد. وقتی روانپزشک با کوپین ملاقات کرد او را گریان و ناامید به آینده یافت. خواب و اشتهاى او کم بود و تعریف نامشخصی از افکار خودکشی داشت اما نقشه خاصی برای این کار نداشت. او شبها مشروب می خورد تا به خوابیدنش کمک شود، اما این تاثیر کمی داشت. هنگامی که او ۱۹ ساله بود و اولین رابطه اش شکست خورده بود بیش از حد مجاز قرص های مسکن مصرف کرده بود. در آن زمان به روانپزشک مراجعه کرده و برایش ضد افسردگی تجویز شده بود که او مصرف نکرده بود.

بعد از اطمینان بخشیدن به روانپزشک که این بار قرص های ضد افسردگی را مصرف خواهد کرد روانپزشک آنها را تجویز نمود. در طی سه ماه بعد کوپین به طور مرتب (به جز چند جلسه) به ملاقات روانپزشک ادامه داد. او مصرف الکل را کم کرده و خلق و توانایی او جهت انجام کارش بهبود یافت.

ریک به حمایت خود ادامه داد، اما کوپین نمی خواست در مورد وضع سلامت خود با بستگان و دوستانش صحبت کند، و یا به ریک اجازه دهد که در این مورد با دیگران گفت و گو کند. کوپین تصمیم گرفت که دیگر روانپزشک را نبیند و به زودی بعد از آن مصرف داروهای ضد افسردگی را متوقف کرد. روانپزشک با کوپین تماس گرفته و برایش ملاقاتهای دیگری ترتیب داد اما کوپین جوابی نداد.

دو ماه بعد ریک نگران کوپین شده بود زیرا که او منزوی شده بود و از کارش مرخصی گرفته و بار دیگر مصرف الکل او بالا رفته بود. رابطه آنها رو به زوال رفته بود و آنها بطور مداوم جروبخت داشتند. ریک با روانپزشک تماس گرفت و کوپین موافقت کرد به همراه ریک او را ببیند. کوپین افسرده و گریان بود ولی ایده های خودکشی را انکار میکرد. روانپزشک تجویز ضد افسردگی را از سر گرفت و با وجود مشکلاتی که در رابطه آنها بود به ریک و کوپین پیشنهاد کرد که به یک روانشناس مراجعه کنند تا مشکلات آنها را بررسی و درمان کند. آنها موافقت کردند و اولین جلسه ملاقات برای دو هفته بعد تنظیم شد. همچنین آنها برای هفته بعد ملاقات دیگری با روانپزشک ترتیب دادند. یک روز پیش از ملاقات و بعد از دعوی خشنی با ریک، کوپین خود را در خانه اش با طناب به دار آویخت.

برای جلوگیری از خودکشی، روانپزشک چه کار دیگری می‌توانست انجام دهد؟

خودکشی یک بیمار یکی از ناراحت‌کننده‌ترین تجربی است که یک روانپزشک در زندگی حرفه‌اش با آن روبرو می‌شود. جلوگیری از خودکشی کار بسیار دشواری است و کارکنان سلامت روان خواه ناخواه با موارد بسیاری از خودکشی بیماران‌شان روبرو می‌شوند. این طبیعت شغلی است که ناتوانی در جلوگیری از خودکشی توجه بسیاری را جلب می‌کند اما از موفقیت در جلوگیری از خودکشی معمولاً قدردانی نمی‌شود. بی‌درنگ و بدون اینکه بیمارستان خواسته باشد، روانپزشک بایستی مدیریت مورد را حمایت‌گرانه و صادقانه با همکاریانش بررسی کند. این مرور بایستی شامل موارد زیر باشد:

- بررسی جزئیات مراقبت‌تأمین شده برای بیمار از زمان اولین تماس، با وارد کردن تمام اشخاصی که در مراقبت از بیمار سهیم بودند.
- سنجش خطر و تصمیم‌های گرفته شده.
- مرور سوابق.

گاهی اوقات دخالت دادن یک تسهیل‌کننده بیرونی ممکن است مفید باشد، کسی که بطور مستقیم در مراقبت بیمار دخالتی نداشته است.

روانپزشک احساس می‌کرد که در طی جلساتش رویکرد درمانی صحیحی نسبت به کوین و ریک داشته است. او در ملاقاتهای نخستین خود با کوین نگرانی‌هایی در مورد رفتار خودکشی بالقوه او داشت اما حمایتی که همسرش برای او تأمین می‌کرد و پاسخ مثبت کوین به ضد افسردگی او را مطمئن کرده بود. هنگامی که کوین درمان خود را متوقف کرده بود او نگران شده بود اما احساس کرده بود که در آن زمان کار دیگری از دستش بر نمی‌آمده تا کوین را به ادامه درمان تشویق کند. وقتی که ریک تماس گرفته بود و کوین موافقت کرد که در جلسات درمانی حضور پیدا کند و داروها را دوباره مصرف کند و در مورد رابطه‌شان کمک دریافت کردند، روانپزشک احساس کرده بود که پیشرفتی حاصل شده است، و در غیاب افکار خودکشی اطمینان زیادی پیدا کرده بود. همکاران او از تصمیم‌هایش حمایت کرده و بر مشکلاتی تأکید داشتند که رفتار خودکشی را در افرادی که با خطر مضاعفی مواجه هستند پیش‌بینی می‌کند.

نقش روانپزشک در مراقبت از همسر و دیگر بستگان چیست؟

تاثیر خودکشی بر نزدیکان شخص می‌تواند بسیار شدید و ماندگار باشد، و اغلب با احساسات غم، گناه، تردید، ننگ و عصبانیت پیچیده‌تر می‌شود. مهم این است که روانپزشک و کسانی که در مراقبت شخصی دخالت داشته‌اند خود را در دسترس همسر و بستگان قرار دهند و دخالت خود را بطور صادقانه توضیح داده و آمادگی مواجهه با ناراحتی و عصبانیت و بی‌اعتمادی خانواده را داشته باشند. گاهی اوقات دادن فرصت به خانواده برای گفت‌وگو با روانپزشکان یا کسانی دیگر که قبلاً دخالتی نداشته‌اند می‌تواند مفید باشد بطوری که آنها بتوانند آزادانه احساسات خود را بیان کنند.

روانپزشک با ملاقات ریک که احساس پریشانی و گناه می‌کرد موافقت کرد. طی دو ماه بعد ریک در بخش سرپایی حضور پیدا کرد و با سازمانی که به بستگان شخصی که خودکشی کرده کمک می‌کند در تماس بود.

چه کسی از مراقبت کنندگان مراقبت می‌کند؟

روانپزشکان و دیگر کارکنان سلامت روان احتمال دارد با حوادث خودکشی مکرراً روبه‌رو شوند. تاثیر روانشناختی بر مراقبت‌کنندگان حرفه‌ای می‌تواند کوتاه مدت باشد (مثلاً: شوک، غم، حس شکست، از دست دادن اعتماد به نفس در قضاوت حرفه‌ای) و درازمدت (مثلاً: افسردگی، بیماری، غیبت از کار، اجتناب از پذیرش موارد اضطراری و وظایفی که بالقوه خطرناک هستند). در بیشتر موارد، حمایت گروه همسان ممکن است تمام آن چیزی باشد که نیاز است، اما در بعضی موارد، حمایت فردی یا گروهی رسمی‌تری ممکن است مناسب باشد. کارکنان تازه کار بطور خاص نیاز به حمایت همکاران ارشد خود دارند. (همچنین به بخش ۱۹ مراجعه کنید).

نتیجه‌گیری

در بیماران HIV افکار خودکشی عادی است و لازم است خودکشی در آنها جدی گرفته شده و با دقت ارزیابی شوند. در اکثر موارد اینها تنها آرزویی برای پایان دادن به زندگی در زمان خاصی در آینده هستند تا یک نقشه کوتاه مدت، اغلب، وقتی که بیماران به آن نقطه‌ای می‌رسند که فکر می‌کردند زندگی بعد از آن دیگر ارزشی ندارد دیدگاهشان عوض شده است. به هر صورت، وقتی که شخص نقشه‌های فوری‌تری دارد،

مهم است که خطر به دقت سنجیده شود، و کمک مناسب، از جمله امکان درمان تخصصی و روانپزشکی تامین گردد.

خودآزاری عمدی در افراد با عفونت HIV غیر عادی نیست. مهم است که شرایط و عوامل تعیین کننده اقدام، از جمله مقداری که خود HIV می تواند یک عامل کمک کننده باشد، به دقت سنجید و مداخله های اجتماعی و روانی مناسب را تامین نمود.

نقشه ها و ایده های خودکشی در شخصی که با بیماری کشنده روبه رو است می تواند موضوعات عملی و اخلاقی پیچیده ای را مطرح کند، و برای روانپزشکان و دیگر مراقبت کنندگان حرفه ای مهم است که همزمان با حمایت اساسی از بیماران قادر به بحث کردن درباره عواقب این موضوعات باشند. یک خودکشی منجر به مرگ می تواند مسایل عملی و حقوقی ایجاد کند. تیم های سلامت روانی باید برای این حوادث آمادگی داشته باشند و پروتکل هایی برای مواجهه با عواقب خودکشی درست کرده باشند، از جمله تامین مراقبت برای بستگان و اعضای تیم سلامت روانی.

منابع

1. Catalan, J. Sexuality, reproductive cycle and suicidal behaviour. In *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, K. Hawton and K. v. Heeringen, eds. pp. 293-307. Chichester: John Wiley and Sons, 2000
2. Clark, S. E. and Goldney, R. The impact of suicide on relatives and friends. In *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, K. Hawton and K. v. Heeringen, eds. pp. 467-84. Chichester: John Wiley and Sons, 2000.
3. Hawton, K. and Catalan, I. *Attempted Suicide*, 2nd edn. Oxford: Oxford University Press, 1987. Komity, A., Judd, F. Grech, P. et al. Suicidal behaviour in people with HIV/ AIDS: a review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35 (2001): 747-57.
4. Marzuk, P. M., Tardiff, K., Leon, A. C. et al. HIV seroprevalence among suicide victims in New York City, 1991-1993. *American Journal of Psychiatry*, 154(12) (1997): 1720-5.
5. Mitchell, C. Suicidal behaviour and HIV infection. In *Mental Health and HIV Infection*, J. Catalan, ed. pp. 114-31. London: UCL Press, 1999.
6. Stenager, E. N. and Stenager, E. Physical illness and suicidal behaviour. In *The International Handbook of uicide and Attempted Suicide*, K. Hawton and K. v. Heeringen, eds. pp. 405-20. Chichester: John Wiley and Sons, 2000.

فصل ششم

اختلالات اضطرابی و بیماری اچ آی وی

آندریو. سی. بلالاک، سانجای ام شارما، جی استفن مک دانیل

مقدمه

اختلالات اضطرابی ممکن است هر زمانی از دوره بیماری اچ آی وی اتفاق افتد و بیشتر احتمال دارد که در مراحل حساس پیشرفت بیماری تظاهر پیدا کنند (الیوت، ۱۹۹۸). بیشتر افراد مبتلا به اچ آی وی، به تنش‌های زندگی در دوره بیماری به طور مناسبی پاسخ می‌دهند و قادرند اثر اضطراب وابسته به بیماری را در کارکرد روزانه و کیفیت زندگی شان محدود کنند. آنها با مشکلات پزشکی، تغییرات شغل، بحث و جدل‌های خانوادگی، دشواری‌های ارتباطی، مشکلات مالی، و ابهام در رابطه با فرایند بیماری سازش پیدا می‌کنند. در این شرایط، اضطراب اغلب به عنوان یک پاسخ روانشناختی بهنجار به تنش در نظر گرفته می‌شود (انجمن روانشناسی آمریکا، ۱۹۹۹).

برای بعضی از بیماران، اضطراب شدید و دیرپاست و به طور چشمگیری به توانایی اجرایی فرد آسیب می‌رساند و به عنوان یک اختلال تشخیص داده می‌شود.

در آمریکا، نرخ شیوع اختلال‌های اضطرابی در میان بیماران مبتلا به اچ آی وی، از ۵ تا ۴۰ درصد است (مک دانیل و بلالاک، ۲۰۰۰). این تخمین به دو دلیل بسیار زیاد نوسان دارد:

• اضطراب اغلب بخشی از نشانه‌های اختلال‌های خلقی همزمان و اختلال‌های مصرف مواد روانگردان می‌باشد.

• داده‌ها در مورد شیوع اغلب از مطالعات گذشته‌نگر و مقطعی برآمده که مشخص نکرده‌اند آیا اضطراب از قبل بوده و یا به دنبال اچ آی وی بروز کرده است.

علی‌رغم این محدوده گسترده در برآورد شیوع، یک الگو در ۵ سال اخیر ظهور پیدا کرده است. بر طبق چندین مطالعه‌ای که اخیراً انجام شده است، شیوع نقطه‌ای اختلال‌های اضطرابی در بیماران اچ آی وی مثبت تفاوت معناداری با شیوع نقطه‌ای اختلالات اضطرابی در گروه‌های همسان اچ آی وی منفی ندارد. اگرچه میزان شیوع اختلال‌های اضطرابی در طول زندگی در جمعیت بالینی بیماران اچ آی وی در مقایسه با کل جمعیت عمومی بالاتر است. (دو^۱ و همکاران، ۱۹۹۷؛ رابکین^۲ و همکاران، ۱۹۹۷؛ سوول^۳ و همکاران، ۲۰۰۰) بیماران مبتلا به اچ آی وی، مانند دیگر بیماران دارای مشکلات پزشکی مزمن، ممکن است طیف کاملی از اختلالات اضطرابی را آنچنان که توسط DSM تعریف شده است تجربه کنند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). شامل:

- اختلال اضطرابی ناشی از مشکلات پزشکی عمومی.
- اختلال سازگاری به همراه خلق مضطرب.
- اختلال اضطرابی فراگیر.
- اختلال اضطرابی وابسته به مواد (اختلال اضطرابی که به واسطه مصرف مواد ایجاد می‌شود).
- اختلال هراس با یا بدون هراس از مکان‌های باز^۴.
- فوبی اجتماعی و خاص^۵.
- اختلال وسواسی فکری-عملی.
- اختلال استرس پس از سانحه.

به دلیل اینکه درمان هر یک از اختلالات متفاوت است، تشخیص صحیح و دقیق بسیار مهم است (کاراسیک و دیلی^۶، ۱۹۹۸). درمان موفقیت‌آمیز وابسته به یک ارزیابی کامل از نشانه‌های موجود در بیمار،

1 Dew

2 Rabkin

3 Sewell

4 Agorophobia

5 Specific and social phobia

6 Karasic and Dilley

سبک سازگاری ترجیحی^۱، و خزانه مهارت‌های سازشی او است. مانند بسیاری دیگر از مشکلات روانپزشکی، خیلی اوقات درمان اختلال‌های اضطرابی هم مداخلات روان‌درمانی و هم پزشکی را شامل می‌شود.

مطالعه موردی: اضطراب در واکنش اچ آی وی

جیمز، یک مرد ۳۸ ساله آفریقایی-آمریکایی دگرجنس گرا است، ۵ سال پیش عفونت اچ آی وی در تشخیص داده شد. در طی ۲ سال گذشته، پیشرفت بیماری او به طور گسترده‌ای با رژیم استاودین، لامیوودین و نیراپین تحت کنترل قرار گرفته است. آزمایش اخیر او، حاکی از شمارش سلول CD4 ۳۵۰ عدد در میلی متر مکعب با یک بار ویروسی غیرقابل تشخیص بوده است. بجز عفونت اچ آی وی در سابقه‌ی پزشکی گذشته او نکته خاصی وجود ندارد.

جیمز تصمیم دارد رابطه جدیدی ایجاد کند که کاملاً برای او تنش‌زاست. او نگران است از اینکه چطور و چه هنگام وضعیت بیماری اچ آی وی خود را فاش کند. او می‌گوید هنگامی که نزدیکی جنسی را آغاز می‌کند خیلی مضطرب می‌شود و قادر به حفظ نعوظ خود نیست. پزشک او معتقد است اختلال نعوظ او بی ارتباط با مشکلات پزشکی و دارویی‌اش است. و او را برای مشاوره روانپزشکی ارجاع داده است. اگرچه جیمز از اضطراب شکایت می‌کند، ولی نشانه‌های کلی بالینی‌اش، ملاک‌های تشخیص اختلال اضطرابی خاص را تأمین نمی‌کند. روانپزشک تشخیص اختلال نعوظی را برای جیمز می‌دهد و روان‌درمانی حمایتی کوتاه‌مدت و رفتاردرمانی را پیشنهاد می‌دهد. در فرآیند درمان، جیمز شیوه‌های مناسبی را برای فاش کردن وضعیت بیماری خود به شرکای جنسی‌اش آموخت و اینکه در ارتباطات جنسی کمتر روی عملکرد اجرایی تمرکز کند. در نتیجه به دنبال خود انتقادی کمتر و ارتباطات بازتر، اضطراب و اختلال نعوظی او کاهش یافت.

مزایای تمیز دقیق میان اضطراب بهنجار و اختلال اضطرابی چیست؟

اگرچه یک تشخیص افتراقی گسترده برای نشانه‌های وابسته به اضطراب، شامل مشکلات پزشکی عمومی، و ناشی از مشکلات دارویی وجود دارد، مورد جیمز نمونه‌ای از یک اضطراب بهنجار در کسانی است که آن را هنگام ابتلا به اچ آی وی تجربه می‌کنند. این نوع اضطراب روان‌درمانی و مداخلات رفتاری کوتاه مدت نیاز دارد.

چه عواملی در روان درمانی برای بیماران دارای با اختلال اضطرابی باید در نظر گرفته شود؟

اگرچه اضطراب در بیماران مبتلا به اچ آی وی ممکن است ناشی از مشکلات پزشکی و یا اثرات جانبی داروهای ناسازگار باشد، همچنین خیلی از اوقات در مراحل پیشرفت بیماری رخ می‌دهد، مانند زمانی که تشخیص اچ آی وی داده می‌شود، وضعیت بیماری برای افراد مهم زندگی فاش می‌شود، شروع یا تغییرات رژیم دارویی، آغاز اولین بیماری وابسته به اچ آی وی یا مورد جدید عفونت‌های فرصت‌طلب و تغییرات وابسته به بیماری اچ آی وی در ظاهر یا کارکرد جسمی و کارکرد شناختی. برای اطلاعات بیشتر درباره مسایل مربوط به روان درمانی فصل ۹ ملاحظه شود.

درمان روانشناختی اختلال‌های اضطرابی، معمولاً یک رویکرد دو مرحله‌ای را شامل می‌شود: کاهش نشانه‌های حاد در کوتاه‌مدت و ایجاد مهارت‌های سازگاری بیشتر در درازمدت. طیف متنوعی از رویکردهای روان درمانی ممکن است برای درمان اضطراب استفاده شوند، و این بستگی به نشانه‌های ابراز شده از سوی بیماران، شدت اختلال و ظرفیت برای کسب بینش دارد:

- رویکردهای روان پویشی^۱ فرصتی برای درک الگوهای هیجانی و رابطه‌ای فراهم می‌کند که زمینه ترس یا اضطراب و الگوهای سازشی اضطرابی هستند.
- درمان‌های رفتاری-شناختی مخصوصاً مفید هستند به دلیل اینکه آنها به طور مستقیم بر روی الگوهای تفکری معیوب (طرحواره‌های شناختی) و رفتارهای ناهنجار تمرکز می‌کنند.
- آرمیدگی عضلانی پیشرونده و تمرین‌های تنفسی اغلب برای درمان تظاهرات جسمانی اضطراب مفید هستند و از حملات هراس قریب الوقوع جلوگیری می‌کنند.
- برای هراس‌های ویژه و موقعیتی که حملات هراس را منجر می‌شوند، حساسیت‌زدایی منظم مفید است و اغلب در کنار تکنیک‌های آرمیدگی استفاده می‌شوند.
- برای بیشتر اضطراب‌های فراگیر یا الگوهای شخصیتی مضطرب، تکنیک‌هایی مانند درمان عقلانی-هیجانی^۲ رفتاری و بازسازی شناختی طراحی شده‌اند تا الگوهای تفکر و اسنادی نامعقول، بدبینانه، متناقض و علیه خود را شناسایی و رد کنند (مک دنیل و بلاک، ۲۰۰۰).

1 Psychodynamic

2 Rational-emotive-behavioral

- برای انواع اختلالات اضطرابی، تجربیات یادگیری محسوس مانند سرمشق‌دهی درمانگر و بازی نقش درمانگر-بیمار، می‌تواند سودمند باشد.
- بیشتر تکنیک‌های روان‌درمانی می‌توانند در جلسات روان‌درمانی فردی، گروه‌های آموزش روانی کوتاه مدت یا گروه‌های فرآیند درمانی میان فردی با هم ترکیب شوند (کاراسیک و دیلی، ۱۹۹۸).

مطالعه موردی: اضطراب و بی‌قراری برگرفته از مشکلات دارویی

جوزت، یک زن ۲۹ ساله اچ آی وی مثبت است که هیچ سابقه روانپزشکی در گذشته نداشته است. او تقریباً دو هفته بعد از آغاز رژیم ضد رتروویروسی کامبویر^۱ و افابیرنز، نشانه‌های اضطراب و بی‌قراری را تجربه می‌کند. نشانه‌های اولیه او شامل بی‌خوابی، رویاهای زنده و تحریک پذیری است. به دنبال آن بی‌قراری، ناآرامی^۲، بی‌خوابی و دشواری در تمرکز یا متمرکز باقی ماندن پیش می‌آید. پزشک داروهای ضد رتروویروسی او را قطع می‌کند و دوز پایینی از ترازودون را برای بهبود خواب برای او تجویز می‌کند (۵۰ میلی گرم هنگام خواب اگر نیاز باشد). نشانه‌های او شروع به بهبودی می‌کند. او می‌تواند یک رژیم ضد رتروویروسی جدید از دیدانوزین، لوپیناویر-ریتوناویر و نوریپین را بدون هیچ گونه دشواری یا ظهور دوباره نشانه‌های روانپزشکی آغاز کند.

آیا داروهای ضد رتروویروس یا دیگر داروها می‌توانند در ایجاد اضطراب نقش داشته

باشند؟

مورد جوزت اثرات جانبی بالقوه در درمان روانی عصبی داروهای ضد رتروویروسی را نشان می‌دهد. اضطراب با مصرف داروهای گوناگونی که برای درمان اچ آی وی استفاده می‌شوند در ارتباط است و با مشکلات پزشکی نیز مرتبط است، اگرچه دلیل این ارتباط هنوز به طور واضح مشخص نشده است. در میان این داروها، ضد رتروویروس افابیرنز با بالایی از اثرات جانبی درمان روانی عصبی در ارتباط است شامل، اضطراب، بی‌قراری، خیال‌پردازی و بی‌خوابی.

اگر هر گونه ارتباط میان نشانه‌های اضطرابی بیمار و تغییرات در تجویز دارو ظاهر شود، مراقب^۳ بایستی دارو را قطع کند تا نشانه‌ها تخفیف پیدا کند. اگر قطع داروی تجویز شده امکان پذیر نباشد و یا تجویز برخی

1 Combivir

2 Restlessness

3 Care provider

داروها که ممکن است منجر به اضطراب شوند، برای تخفیف نشانه‌ها داروهای دیگری مانند ضد افسردگی‌ها، داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور یا داروهای ضد روانپریشی به رژیم دارویی کلی بیمار اضافه گردد.

مطالعه موردی: اضطرابی که به یک مشکل پزشکی مرتبط است

گری، یک مرد ۴۰ ساله سفیدپوست است که تقریباً ۶ ماه پیش برای او عفونت اچ آی وی تشخیص داده شد. از آن روز به بعد، او بیماری یا عفونت خاصی نداشته است. عفونت اچ آی وی او تحت کنترل است. با توجه به بار ویروسی بسیار پایین و شمارش سلول CD4 ۳۰۰ عدد در میلی متر مکعب، گری هیچ گونه داروی ضد رتروویروسی دریافت نکرده است. اخیراً نشانه‌های افسردگی، خستگی، اضطراب و بی‌قراری در او افزایش یافته است. او دائم عصبی است و به طور منظم دندان قروچه دارد و ناخن‌هایش را می‌خورد. او همچنین قادر به حفظ تمرکز بر روی تکالیف یا فعالیت‌هایش نیست و می‌گوید مانند گذشته حافظه خوبی ندارد.

درمانگر یک آزمون روانی کوچک برای او ترتیب داد. نمره او ۲۶ از ۳۰ شد. در طول این جلسه، درمانگر وضعیت او را بی‌قرار و ناآرام گزارش می‌کند. طبق آزمایش خون، آزمایش کامل خون^۱ و شیمی خون او در محدوده بهنجار است، اما سطح ویتامین B12 او بسیار پایین است. درمانگر برای او مکمل ویتامین B12 تجویز می‌کند و افسردگی، خستگی، اضطراب و اختلال شناختی‌اش به طور قابل ملاحظه‌ای بهبود می‌یابد.

آیا اختلال‌های زمینه‌ای پزشکی یا خود اچ آی وی می‌توانند منجر به اضطراب شوند؟

بر خلاف اختلال‌های خلقی در اچ آی وی که ممکن است ناشی از درگیری ویروسی سیستم عصبی مرکزی باشد، نقش ویروس ایدز در سبب شناسی اختلال‌های اضطرابی روشن نیست و هنوز تحقیقات در مورد آن ادامه دارد. (سیولا^۲ و همکاران، ۱۹۹۸) اگرچه در بیشتر موارد، اچ آی وی مرکز توجه نشانه‌های اضطراب است تا علت اضطراب.

هنگام ارزیابی عوارض روانپزشکی در طول دوره هر بیماری مزمنی، درمانگران باید همیشه مشکلات پزشکی و دارویی بیمار (داروهای با نسخه و بدون نسخه) را به عنوان ریشه احتمالی نشانه‌ها در نظر گیرند. در بیماران مبتلا به اچ آی وی، نشانه‌های اضطرابی ممکن است در چندین مشکل پزشکی وابسته به اچ آی وی به همراه مسمومیت یا ترک داروهای روان‌گردان رخ دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۸).

1 CBC (Complete blood count)

2 Sciolla

زمانی که علت زمینه‌ای پزشکی شناسایی می‌شود، بایستی درمان فوراً انجام شود.

مطالعه موردی: اختلال اضطرابی وابسته به مواد و اختلال اضطراب فراگیر

ریتا یک زن ۴۴ ساله دو جنس‌گرای^۱ سفید پوست با سابقه ۱۲ ساله‌ای از بیماری اچ آی وی است. ۳ ماه پیش، بار ویروسی او به طور قابل ملاحظه‌ای از یک سطحی که در گذشته بود افزایش پیدا کرد و شمارش سلولهای CD4 از ۲۵۰ به ۷۵ عدد در میلیتر مکعب سقوط کرد. پزشک رژیم ضد رتروویروسی او را از زیدوودین، دیدانوزین، وایندیناویر به استاودین، لامیوودین، و افویرنز تغییر داد. در طول یکی از ملاقات‌های پیگیری، ریتا در می‌یابد که با وجود رژیم درمانی جدید، بار ویروسی و شمارش سلولهای CD4 تغییر نکرده است. او به شدت آشفتگی می‌شود و آن را یک ناکامی درمانی قلمداد کرده و تصور می‌کند که رو به مرگ است. به دنبال این پزشک او را برای یک ارزیابی بحران ارجاع می‌دهد.

در جلسه با روانپزشک، ریتا خود را به عنوان یک الکی بهبود یافته با ۷ سال ترک توصیف می‌کند. او همچنین یک تاریخچه طولانی مدت از مصرف ماری جوآنا را گزارش می‌دهد. او در طی ۲ سال اخیر هر روز سیگار می‌کشید و به تازگی از آن دست کشیده است. او هم به دلیل اینکه توان خرید آن را ندارد. او سابقه طولانی (پیش از تشخیص اچ آی وی) از نگرانی‌های وسواسی، بی‌قراری یا تحریک‌پذیری، اختلال در خواب و مهارت‌های سازشی پایین را اظهار می‌دارد که با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر سازگار است. همچنین او سابقه نشانه‌های افسردگی غیر بالینی^۲ و ترس از آشکار شدن هویت جنسی‌اش نزد دیگران را بازگو می‌کند. روانپزشک مشخص می‌کند که اگرچه ریتا مصرف الکل را ترک کرده است، اما با مصرف پیوسته ماری جوآنا اضطراب مزمن‌اش کاهش یافته است و زمانی که مصرف مواد را کنار گذاشت، علائم روانپزشکی او ظاهر شدند. تشخیص روانپزشک برای ریتا اختلال اضطراب فراگیر است. روانپزشک ترکیبی از دارو و روان‌درمانی رفتاری _ شناختی را برای او تجویز می‌کند. با توجه به سابقه ریتا از وابستگی به مواد، روانپزشک ترجیح می‌دهد تا از تجویز بنزودیازپین خودداری کند و ضد افسردگی میرتازپین ۱۵ میلی گرم را برای زمان خواب تجویز می‌کند تا نشانه‌های اضطرابی یا افسردگی‌اش تخفیف یابد. جلسات روان‌درمانی هفتگی، بر دوری از مصرف مواد و تقویت کردن مهارت‌های حل مساله و برخورد با تنش متمرکز است. در طول درمان، ریتا در چندین حوزه مهم پیشرفت می‌کند از جمله اینکه: جهت‌گیری جنسی و وضعیت بیماری اچ آی وی خود را برای اعضای خانواده فاش می‌کند، و یک همخانه مناسبی را برای کاهش هزینه‌های زندگی پیدا می‌کند.

چه عواملی باید در تشخیص اختلال‌های اضطرابی در نظر گرفته شوند؟

مورد ریتا سه مبحث مهم در تشخیص اختلال‌های اضطرابی در افراد مبتلا به اچ آی وی را نشان می‌دهد:

- اختلال‌های اضطرابی یا الگوهای شخصیتی مضطرب ممکن است بر عفونت مقدم باشند و بر روی توانایی فرد برای سازش با فشارهای مرتبط با یک بیماری مزمن تاثیر بگذارند.
- مواد روانگردان اغلب بخشی از یک سابقه پیچیده هستند و باید در ارزیابی و درمان به دقت در نظر گرفته شوند.
- به هنگام ارزیابی و درمان نشانه‌های مربوط به اضطراب، روانپزشک باید یک تشخیص افتراقی کامل را در نظر گیرد از جمله علل پزشکی و دلایل وابسته به دارو.

مدیریت دارویی اختلال‌های اضطرابی در زمینه عفونت اچ آی وی چیست؟

بنزودیازپین‌ها می‌تواند به عنوان درمان کوتاه‌مدت برای نشانه‌های اضطراب حاد استفاده شوند و با ایجاد راهبردهای سازشی رفتاری و روانشناختی تدریجاً مصرف‌شان کم شود. مگر اینکه به واسطه سابقه وابستگی به مواد روانگردان امکان تجویز نداشته باشند. داروهای ضد افسردگی به خصوص، SSRIs، می‌توانند کاملاً سودمند باشند.

به هر حال، درمانگران باید از تعاملات بالقوه میان داروهای روانگردان و بازدارنده‌های پروتياز آگاه باشند. در صورت نیاز به تجویز بنزودیازپین‌ها، داروهای با اثر درازمدت و همچنین داروهایی بدون متابولیت فعال مانند لورازپام، اگزازپام و تمازپام را انتخاب کنید. این داروها بار کبد را کم می‌کنند. به دلیل تحمل (قدرت تحمل نسبت به دارو)، سوء مصرف، و وابستگی به دارو، بنزودیازپین‌ها فقط باید برای اختلال‌های اضطرابی حاد استفاده شوند (به ویژه برای بیماران که اعتیاد یا سابقه اعتیاد دارند). برای مدیریت درازمدت اختلال‌های اضطرابی، داروهای ضدافسردگی مانند SSRI و ونلافاکسین XR استفاده می‌شوند.

راهبرد پیشنهادی درمانی

- بنزودیازپین با دوز پایین و یک ضد افسردگی را با هم شروع کنید.
- ضدافسردگی را تا زمانی که اثرات درمانی دیده شود نمایان کنید (مقدار تجویز داروهای ضد افسردگی برای درمان نشانه‌های اضطرابی به طور کلی پایین‌تر است).
- دوز ضدافسردگی را ثابت نگه دارید ولی بنزودیازپین را به تدریج کم و سپس قطع کنید (برای اجتناب از ایجاد نشانه‌های ترک).

- هنگام تجویز بنزودیازپین‌ها، باید آگاه باشید که می‌توانند منجر به بازداری‌زدایی رفتاری و هذیان شوند که شامل نشانه‌های زیر است: آشفتگی (گم‌گشتی)، گیجی، اختلال در حافظه، نوسان خلق و بی‌قراری (به خصوص در افراد سالخورده و کسانی که در دستگاه عصبی مرکزی مشکل دارند). تعاملات دارویی بالقوه ممکن است بین بنزودیازپین‌ها و دیگر داروهایی که بازدارنده متابولیسم بنزودیازپین هستند رخ دهد که در نتیجه سطح بنزودیازپین در بدن افزایش می‌یابد که ممکن است به سرکوب دستگاه تنفسی^۱ و مرگ منجر شود.

از سوی دیگر، داروهای غیربنزودیازپینی ممکن است برای مدیریت نشانه‌های اضطرابی استفاده شوند. باسیپرون، یک داروی غیر بنزودیازپین است با تداخل دارویی کمتر که برای درمان اختلال اضطراب فراگیر استفاده می‌شود (دوفید و پارک، ۲۰۰۱). داروهای ضد هیستامین مانند هیدروکسی‌زین ممکن است برای مدیریت نشانه‌های اضطراب مورد استفاده قرار گیرند.

برای بحث جزئی‌تر در مورد تداخل بالقوه دارویی بخش ۳ در مورد داروشناسی ملاحظه شود.

نتیجه‌گیری

طیف اختلال‌های اضطرابی در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی می‌تواند در محدوده‌ای از بهنجار، دوره‌های ناپایدار و کوتاه تا شدید و ناتوان‌کننده که نشان‌دهنده کیفیت زندگی آسیب است را شامل شود. اگرچه اچ‌آی‌وی دلیل ویژه و معین اختلال‌ها نیست، اغلب نشانه‌ها و شکایت بیمار بر آن متمرکز می‌شود. ارزیابی کامل اضطراب در افراد مبتلا به اچ‌آی‌وی مهم است به دلیل اینکه سندرم ممکن است با مشکلات پزشکی همراه وابسته به اچ‌آی‌وی، داروها، یا سوء مصرف مواد روان‌گردان مرتبط شده باشد. خوشبختانه اختلال‌های اضطرابی، به طور کلی، به شکل مثبتی به محدوده گسترده‌ای از داروها و مداخلات رفتاری پاسخ می‌دهند.

منابع

1. BAmerican Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn. Washington, DC: APA, 1994.
2. American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the Treatment of Patients with HIV/ AIDS. American Journal of Psychiatry, 157 (Suppl. 11) (2000): S2-62.
3. American Psychological Association. Project HOPE: Training Materials, Module 3: Assessment Issues and Strategies. Washington, DC, American Psychological Association, 1999.

4. Dew, M. A., Becker, J. T., Sanchez, J. et al. Prevalence and predictors of depressive, anxiety and substance use disorders in HIV-infected and uninfected men: a longitudinal evaluation. *Psychological Medicine*, 27(2) (1997): 395-409.
5. Dopheide, I. and Park, S. (2001). An update on the pharmacotherapy of anxiety disorders. *California Journal of Health System Pharmacy*, 13(1) (2001). (Available as a live document at www.cshp.org)
6. Elliott, A. Anxiety and HIV infection. *STEP Perspective*, 98(1) (1998): 11-14.
7. Karasic, D. H. and Dilley, I. W. Anxiety and depression: mood and HIV disease. In *The USCF AIDS Health Project Guide to Counseling*, J. W. Dilley and R. Marks, eds., pp.227-48. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1998.
8. McDaniel, S. J. and Blalock, A. C. Diagnosis and management of HIV-related mood and anxiety disorders. *New Directions in Psychiatric Services*, 87 (2000): 51-6.
9. Rabkin, J. G., Ferrando, S. J., Jacobsberg, L. B. and Fishman, B. Prevalence of Axis I disorders in an AIDS cohort: a cross-sectional, controlled study. *Comprehensive Psychiatry*, 38(3) (1997): 146-54.
10. Sciolla, A., Atkinson, J. H. and Grant, I. Neuropsychiatric features of HIV disease. In *Practitioner's Guide to the Neuropsychiatry of HIV/AIDS*, w. G. van Gorp and S. L. Buckingham, eds., pp. 106-200. New York: Guilford Press, 1998.
11. Sewell, M. c., Goggin, K. J., Rabkin, J. G. et al. Anxiety syndromes and symptoms among men with AIDS: a longitudinal controlled study. *Psychosomatics*, 41(4) (2000): 294-300

فصل هفتم

موضوعات کلی روانپزشکی HIV در بیمارستان

توماس ان. کریهارد^۱ و ویلیام بریت بارت^۲

مقدمه

افراد مبتلا به بیماری HIV اغلب همزمان از اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات مربوط به سوء مصرف مواد، و اختلالات شناختی رنج می‌برند (دیلی و دیگران، ۱۹۸۵؛ بینگ و دیگران، ۲۰۰۱). افراد مبتلا به بیماری HIV پیشرفته بیشتر اوقات از دلریوم مخصوصاً در هفته آخر عمر خود رنج می‌برند. میزان شیوع دلریوم در بیماران مبتلا به ایدز بستری در بیمارستان ۳۰ تا ۴۰ درصد است (بریت بارت و دیگران، ۱۹۹۰). در محیط بیمارستان، روبرو شدن با بیماران مبتلا به HIV که دارای اختلال خواب و سندروم‌های درد هستند نیز امری شایع است.

سندروم‌های درد در بیماران دارای سرولوژی مثبت HIV از نظر ماهیت و علت مختلف هستند. شایع‌ترین سندروم‌های درد مانند نوروپاتی‌های محیطی، تقریباً برای نیمی از افراد مبتلا به HIV بصورت چالشی باقی می‌مانند که هم به خود این ویروس و هم به مسمومیت‌های نوروپاتیکی HAART^۲ مربوط می‌شوند (هویت و دیگران، ۱۹۹۶).

۱. HIV و روانپزشکی. راهنمای آموزش و منابع، چاپ دوم، ویراستاران: کنث سیترون، مری-ژوزه برویلت، و الکساندرا بکت. انتشار توسط انتشارات دانشگاه کمبریج. انتشارات دانشگاه کمبریج. ۲۰۰۵

2 Highly active antiretroviral therapy

هنگامی که بیماری‌های روانی در جریان یک بیماری داخلی و رژیم‌های دارویی پیچیده روی دهند، تشخیص آنها مشکل بوده و معمولاً درمان نمی‌شوند. به این دلایل، مشاوره روانی می‌تواند مراقبت از افراد بستری مبتلا به HIV را بهبود بخشد. روانپزشکان می‌توانند نظر تخصصی خود را در زمینه درمان نشانه‌های روانی در بخش‌های بیمارستان ارائه دهند و همچنین می‌توانند نقش مهمی را به عنوان رابط بین بیمار، خانواده، پزشک، کادر پزشکی پشتیبان، خدمات اجتماعی، و مدیریت بیمارستان بر عهده بگیرند. روانپزشکی که در محیط بیمارستان به مسایل مربوط به دردهای مزمن و حاد می‌پردازد، از دانش مربوط به ابعاد روانی، اجتماعی، و بیولوژیکی درد و درمان آن بهره می‌گیرد.

مطالعه موردی: مشاوره روانی جهت ارزیابی افسردگی

مارک بیمار ۴۲ ساله‌ای است که ۱۲ سال پیش عفونت HIV در او تشخیص داده شد و اکنون به دلیل ابتلا به لنفوم منتشره^۱ که یک هفته پیش تشخیص داده شد در بیمارستان بستری است. پزشک معالج او برای درمان افسردگی مارک، یک مشاوره روانی درخواست کرد. افسردگی مارک ۱۲ سال پیش، تشخیص و درمان شده بود و ۹ سال است که بدون دارو وضعیت پایداری دارد. پزشک او گزارش می‌دهد که مارک افسرده به نظر می‌آید و شخصیتش به در مدت سه سال گذشته طرز چشمگیری تغییر کرده است. او از نظر اجتماعی منزوی شده است، در طول روز به دفعات می‌خوابد، و گاهی اوقات به هیجان درآوردنش مشکل است. فعالیت مارک کمتر شده است، و اغلب دوست ندارد با دیگران صحبت کند یا با کارکنان تعامل داشته باشد. او تمایلی به پاسخ دادن به سوالات ندارد و به نظر خانواده و کارکنان افسرده است. در حالت هوشیاری، مارک بر روی مسایل بی‌اهمیت پافشاری می‌کند. او اغلب اجازه نمی‌دهد که از او نمونه خون بگیرند و غذای کمی می‌خورد. پرستاران چنین گزارش می‌دهند که بعضی اوقات مارک آنها را به برداشتن وسایل او از اتاقش متهم می‌کند. خانواده مارک هرگز او را این چنین ندیده‌اند و نگران هستند.

درمان فعلی مارک شامل مایعات داخل وریدی، سه داروی ضد رترو ویروسی، استروئید، و مواد شبه مخدر برای کنترل درد می‌باشد. همچنین مارک بدلیل اختلال الکترولیتی، سدیم و پتاسیم جایگزین دریافت می‌کند. پزشکان در انتظار توصیه‌هایی از جانب مشاوران انکولوژی هستند. لنفوم کاملاً پیشرفت کرده است و مارک ضعیف و نزار است. با این وجود، خانواده مارک کاملاً خوشبین هستند و از مطرح شدن طرح‌های درمانی پایان زندگی خودداری کرده و مطمئن هستند که مارک بهبود می‌یابد. در ارزیابی روانی، بیدار نگهداشتن مارک در ابتدا مشکل است و او حداقل همکاری را از خود نشان می‌دهد. مارک به پرسش‌ها پاسخ می‌گوید اما اغلب جواب‌های نادرست و نامناسبی می‌دهد. در خصوص بررسی وضعیت ذهنی، مارک تمایلی به دانستن روز، ماه، و سال ندارد. او می‌داند که مبتلا به ایدز است اما دلیل بستری‌اش در بیمارستان را بوضوح بیان نمی‌کند. اتمام این ارزیابی روانی مشکل است زیرا مارک در طول مصاحبه به دفعات چرت می‌زند.

نقش روانپزشک در مورد بالا چیست؟

در محیط بیمارستان، روانپزشک دو وظیفه اصلی دارد که عبارتند از:

- جمع آوری اطلاعات از تیم پزشکی، خانواده بیمار، پرونده پزشکی، و بیمار برای ارزیابی تشخیص افتراقی و طرح درمان مناسب برای وضعیت روانی بیمار
- تسهیل برقراری ارتباط میان بیمار، خانواده، و تیم پزشکی، کمک در کاهش سردرگمی و اختلاف، و کمک در ایجاد یک طرح درمانی کلی که به بهترین نحو خواسته‌های بیمار و خواسته‌های درمانی بیان شده او را تامین کند.

در محیط بیمارستان، اغلب برای تشخیص‌ها و نشانه‌های خاص، مشاوره‌های روانی درخواست می‌شود. روانپزشک برای اینکه بتواند تیم پزشکی را در تشخیص و درمان به درستی یاری دهد، ابتدا اطلاعاتی از تیم پزشکی، خانواده، بیمار، و سابقه پزشکی و داده‌های آزمایشگاهی جمع‌آوری می‌کند. در این مورد، برای روانپزشک مهم است که یک قدم فراتر از هدف تعیین شده درمان افسردگی بردارد. روانپزشک می‌بایست مشتاق باشد که شکاف بین مشاهدات تیم پزشکی و خانواده مارک را درباره وضعیت سلامت عمومی مارک پر کند.

تشخیص بیماری مارک چیست؟

در این مورد، پزشک معالج ممکن است برخی علایم و نشانه‌های افسردگی را شناسایی کند، اما در مورد بیماران دارای بیماری حاد، سرولوژی مثبت HIV، و بستری در بیمارستان، می‌بایست با یک تشخیص افتراقی گسترده شروع کرد. روانپزشک باید وضعیت ذهنی اولیه قبل از بستری مارک را بداند و سیر زمانی تغییرات را بفهمد. مارک در طول ۳ روز، یک تغییر ناگهانی در وضعیت ذهنی‌اش داشته است. ماهیت افزایشی و کاهشی سطح هوشیاری مارک نیز قابل توجه است. خانواده مارک مواقعی را گزارش می‌کنند که او مشغول به کار و شادمان است اما در همان روز، هوشیاری‌اش کم می‌شود و دچار گیجی و تیرگی شعور^۱ می‌شود. خانواده و پزشک مارک چنین گزارش می‌دهند که مارک در این اواخر سابقه افسردگی یا دمانس نداشته است. اگر چه ممکن است مارک همزمان اختلالات روانی دیگری داشته باشد، اما او از دل‌ریوم شدیدی رنج می‌برد که در درمان روانی اولیه می‌بایست مورد توجه قرار گیرد.

دلریوم چیست؟

دلریوم یک عارضه عصبی-روانی است که اغلب در بیماران بستری مبتلا به ایدز روی می‌دهد. طبق راهنمای تشخیص (DSM-IV)^۱، سه دسته نشانه‌ی اولیه برای تشخیص دلریوم لازم است:

- اختلال در هوشیاری همراه با کاهش در قدرت تمرکز، تداوم یا تغییر توجه
- تغییر در شناخت (نقصان حافظه، سردرگمی، یا اختلال در زبان) یا ایجاد یک اختلال ادراکی که با یک دمانس قبلی یا در حال تکامل قابل توجه نیست. این حالت ممکن است به صورت روان‌پریشی آشکار و اغلب به شکل پارانویا یا توهم ظاهر شود.
- این اختلال در مدت کوتاهی رخ می‌دهد (معمولا در طول چند ساعت یا چند روز) و در طول روز در نوسان است. معمولا مدرکی مبنی بر بروز یک بیماری، همراه با یا بدون ناهنجاری آزمایشگاهی، و یا عارضه جانبی دارویی وجود دارد که از نظر اتیولوژی وابسته به این اختلال تلقی می‌شود.

دلریوم ممکن است بصورت پرکار یا کم کار نمایان شود. شناسایی دلریوم پرکار آسان‌تر است و اغلب همراه با اضطراب، بی‌قراری، یا روان‌پریشی آشکار شود. تشخیص دلریوم کم‌کار سخت‌تر است و ممکن است همراه با نشانه‌های خواب‌آلودگی بیش از حد شبیه به افسردگی و انزوای اجتماعی باشد. هر دو شکل دلریوم به درمان روانی جواب می‌دهند.

استفاده از مقیاس سنجش هذیان مموریال^۲ (MDAS) که یک ابزار سنجش هذیان ۱۰ موردی است را باید مد نظر قرار داد. این مقیاس یک ابزار مطمئن برای سنجش شدت دلریوم در بیماران مبتلا به نوع پیشرفته این بیماری است. اعتبار این ابزار سنجش در بیماران بستری مبتلا به سرطان پیشرفته و ایدز تایید شده است. نمره برش ۱۳ نشان دهنده دلریوم است (بریت بارت و دیگران، ۱۹۹۷).

1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition

2 Memorial Delirium Assessment Scale

اتیولوژی افتراقی دلریوم چیست؟

بیماران بستری مبتلا به ایدز در معرض خطر بزرگی از دلریوم هستند و علت آن اغلب نامشخص بوده و یا به چند عامل بر می‌گردد. تشخیص افتراقی گسترده است و می‌تواند شامل موارد زیر شود:

- عفونت‌های سیستمیک
 - مسمومیت دارویی: مواد مخدر، استروئیدها، آرامبخش - خواب‌آورها، آنتی‌کلینریژیک‌ها، مسمومیت با الکل و مواد یا ترک الکل و مواد، آنتی‌بیوتیک‌ها (وود و اوتس، ۱۹۹۱؛ شاستر و استرن، ۱۹۹۹؛ سالکایند، ۲۰۰۰)، داروهای ضد تشنج، و یا ضد سرطان‌ها
 - اختلال در غدد درون ریز و کمبود ویتامین: بیماری آدیسون، بیماری تیروئید، کمبود ویتامین ب۱۲
 - ضربه به سر یا تومور داخل جمجمه‌ای، عفونت‌ها، یا ازدیاد غیرعادی مایع در داخل جمجمه
 - کم فشاری خون
 - انسفالوپاتی‌های متابولیک: هیپوناترمی یا هیپوناترمی، اورمی، کاهش کلسیم، کاهش منیزیوم، کمبود اکسیژن در بافت‌های بدن، کاهش قندخون، اسیدوز، افزایش قلیای بدن، کم آبی بدن، نارسایی کبد، نارسایی غده آدرنال، یا نارسایی لوزالمعده
 - نارسایی‌های خونی: کم خونی شدید، اختلال انعقادی، افزایش تعداد سلول‌های سفید خون
 - اختلالات تشنجی
- در مورد مارک، علت بیماری ممکن است چندگانه باشد و شامل تاثیر خود ویروس بر روی سیستم عصبی مرکزی، اختلالات الکترولیتی، داروهای مصرفی (از جمله مواد مخدر آرامبخش)، و تومور در حال پیشرفت او که ممکن است مواد نوروتوکسین^۱ آزاد کند یا باعث درگیری سیستم عصبی مرکزی شود.

دلریوم چگونه درمان می‌شود؟

اهداف اولیه درمان دلریوم عبارتند از:

- شناسایی و درمان علت اصلی هذیان‌گویی. این امر می‌تواند شامل بررسی و کاوش مشکلات پزشکی فعال اولیه باشد از جمله عفونت‌های فرصت طلب، لیست داروهای مصرفی فعلی، آزمایش‌های خون انجام شده در آزمایشگاه، تصویربرداری آناتومیکی از مغز، و معاینه بالینی. برای یافتن اختلال عمده این بیماری، همکاری نزدیک با تیم پزشکی حایز اهمیت است.

- درمان نشانه‌های مربوط به دل‌ریوم از جمله بی‌قراری و گيجی احتمالی و محتوا یا روند روانی افکار.
- مداخلات غیراختصاصی مهم شامل برقراری رویکردهای روانشناختی و محیطی می‌شوند از قبیل راهنمایی بیمار بطور مکرر، ترتیب دادن ملاقات توسط اعضای خانواده، فراهم کردن یک ساعت، و دادن فرمان‌های مختصر و ساده.

درمان اصلی نشانه‌های دل‌ریوم شامل استفاده از درمان‌های دارویی از جمله داروهای ضد روان‌پریشی، بنزودیازپین‌ها، و سایر داروهای آرامبخش می‌شود. بطور کلی بیماران به دوزهای روزانه داروهای ضد روان‌پریشی برابر با ۰/۵ تا ۵ میلی‌گرم در روز هالوپریدول پاسخ مثبت می‌دهند. جهت اجتناب از عوارض جانبی اکستراپیرامیدال، درمانگران می‌بایست کمترین دوز موثر را بکار برند. داروهای آنتی‌کلینژیک می‌توانند دل‌ریوم را شدیدتر کنند. هنگام وجود دل‌ریوم بیش فعال، می‌توان بنزودیازپین‌ها را همراه با داروهای ضد روان‌پریشی مصرف کرد. در اینگونه مواقع، بهتر است از بنزودیازپین‌های کوتاه اثر استفاده شود. بنزودیازپین‌هایی که بصورت مکرر به تنهایی بکار برده می‌شوند منجر به واکنش‌های متناقضی در بیماران مبتلا به دل‌ریوم و آسیب اساسی به سیستم عصبی مرکزی خواهند شد.

هالوپریدول داروی ضد روان‌پریشی است که احتمالاً بیشترین استفاده را داشته و برای درمان دل‌ریوم همراه با بی‌قراری در محیط بیمارستانی مطالعه شده است. اثرات آن بر فشار خون، فشار شریان ریوی، ضربان قلب، و تنفس‌ها ملایم‌تر از اثرات بنزودیازپین‌ها است و به همین دلیل گزینه مناسبی برای بیمارانی است که دچار اختلال در عملکرد قلبی تنفسی هستند. اگرچه هالوپریدول را می‌توان بصورت خوراکی یا تزریقی استفاده کرد، اما دل‌ریوم حاد با بی‌قراری مفرط با تزریق دارو بهتر معالجه می‌شود. در این مورد، تزریق وریدی به تزریق عضلانی ارجحیت دارد. دوز اولیه هالوپریدول از ۰/۵ تا ۲ میلی‌گرم متغیر است.

دوز توصیه شده برای سالمندان معمولاً ۰/۵ میلی‌گرم، برای بی‌قراری خفیف ۲ میلی‌گرم، برای بی‌قراری متوسط ۵ میلی‌گرم، و برای بی‌قراری شدید ۱۰ میلی‌گرم است. اگر دوز استفاده شده پس از ۳۰ دقیقه بیمار بی‌قرار را آرام نکرد، باید دوز بالاتری مصرف شود. هنگامی که وضعیت بیمار پایدار ماند، درمانگران می‌توانند با توجه به پاسخ بالینی، دوز پایین‌تری را بصورت هر شب موقع خواب، دو بار، یا سه بار در روز تجویز کنند.

کلرپرومازین^۱ داروی دیگری است که بصورت معمول برای درمان دل‌ریوم استفاده می‌شود اما خواص مسدود کننده آلفای آن می‌تواند موجب افت شتابزده برون ده قلبی شوند (کاسم و مورای، ۱۹۹۷). اخیراً، داروهای ضد جنون جدیدتری از جمله اولانزاپین، ریسپریدون، کویتاپین، و زیپرازیدون بطور موفقیت آمیزی برای درمان دل‌ریوم استفاده شده‌اند. اگرچه این داروها کمتر مطالعه شده‌اند، اما بعنوان داروهای خط اول در

بسیاری از محیط‌های درمانی بصورت روز افزونی استفاده می‌شوند. بطور مثال، اولانزاپین را می‌توان با دوز پایین ۲/۵ میلی‌گرم برای سالمندان یا افراد مبتلا به دل‌ریوم خفیف، و دوز ۵ تا ۱۰ میلی‌گرم را برای افراد دارای بی‌قراری بیشتر بکار برد. اگرچه داروهای ضد جنون غیرمعمول جدید دارای فرمولاسیون تزریقی محدودی هستند، اما اغلب بدلیل بروز کمتر عوارض جانبی اکستراپیرامیدال شان مقدم بر داروهای دیگر هستند.

پیش از تجویز هر گونه داروی اعصاب و روان، درمانگر باید لیست داروهای مصرفی بیمار را بررسی کند و توجه خاصی نسبت به حضور داروهای ضد رترو ویروسی که می‌توانند منجر به تداخل دارویی شوند نشان دهند. برای اطلاعات بیشتر در خصوص این تداخلات، به بخش ۳ در مورد درمان دارویی مراجعه کنید.

مارک درمان خود را با هالوپریدول ۰/۵ میلی‌گرم بصورت سه بار در روز شروع می‌کند و به‌طرز قابل ملاحظه‌ای به آن پاسخ مثبت می‌دهد. او دچار گیجی کمتر و فعالیت بیشتری می‌شود. همچنین درمانگران اصلاحاتی در الکتروولیت مارک انجام می‌دهند و داروهای مسکن او را کمتر می‌کنند. با گذشت سه روز از این مداخلات، دل‌ریوم مارک درمان می‌شود. سطح هوشیاری او پایدار است و اصلا سردرگم نیست. اکنون مارک اضطراب شدید خود در خصوص بیماری و ترسش از سرطان را ابراز می‌کند. او شب‌ها نمی‌خوابد و ۲ ساعت طول می‌کشد تا به خواب رود و در طول شب نیز بارها بیدار می‌شود.

در محیط بیمارستان، با مشکلات مربوط به خواب چگونه مقابله می‌شود؟

اختلالات خواب در بخش‌هایی که بیماران در آن بستری هستند معمول است. نه تنها محیط پیرامون برای بیمار ناآشناست بلکه اقدامات بیمارستانی از قبیل بررسی نشانه‌های حیاتی و خون‌گیری می‌تواند خواب بیمار را در طول شب مختل کند. همواره می‌بایست ضرورت انجام این مداخلات درمانی را نسب به مزایای خواب کافی سنجید. خواب ناکافی می‌تواند اثرات نامطلوبی بر خلق، عملکرد روزانه، و بهبود کلی بیمار بگذارد. در صورت امکان، اقدامات شبانه می‌بایست فقط محدود به اقدامات ضروری شوند. برای بیمارانی که وضعیت نسبتاً پایداری دارند می‌توان بررسی نشانه‌های حیاتی و اعمال مربوط به خون را در مواقعی انجام داد که بیمار احتمالا بیدار است.

بطور معمول برای درمان اختلالات خواب در محیط بیمارستان از مداخلات دارویی استفاده می‌شود. هنگام تجویز دارو، درمانگران باید وضعیت پزشکی فعلی بیمار، سابقه‌ای از واکنش بیمار به داروهای خواب‌آور و آرامبخش قبلی، و سابقه پزشکی و روانی قبلی بیمار که ممکن است نقشی در اختلالات خواب داشته باشد را در نظر بگیرند. روانپزشکان مشاور باید در مورد داروهایی که ممکن است بی‌خوابی را تشدید کنند و

بسیاری از بیماری‌های روانی زمینه‌ای که اغلب همراه با اختلالات خواب بروز می‌کنند دانش کافی داشته باشند. بررسی نشانه‌های روانی می‌بایست بخشی از ارزیابی خواب باشد. بیخوابی شبانه ممکن است همراه با افسردگی، اختلالات اضطرابی، و دل‌ریوم باشد. افزایش دوز داروی ضد روان‌پریشی آرامبخش در هنگام خواب می‌تواند خواب بیمار مبتلا به دل‌ریوم را بهبود بخشد. با این حال، درمانگران باید هنگام تجویز داروهای آرامبخش با خواص آنتی‌کلینرژیک بالا مانند دیفن‌هیدرامین یا بعضی داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای مراقب باشند. داروهای آنتی‌کلینرژیک می‌توانند مشکلات شناختی را تشدید کنند و موجب گیجی یا دل‌ریوم به ویژه در بیماران مبتلا به دمانس، سایر اختلالات شناختی خفیف، یا بیماری‌های مغزی شوند.

آرامبخش‌های غیر بنزودیازپینی با خواص آنتی‌کلینرژیک پایین مانند زالپون یا زولپیدم می‌توانند در درمان مشکلات خواب کاملاً مفید باشند. ترازودون نیز با خواص آرامبخشی بالایی خود می‌تواند در این مورد مفید باشد و می‌توان دوز پایین آن که بسیار پایین‌تر از دوزی است که در درمان افسردگی مورد استفاده قرار می‌گیرد را برای درمان مشکلات خواب مصرف کرد (یعنی دوز ۵۰ تا ۱۰۰ میلی‌گرم برای ایجاد خواب کافی است در حالی که برای درمان افسردگی دوز ۱۵۰ تا ۶۰۰ توصیه می‌شود).، از آنجاییکه این داروها به طور کلی اعتیادآور نیستند، اغلب برای افرادی که مدت‌های طولانی نیاز به داروهای خواب آور دارند مناسب‌تر هستند.

هنگامی که بیمار مبتلا به بیماری‌های روانی دیگری نیز هست، استفاده از داروهای اعصاب و روان آرامبخش با عملکرد دوگانه می‌تواند سودمند باشد (بطور مثال، استفاده از میرتازاپین برای درمان افسردگی و بیخوابی، افزایش دوز دیوالپروکس سدیم^۱ در هنگام خواب برای درمان بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی). اخیراً، دوزهای گاباپنتین که هنگام خواب مصرف می‌شوند و در محدوده ۳۰۰ تا ۲۴۰۰ میلی‌گرم هستند بطور ایمن و موثر برای درمان بیخوابی استفاده شده‌اند (نورمن و دیگران، ۱۹۹۰).

بنزودیازپین‌های دارای کوتاه اثر و بدون متابولیت فعال، مانند تمازپام یا لورازپام، اغلب در بیماران دچار اضطراب یا افکار سریع وابسته به اختلالات خواب مفید هستند اما فقط برای استفاده کوتاه مدت می‌باشند. این داروها بطور کلی برای بیماران مبتلا به اختلالات مربوط به سوء مصرف مواد توصیه نمی‌شود. همچنین در بیمارانی که دچار بیماری‌های فرعی مغزی یا دل‌ریوم هستند، به دلیل احتمال واکنش‌های متناقض، این داروها باید با احتیاط مصرف شوند. در این بیماران، بنزودیازپین‌ها می‌توانند موجب بی‌قراری شوند و اختلالات خواب را بدتر کنند.

گزارش‌های موردی به این امر اشاره می‌کنند که داروهای اعصاب و روان غیرمعمول ممکن است در درمان بیخوابی پایدار مفید باشند. بطور مثال، کویتاپین (با دوزهای ۲۵ تا ۱۰۰ میلی‌گرم در هنگام خواب) و

اولانزپین (با دوزهای ۲.۵ تا ۵ میلی‌گرم در هنگام خواب) بطور ایمن و موثری برای درمان بیخوابی استفاده شده‌اند.

لنفوم مارک پیشرفت می‌کند و با درد شدید در ناحیه شکم و درد سمت راست لگن همراه است. آزمایش رادیولوژی بیماری گسترده در طول صفاق او همراه با متاستازهایی در استخوانش را آشکار می‌کند. شیمی‌درمانی مارک آغاز می‌شود اما او و خانواده‌اش تصمیم می‌گیرند که شیمی‌درمانی را متوقف کنند و در منزل از او مراقبت کنند. در ابتدا، تیم پزشکی مردد هستند که رویکرد درمانی خود را تغییر دهند. دلیل این تصمیم خانواده در یک کنفرانس گزارش موردی متشکل از مارک، خانواده‌اش، تیم پزشکی، مددکار، و روانپزشک بررسی می‌شود. تیم پزشکی پس از اطمینان از اینکه خواسته فعلی مارک هماهنگ با خواسته‌های قبلی‌اش در خصوص کیفیت زندگی است، به تصمیم مارک احترام می‌گذارند. بنابراین هدف از درمان مارک به مراقبت تسکین دهنده تغییر می‌یابد.

چگونه باید درد را درمان کرد؟

افراد مبتلا به HIV اغلب از درد و رنج کشیدن هراس دارند (لندرکینگ و دیگران، ۱۹۹۴). با این وجود درد آنها در محیط بیمارستان اغلب بطور ناقص شناخته، ارزیابی، و درمان می‌شود. بسیاری از پزشکان بطور کافی برای درمان درد آموزش ندیده‌اند، و باورهای غلط در مورد اعتدال اکثر اوقات منجر به درمان نامطلوب درد در بخش‌های داخلی می‌شود. مساله درمان درد اغلب در بیمارانی که همزمان دچار سوء مصرف مواد یا اختلال شخصیت هستند پیچیده‌تر می‌شود.

هرگونه گزارشی از درد را باید جدی تلقی کرده و آن را ارزیابی کرد. به افرادی که در برقراری ارتباط با درمانگران مشکل دارند باید توجه خاصی کرد، این افراد شامل بیمارانی می‌شوند که به زبان دیگری صحبت می‌کنند، زمینه‌های فرهنگی متفاوتی دارند، یا تاخیر در رشد، اختلال در قوه شناخت، یا اختلال شدید عاطفی دارند (سینگر، ۱۹۹۸؛ تاد و دیگران، ۱۹۹۳).

ارزیابی کامل درد می‌بایست شامل موارد زیر شود:

- سابقه دقیقی از درد بیمار
- معاینه فیزیکی
- ارزیابی روانشناختی

- ویژگی‌های درد از قبیل کیفیت، محل، شدت، مدت
- عوامل تسکین دهنده یا تشدید کننده

همچنین درمانگران باید پاسخ‌ها و تجربه‌های گذشته بیمار نسبت به داروهای تسکین دهنده درد از جمله پاسخ‌های مثبت و منفی و تجربه عوارض جانبی را در نظر بگیرند. از آنجایی که درد می‌تواند با حالت‌های روانی مانند اضطراب، افسردگی، و عصبانیت بیشتر شود (بوکمز، ۱۹۹۹)، وجود هر یک از این حالت‌ها را باید در طول ارزیابی در نظر گرفت. هنگام طرح یک برنامه درمانی، باید هر گونه تلاشی برای تمایز بین درد مزمن و حاد، و درد واقعی^۱ و درد نوروپاتیک انجام شود.

پلکان داروی مسکن^۲ سازمان بهداشت جهانی برای درمان درد سرطان را می‌توان برای درمان درد بیماران مبتلا به HIV مورد استفاده قرار داد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۰):

- برای دردهای خفیف تا متوسط، داروهای غیر مخدر مانند اسید استیل سالسیلیک (ASA)، استامینوفن یا NSAIDها
- برای دردهای متوسط تا شدید، داروهای غیر مخدر را می‌توان با دوز پایین فرآورده‌های مخدر مانند کدین، اکسی کدون^۳، یا هیدروکدون^۴ ترکیب کرد
- برای دردهای شدید باید فرآورده‌های ضد درد مخدر با قدرت بالا مانند مورفین، هیدرومورفون، اکسی کدون، متادون، یا فنتانیل را به داروهای غیرمخدر افزود.

دردهای مزمن می‌بایست با آزادسازی طولانی مدت انواع داروهای تسکین‌دهنده درد درمان شوند، در حالی که دردهای متناوب یا دردهای غیرمنتظره کوتاه مدت را می‌توان با فرآورده‌های دارای کوتاه اثر درمان کرد. در برخی محیط‌ها، بی‌دردی کنترل شده توسط بیمار^۵ (PCA) متداول شده است. بسیاری احساس می‌کنند که این عمل نسبت به دوزبندی منظم داروهای ضد درد مخدر برتر است. برای اطلاعات بیشتر در مورد تداخل بالقوه بین داروهای ضد رترو ویروسی و داروهای تسکین دهنده به بخش ۳ در خصوص درمان دارویی مراجعه کنید.

داروهای آرامبخش کمکی مانند داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای، آنتی‌هستامین‌ها، بنزودیازپین‌ها، استروئیدها، محرک‌ها، و داروهای ضد تشنج می‌توانند اثر داروهای تسکین دهنده مخدر یا غیرمخدر را تقویت

1 Nociceptive

2 Analgesic ladder

3 oxycodone

4 hydrocodone

5 Patient controlled analgesia

کنند، در مواقع معینی فعالیت ضد درد مستقلی داشته باشند، یا عوارض جانبی را خنثی کنند. نوروپاتی‌های محیطی در بیماران مبتلا به HIV معمول هستند و می‌توانند به داروهای ضد افسردگی و ضد تشنج پاسخ مثبت دهند. با این حال، برای درمان درد، داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای را باید با دوزهای بسیار پایین تری نسبت به دوز کاربردی در درمان افسردگی تجویز کرد. بطور مثال، آمی‌تریپتیلین^۱، ایمی‌پرامین^۲، نورتریپتیلین^۳، یا دزیپرامین^۴ را اغلب می‌توان با دوز ۱۰ تا ۲۵ میلی‌گرم در هنگام خواب شروع کرد و سپس آهسته آن را افزایش داد تا جایی که قابل تحمل باشد. مصرف گاباپنتین، توپیرامات، و کاربامازپین را می‌توان با دوزی پایین‌تر از دوزهایی که برای درمان تشنج یا اختلالات خلق مصرف می‌شود آغاز کرد.

هنگامی که درمانگران درمان درد بیماران مبتلا به HIV را شروع می‌کنند، می‌بایست اهداف روشنی داشته باشند و استفاده از مقیاس‌های درجه‌بندی درد جهت افزایش اثربخشی یک مداخله را مد نظر قرار دهند. هنگام درمان بیماران معتاد به مواد یا دچار اختلال سوء مصرف مواد، بسیاری از درمانگران استفاده از یک قرارداد درمانی را سودمند می‌یابند، قراردادی که شیوه‌های سالم تجویز مواد مخدر را مشخص کرده و اطمینان می‌دهد که بیماران در خصوص رفتارهایی که ممکن است منجر به کم شدن یا خاتمه درمان درد شوند آگاهی دارند (مثلاً استفاده از هرگونه ماده مخدر غیرقانونی، تقسیم یا فروش داروها، از دست دادن داروها بطور مکرر، استفاده از چند پزشک تجویزگر، حضور کم‌رنگ در ملاقات‌های پیگیری منظم). وقتی که درمان درد بیمار به علل نامشخص، درد بی‌امان، و دردی که نیاز به رویکردهای با تکنولوژی بالا دارد پیچیده می‌شود (مثلاً، بی‌دردی کنترل شده توسط بیمار، تجویز داخل نخاعی، یا مداخلات جراحی)، درمانگران می‌بایست بیمار را به یک متخصص درد ارجاع دهند.

نتیجه‌گیری

روانپزشک در هر دو نقش مشاور درمانی و رابط می‌تواند تاثیر زیادی بر کیفیت مراقبت ارایه شده به بیماران بستری مبتلا به HIV بگذارد. در حقیقت، روانپزشک بعنوان رابطی بین بیمار و تیم پزشکی برای بهبود کیفیت مراقبت و بیشینه کردن مزایای یک رویکرد چند رشته‌ای نقشی اساسی بر عهده دارد. پزشکان دارای آموزش روانپزشکی اغلب ارتباط نادرست بین بیمار، خانواده، تیم درمانی، کادر پزشکی پشتیبان، خدمات اجتماعی، و مدیریت بیمارستان را شناسایی می‌کنند. در محیط‌های بستری بیماران، تسهیل ارتباط یک نقش اساسی برای روانپزشک مشاور در بر دارد.

1 amitriptyline

2 nortriptyline

3 desipramine

مراقبت روانپزشکی با کیفیت بالا برای بیماران بستری مبتلا به HIV به دانش روانپزشک در مورد ابعاد روانشناختی، اجتماعی، و پزشکی HIV بستگی دارد. توانایی فهم و شناسایی سندروم‌های روانپزشکی معمول مانند اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات شناختی، اختلالات مربوط به سوء مصرف مواد، دلریوم، سندروم‌های درد، و اختلالات خواب برای مراقبت پزشکی بیماران بستری مبتلا به HIV ضروری است. روانپزشکی که بیماران بستری مبتلا به HIV مثبت را درمان می‌کنند باید از مجموعه روش‌ها و گزینه‌های درمانی موجود برای هر نوع تشخیص مطلع باشند.

منابع

1. Bouckoms, A. J. Chronic pain: neuropsychopharmacology and adjunctive psychiatric treatment. In *Essentials of Consultation-Liaison Psychiatry*, 1st edn, J. R. Rundell and M. G. Wise, eds., pp. 555-76. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999.
2. Breitbart, W., Marotta, R. Platt, M. and Corbera, K. Pharmacologic management of delirium in medically hospitalized AIDS patients. Abstracts of the 37th Annual Meeting of Academy of Psychosomatic Medicine, Chicago, 1990.
3. Breitbart, W. Rosenfeld, B., Roth, A. et al. The Memorial Delirium Assessment Scale. *Journal of Pain Symptom Management*, 3 (1997): U'6-37.
4. Bing, E. G., Burnam, A., Longshore, D. et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58 (2001): 721-8.
5. Cassem, N. H. and Murray, G. B. Delirious patients. In *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*, 4th edn. N. H. Cassem, T. A. Stern, J. F. Rosenbaum and M. S. Jellinek, eds., pp.101-22. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc, 1997.
6. Dille, J. W., Ochitill, H. N., Perl, M. and Volberding, P. A. Findings in psychiatric consultations with patients with acquired immune deficiency syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 142(1) (1985): 82-6.
7. Hewitt, D., McDonald, M., Portenoy, R. et al. Pain syndromes and etiologies in ambulatory AIDS patients. *Pain*, 70 (1996): 117-23.
8. Lenderking, W. R., Gelber, R. D., Cotton, D. J. et al. Evaluation of the quality of life associated with zidovudine treatment in asymptomatic human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, 330 (1994): 738-43.
9. Norman, S. E., Chediak, A. D., Kiel, M. and Cohn, M. A. Sleep disturbance in HIV-infected homosexual men. *AIDS*, 4 (1990): 775-81.

10. Salkind, A. R. Acute delirium induced by intravenous trimethoprim-sulfamethoxazole therapy in a patient with the acquired immunodeficiency syndrome. *Human and Experimental Toxicology*, 19 (2) (2000): 149-51.
11. Shuster, I. L. and Stern, T. A. Intensive care units. In *Essentials of Consultation-Liaison Psychiatry*, J. R. Rundell and M. G. Wise, eds., pp. 419-23, Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999.
12. Singer, E.J. Advances in managing terminal pain in AIDS. *Annals of Long-Term Care*, 6 (13) (1998): 1-8.
13. Todd, K. H., Samaroo, N. and Hoffman, J. R. Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia. *Journal of the American Medical Association*, 269 (1993): 1537-9.
14. Wood, A.J.J. and Oats, J.A. (1991). Adverse reactions to drugs. In *Harrison's Principles of Internal Medicine*, J. D. Wilson, E. Braunwald, K.J. Isselbacher, R. G. Petersdorf, J. B. Martin, A. S. Fauci, and R. K. Root, eds., pp. 373-9. New York: McGraw Hill, 1991.
15. World Health Organization. *Cancer Pain Relief and Palliative Care. Report of a WHO Expert Committee (World Health Organization Technical Report Series, 804)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1990

فصل هشتم

اچ آی وی و افراد مبتلا به بیماری‌های روانی سخت و مزمن

کارن مک کینون، فرانسیس کارنوس، ریچارد هرمن، استفانی لی مل^۱

مقدمه

بیش از ۳۰ مطالعه در آمریکا و کانادا میزان بالای رفتارهای پر خطر اچ آی وی در بزرگسالان دچار بیماری‌های روانی سخت و مزمن را نشان داده‌اند. چندین مطالعه در نقاط مختلف جهان نشان داده است که میزان عفونت اچ آی وی در میان بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی در مقایسه با جمعیت کلی در همان منطقه بسیار بالاتر است (جدول ۸.۱).

متخصصانی که با بیماران روانی مزمن کار می‌کنند، برای ارتقا دادن رفتارهای سالم، کاهش انتقال اچ آی وی، انجام ارزیابی اولیه و درمان و بهبود مراقبت‌ها در یک موقعیت منحصر به فردی قرار گرفته‌اند. برای اجرای این نقش، پزشکان ممکن است به آرامش و ارتقای مهارت‌های خود و آرامش هنگام ارائه خدمات به بیماران مبتلا به اچ آی وی نیاز داشته باشند.

1 HIV and psychiatry, A Training and Resource Manual, Second Edition, ed Kenneth Citron, Marie-Josée Brouillette, and Alexandra Beckett. Published by Cambridge University Press.2005.

مطالعه موردی: آزمایش اچ آی وی مردی با سابقه اسکیزوفرنی و سوءمصرف مواد

آندره یک مرد آمریکایی آفریقایی ۴۶ ساله اسکیزوفرن بود که بیشتر دوران نوجوانی اش را در بیمارستان های روانپزشکی و درمانگاه های درمان سوءمصرف مواد گذرانده بود. هنگامی که سن آندره در اواسط دهه ۳۰ بود، پدرش به طور ناگهانی از حمله قلبی فوت کرد. بعد از مرگ پدرش، مادرش هم که از بیماری اسکیزوفرن رنج می برد، اقدام به خودکشی کرد. آندره به شدت افسرده شد و در یک آسایشگاه روانپزشکی بستری شد. افسردگی او حتی بعد ترخیص از آسایشگاه باقی ماند و دوباره تزریق داروهای مخدر را از سر گرفت. خواهرش به او کمک کرد تا دوباره درمان را از سر گیرد و مصرف مواد را ترک کند. بعد از اینکه چند سالی را بدون هیچ مراقبت روانپزشکی طی کرد، به درمانگاه سرپایی روانپزشکی مراجعه کرد. روانپزشک به عنوان بخشی از ارزیابی اولیه، رفتارهای پر خطر آندره برای عفونت اچ آی وی را شناسایی می کند و از سابقه ی قبلی او در تزریق دارو آگاه می شود. روانپزشک بعد از چندین قرار ملاقات با آندره و برقراری ارتباط قابل اعتماد، پیشنهاد می دهد که او برای اچ آی وی آزمایش دهد.

خطر بیماری اچ آی وی چگونه ارزیابی می شود؟

اولین گام در مشاوره و فرایند آزمایش به دست آوردن یک تاریخچه ای از رفتارهای پر خطر است. هدف از ارزیابی خطر، استخراج اطلاعات اختصاصی درباره رفتارهای جنسی و مصرف دارو است. روانپزشکان در طول ارزیابی، باید به تفاوت های موجود در زبان حساس باشند (شامل واژگان جنسی) و توانمندی فرهنگی خود را نشان دهند (بخش سوم درباره تنوع فرهنگی مطالعه شود). سؤال تان را این گونه مطرح کنید: "چند وقت یکبار رابطه جنسی داشته اید؟"....به جای اینکه بپرسید: "آیا شما تاکنون رابطه جنسی داشته اید؟". اینگونه بیشتر احتمال دارد که اطلاعات مفیدی دریافت شود بدون اینکه نشان دهد که پزشک درباره رفتارهای بیمار قضاوت می کند یا اینکه آن رفتارها را ناپهنجار می داند. اگر چنین شود ممکن است بیمار حالت تدافعی پیدا کند. هنگامی که رفتارهای همجنس گرایانه بیمار را ارزیابی می کنیم، مهم است که پرسش های ویژه ای درباره رفتارهای جنسی پر خطر از او بپرسیم به جای اینکه تنها یک سوال درباره جهت گیری جنسی مطرح کنیم. علت این است که افرادی که به خودشان برچسب همجنس گرا نمی زنند ممکن است سابقه ای از رفتارهای پر خطر جنسی داشته باشند. این رویکرد باید در ارزیابی مصرف مواد نیز مورد استفاده قرار گیرد؛ اگر ارزیابی فقط متمرکز بر داروهای تزریقی باشد خطر داروهای غیرتزریقی (داروهای مجاز و غیر مجازی که می توانند استنشاق شوند) به آسانی از نظر دور می مانند. بیشتر مردم، هنگامی که از آنها به شکل مستقیم و غیر انتقادی (بدون قضاوت) سوال می شود، آماده همکاری و کمک هستند. آرامشی که پزشکان هنگام گفتگو

درباره مسایل جنسی و مصرف مواد دارند سطح اضطراب بیمار را کاهش می‌دهد. برای عادی جلوه دادن این رفتارها، پزشک می‌تواند با صدای آرام‌تری صحبت کند.

بررسی سابقه‌ای از رفتارهای پر خطر، باید شامل ارزیابی سایر بیماری‌های ناقل جنسی باشد. بعضی از بیماران ممکن است مبتلا به بیماری‌های جنسی باشند ولی از این مساله آگاه نباشند و بدون درمان باقی بمانند، که آنها را در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به اچ آی وی قرار می‌دهد.

آزمایش کامل، دقیق و مرتب برای خطر اچ آی وی باید بخش رایج از مراقبت‌های سلامت روانی بیماران بستری و سرپایی باشد. اینجا یک نمونه از فرم غربالگری خطر برای استفاده در موقعیت‌های تریاژ^۱ است (نمودار ۸.۱). مصاحبه‌های عمیق‌تر ارزیابی خطر باید هر زمانی که ممکن است انجام شوند.

جدول ۸.۱- شیوع سرمی HIV در نمونه های بیماران روانی بر اساس کشور

کشور	شیوع سرمی	تعداد بیماران	تعداد مطالعات	نمونه	منبع
آلمان	۴/۸٪	۶۲۳	۱	بستری	نابر و همکاران، ۱۹۹۴
ایتالیا	۶/۵٪	۴۷۵	۱	بستری	زامپرتی و همکاران، ۱۹۹۰
اسپانیا	۵/۱٪	۳۹۰	۱	بخش اورژانس	آیوسو-ماتیوس و همکاران، ۱۹۹۷
تایوان	۰٪	۸۳۴	۱	بستری در بیمارستان روانی	چن، ۱۹۹۹
تایلند	۱/۹٪	۳۲۵	۱	مزاحمانی که بیماری روانی داشتند	داسانانجالی، ۱۹۹۴
امریکا	۶/۹٪	۳۹۱۷	۱۳	بستری و سرپایی	کورنوس و مک کینون، ۱۹۷۷؛ کراکو و همکاران، ۱۹۹۸؛ روزنبرگ و همکاران، ۲۰۰۱
زیمبابوه	۲۳/۸٪	۱۴۳	۱	بستری	آکودا و سبیت، ۱۹۹۶

آزمایش و غربالگری خطر اچ آی وی

هر گونه نشانه‌گذاری در ستون سمت راست یا میانی به معنی نیاز به آزمایش است.

۱. در ده سال گذشته چند شریک جنسی داشته‌اید؟
 هیچ ۱-۲ ۲-۳ ۳-۴ ۴-۵ ۵-۶ ۶-۷ ۷-۸ ۸-۹ ۹-۱۰ ۱۰-۱۱ ۱۱-۱۲ ۱۲-۱۳ ۱۳-۱۴ ۱۴-۱۵ ۱۵-۱۶ ۱۶-۱۷ ۱۷-۱۸ ۱۸-۱۹ ۱۹-۲۰ ۲۰ یا بیشتر
۲. در ده سال گذشته با چند مرد رابطه جنسی مقعدی داشته‌اید؟ (یک مرد آلت جنسی‌اش را در مقعد افراد دیگر قرار می‌دهد).
 هیچ ۱-۲ ۲-۳ ۳-۴ ۴-۵ ۵-۶ ۶-۷ ۷-۸ ۸-۹ ۹-۱۰ ۱۰-۱۱ ۱۱-۱۲ ۱۲-۱۳ ۱۳-۱۴ ۱۴-۱۵ ۱۵-۱۶ ۱۶-۱۷ ۱۷-۱۸ ۱۸-۱۹ ۱۹-۲۰ ۲۰ یا بیشتر
۳. در ده سال گذشته، هر چند وقت یک بار، هنگام رابطه جنسی مقعدی از کاندوم استفاده کرده‌اید؟
 هیچ ۱-۲ ۲-۳ ۳-۴ ۴-۵ ۵-۶ ۶-۷ ۷-۸ ۸-۹ ۹-۱۰ ۱۰-۱۱ ۱۱-۱۲ ۱۲-۱۳ ۱۳-۱۴ ۱۴-۱۵ ۱۵-۱۶ ۱۶-۱۷ ۱۷-۱۸ ۱۸-۱۹ ۱۹-۲۰ ۲۰ یا بیشتر
۴. از بین بیماری‌های انتقالی جنسی (سوزاک، سیفلیس، کلامدیا، زگیل تناسلی، تبخال تناسلی) تا به حال کدام یک را داشته‌اید؟
 هیچ ۱-۲ ۲-۳ ۳-۴ ۴-۵ ۵-۶ ۶-۷ ۷-۸ ۸-۹ ۹-۱۰ ۱۰-۱۱ ۱۱-۱۲ ۱۲-۱۳ ۱۳-۱۴ ۱۴-۱۵ ۱۵-۱۶ ۱۶-۱۷ ۱۷-۱۸ ۱۸-۱۹ ۱۹-۲۰ ۲۰ یا بیشتر
۵. در ده سال گذشته، چند وقت یک بار به شخصی پول یا مواد داده‌اید تا با شما رابطه جنسی داشته باشد؟
 هیچ ۱-۲ ۲-۳ ۳-۴ ۴-۵ ۵-۶ ۶-۷ ۷-۸ ۸-۹ ۹-۱۰ ۱۰-۱۱ ۱۱-۱۲ ۱۲-۱۳ ۱۳-۱۴ ۱۴-۱۵ ۱۵-۱۶ ۱۶-۱۷ ۱۷-۱۸ ۱۸-۱۹ ۱۹-۲۰ ۲۰ یا بیشتر
۶. در ده سال گذشته، چند وقت یک بار با کسی رابطه جنسی داشته‌اید که به شما در ازای سکس پول یا مواد داده است؟
 هیچ ۱-۲ ۲-۳ ۳-۴ ۴-۵ ۵-۶ ۶-۷ ۷-۸ ۸-۹ ۹-۱۰ ۱۰-۱۱ ۱۱-۱۲ ۱۲-۱۳ ۱۳-۱۴ ۱۴-۱۵ ۱۵-۱۶ ۱۶-۱۷ ۱۷-۱۸ ۱۸-۱۹ ۱۹-۲۰ ۲۰ یا بیشتر
۷. چند وقت یکبار در طول زندگی‌تان از مواد تزریقی استفاده کرده‌اید؟
 هیچ ۱-۲ ۲-۳ ۳-۴ ۴-۵ ۵-۶ ۶-۷ ۷-۸ ۸-۹ ۹-۱۰ ۱۰-۱۱ ۱۱-۱۲ ۱۲-۱۳ ۱۳-۱۴ ۱۴-۱۵ ۱۵-۱۶ ۱۶-۱۷ ۱۷-۱۸ ۱۸-۱۹ ۱۹-۲۰ ۲۰ یا بیشتر
۸. چند تا از شریکان جنسی شما در ده سال گذشته از مواد تزریقی استفاده کرده‌اند؟
 هیچ ۱-۲ ۲-۳ ۳-۴ ۴-۵ ۵-۶ ۶-۷ ۷-۸ ۸-۹ ۹-۱۰ ۱۰-۱۱ ۱۱-۱۲ ۱۲-۱۳ ۱۳-۱۴ ۱۴-۱۵ ۱۵-۱۶ ۱۶-۱۷ ۱۷-۱۸ ۱۸-۱۹ ۱۹-۲۰ ۲۰ یا بیشتر
۹. چند تا از شریکان جنسی شما در ده سال گذشته، مردی بوده که با مردان رابطه جنسی داشته است؟
 هیچ ۱-۲ ۲-۳ ۳-۴ ۴-۵ ۵-۶ ۶-۷ ۷-۸ ۸-۹ ۹-۱۰ ۱۰-۱۱ ۱۱-۱۲ ۱۲-۱۳ ۱۳-۱۴ ۱۴-۱۵ ۱۵-۱۶ ۱۶-۱۷ ۱۷-۱۸ ۱۸-۱۹ ۱۹-۲۰ ۲۰ یا بیشتر
۱۰. چند تا از شریکان جنسی شما در ده سال گذشته، یک بیماری انتقالی جنسی مانند سوزاک، سیفلیس، کلامیدیا، زگیل تناسلی، یا تبخال تناسلی داشته‌اند؟
 هیچ ۱-۲ ۲-۳ ۳-۴ ۴-۵ ۵-۶ ۶-۷ ۷-۸ ۸-۹ ۹-۱۰ ۱۰-۱۱ ۱۱-۱۲ ۱۲-۱۳ ۱۳-۱۴ ۱۴-۱۵ ۱۵-۱۶ ۱۶-۱۷ ۱۷-۱۸ ۱۸-۱۹ ۱۹-۲۰ ۲۰ یا بیشتر

اگر اولین پاسخ‌ها "نمی‌دانم" باشد، باید از بیمار پرسید "اگر شما مجبور بودید که یک گزینه را انتخاب کنید کدام را انتخاب می‌کردید؟".

مباحث ویژه در آزمایش اچ آی وی افراد دچار بیماری‌های روانی مزمن و خطرناک کدام است؟

آزمایش داوطلبانه برای همه بیماران از جمله بیماران روانی یک قاعده و اصل است. ظرفیت رضایت برای آزمون وابسته به توانایی بیمار برای درک اطلاعات منتقل شده و نتیجه‌گیری منطقی از آن است. افرادی که مبتلا به بیماری‌های روانی جدی هستند این ظرفیت را دارند مگر اینکه در ارزیابی به نتیجه دیگری رسیده شود.

روانپزشکان می‌توانند قضاوت بالینی‌شان را برای زمانی به کار برند که بیمار قادر است رضایت آگاهانه دهد و زمانی که وضعیت بیماری روانپزشکی فرد معلوم است، او بهتر می‌تواند خود را با هر نتیجه‌ای سازش دهد. آزمایش اچ آی وی اغلب می‌تواند هنگامی انجام شود که بیمار برای درمان برای یک حمله حاد در بیمارستان است. در حقیقت آزمایش در زمانی که بیمار بستری است مزایایی دارد. بهتر است تمام این فرایندها

بتواند پیش از اینکه بیمار مرخص شود (با آزمایش های سریعی که به تازگی تایید شده اند این احتمال وجود دارد) تکمیل شود.

برای مثال، کارکنان می توانند بیمار را از خدمات مشاوره پس از آزمایش و قرار ملاقات های بعدی مطمئن کنند، و هر گونه اثر منفی نتیجه آزمایش روی شرایط روانپزشکی بیمار را شناسایی کنند.

رضایت اطلاع داده شده برای آزمایش پادتن اچ آی وی باید شامل شرح و گفتگو در موارد زیر باشد:

- آزمایش و هدف آن
- معنای نتایج
- فواید تشخیص و مداخله پزشکی زودرس
- داوطلبانه بودن آزمایش
- حق بیمار برای پس گرفتن رضایت در هر زمانی که بخواهد
- دسترسی به آزمایش بدون نام
- رازداری
- شرایطی که نتایج آزمون ممکن است با یا بدون رضایت بیمار فاش شود.

برخی از شرایط بیماری روانپزشکی ممکن است با توانایی بیمار برای رضایت آگاهانه مداخله کند. در این موارد، پزشک باید اختلال روانپزشکی را درمان کند و آزمایش اچ آی وی را تا زمانی که بیمار توانایی دادن رضایت آگاهانه را دوباره به دست آورد متوقف کند. رضایت جانشین^۱ تنها هنگامی دریافت می شود که بیمار نیاز به مراقبت مناسب داشته باشد یا زمانی که انتظار نمی رود بیمار مجدداً توانایی اش برای دادن رضایت آگاهانه را به دست آورد. در این موارد، ولی یا قیم قانونی می تواند رضایت بدهد.

افرادی دچار بیماری روانی خطرناک و سخت معمولاً مشاوره اچ آی وی و آزمایش پادتن بدون تشدید نشانه های روانپزشکی را متحمل می شوند (اوکندو و تریکاریکو، ۱۹۹۶).

روانپزشک مشاوره های پیش از آزمایش را ارائه می کند. آندره علت انجام آزمون را درک کرده و تصمیم می گیرد به خواهرش بگوید که آزمایش داده و او می تواند برای مقابله با خطر بد احتمالی به آندره کمک کند. در طول این دوره انتظار پر تنش، روانپزشک ارتباط تلفنی خود را با آندره حفظ می کند.

1 Substitute consent

2 Oquendo and Tricarico

روانپزشکان می‌توانند نقش مهمی را در آزمایش اچ آی وی بازی کنند؛ چرا که به طور مستقیم در مشاوره‌های پیش و پس آزمون دخالت می‌کنند. در بعضی موارد، آنها ممکن است یک مشاور ویژه اچ آی وی را انتخاب کنند که او در مشاوره آزمایش بیمار دخالت کند. در غیر این صورت خود، روانپزشک، این مسوولیت را بر عهده می‌گیرد تا اجرای درست مشاوره پیش و پس آزمون را تضمین نماید.

افراد دچار بیماری‌های روانی مزمن و سخت هر چند وقت یکبار باید برای اچ آی وی آزمایش شوند؟

الگوی رفتارهای پر خطر اچ آی وی در میان افراد دچار بیماری‌های روانی مزمن و سخت نشان می‌دهد که بعضی از بیماران اغلب و بعضی دیگر به طور متناوب درگیر رفتارهای پرخطر می‌شوند. روانپزشکان باید بیماران اچ آی وی منفی را تشویق کنند تا به طور منظم برای ارزیابی خطر دوره‌ای آزمایش دوباره دهند. آزمایش اچ آی وی، باید هر زمانی که بیمار درخواست می‌کند ارائه شود یا در مواردی انجام شود که بیمار:

- رفتارهای پر خطر تازه یا گذشته را گزارش کند
- باردار باشد
- نشانه‌های فیزیکی حاکی از عفونت اچ آی وی یا ایدز داشته باشد
- نشانه‌های روانپزشکی حاکی از اختلال دستگاه عصبی داشته باشد
- مبتلا به بیماری‌های جنسی دیگر باشد
- آزمایش پوستی او برای سل مثبت باشد و در منطقه‌ای زندگی کند که اچ آی وی در آن همه گیر بومی است.

آزمایش اچ آی وی آندره مثبت است، و روانپزشک برای او مشاوره پس از آزمایش را ترتیب می‌دهد. با وجود اطلاعاتی که آندره در طول مشاوره دریافت می‌کند، تشخیص اچ آی وی را به عنوان حکم مرگ می‌داند. او شروع به مصرف کرک می‌کند چون اعتقاد دارد کرک سریعترین راه برای مردن است. خواهرش دوباره پیش قدم می‌شود و برای درمان دارویی آندره تلاش می‌کند.

افرادی دچار بیماری‌های روانی مزمن و سخت چگونه به تشخیص عفونت اچ آی وی واکنش نشان می‌دهند؟

تشخیص عفونت اچ آی وی ممکن است در هر دوره زمانی این بیماری، از زمان کوتاهی بعد از مبتلا شدن تا زمانی که ایدز پیشرفت کرده است داده شود. واکنش اولیه که شوک و ناباوری است ممکن است با

افسردگی، اضطراب و ترس درباره داشتن یک بیماری خطرناک و بالقوه کشنده ادامه یابد. افسردگی درمان نشده و احساس ناامیدی ممکن است با رفتار پرخطر مداوم و حتی تفکرات خودکشی مرتبط شود (لیبرمن، ۱۹۸۶).

اچ آی وی و ایدز مشابه بیماری های روانی خطرناک، می توانند به مقدار زیادی همراه با لکه ننگ باشند و در نتیجه ممکن است بیمار در مقایسه با قبل از نظر اجتماعی طرد، رها و منزوی گردد. اگر نشانه های روانپزشکی بیمار، متعاقب تشخیص اچ آی وی بدتر شود، پزشک باید برای بهبود وضعیت روانی فعلی بیمار و آگاهی و درک او از عفونت اچ آی وی پیشنهاد مشاوره فردی و درمان حمایتی بدهد (برادر، ۱۹۹۴). مداخلات دارویی ممکن است سودمند باشند.

کمی پس از اینکه آندره از برنامه سم زدایی رها شد، به یک درمانگاه تخصصی اچ آی وی ارجاع داده می شود. او به طور مرتب در قرار ملاقات های درمانگاه روانپزشکی بیماران سرپایی و اچ آی وی حضور پیدا می کند. او گزارش می دهد که همه داروهایش را دریافت می کند. روانپزشک و پزشک اچ آی وی به طور منظم برای هماهنگی مراقبت ها، ساده کردن رژیم دارویی تا حد امکان، و مدیریت هر گونه تداخل دارویی یا مسمویت با هم در تماس هستند. رژیم دارویی آندره مستلزم این است که یک بار صبح، یک بار بعد از ظهر و یک بار شب قرص هایش را دریافت کند. بار ویروسی او غیرقابل تشخیص شده است.

در طول دوره دریافت درمان، آندره گزارش می دهد که او پیش از تشخیص بیماری، روابط جنسی ناایمنی با تعدادی از شریکان جنسی داشته است. به دلیل اینکه متخصص اچ آی وی تجربه بیشتری در برقراری تماس های مشاوره ای دارد مسوولیت اطلاع رسانی را می پذیرد. آندره در این فرایند به خوبی همکاری می کند و روانپزشکان حمایت های بیشتری از آندره می کند.

مطالعه موردی: زنی با اچ آی وی مثبت به همراه اسکیزوفرنیا.

جنی، زن ۴۳ ساله لاتینو با بیماری اسکیزوفرنی است که مادرش از افسردگی و پدرش از سو مصرف الکل رنج می‌برده است. جنی آسیب‌های متعددی در زندگی‌اش داشته است. او به طرز سختی توسط پدرش مورد آزار جسمی قرار گرفته، و از ۱۰ تا ۱۵ سالگی توسط پدر و چند تن از دوستان خانوادگی‌شان مورد آزار جنسی قرار گرفته بود. آزار جنسی زمانی پایان یافت که او از خانه فرار کرد. او در یک اتاق تنها در هتل‌ها زندگی کرده ولی مکرراً به دلیل نادیده گرفتن ممنوعیت مصرف مواد اخراج شده است. در نتیجه او اغلب بی‌خانمان است. تا سن ۲۰ سالگی، بیش از ۱۰ بار به خاطر توهم شنوایی و هذیان بستری شده و در همان حال تحت درمان با داروهای روانپزشکی قرار گرفته بود. با این حال اغلب وقتی که استرس دارد مصرف داروهایش را متوقف می‌کند. جنی به صورت پاره وقت در درمانگاه بیماران سرپایی کار می‌کند، ولی هر زمانی که او درمان دارویی‌اش را متوقف می‌کند کارش را رها کرده و به خاطر پول و سیگار خودفروشی می‌کند. جنی پس از دستگیری توسط پلیس به خاطر خودفروشی به پلیس می‌گوید که صداهایی او را تشویق به این کار کرده‌اند و برای همین به اورژانس منتقل می‌شود و در بخش روانپزشکی بستری می‌شود و نهایتاً عفونت اچ آی وی برای او تشخیص داده می‌شود.

متداول‌ترین خطرهای خطر برای عفونت اچ آی وی در بیماران روانپزشکی کدام است؟

بیماران روانپزشکی مبتلا به اچ آی وی مانند مردم دیگر ممکن است با خطرهایی روبه‌رو شوند، از جمله فعالیت‌های جنسی ناایمن، استفاده از مواد مخدر، و مسائل اجتماعی و محیطی. علائم و اختلالات روانپزشکی ممکن است خطر اچ آی وی را به طور مستقیم از طریق تأثیر بر رفتار فرد یا از طریق تأثیر بر توانایی‌اش برای کسب و یا استفاده از اطلاعات اچ آی وی و مهارت‌هایی برای تمرین رفتارهای سالم‌تر را افزایش دهد.

فعالیت‌های جنسی

برخلاف این عقیده رایج که اثرات جانبی داروهای روانپزشکی فعالیت‌های جنسی را کاهش می‌دهد، افراد دچار اختلالات روانی مزمن و سخت از نظر جنسی فعال هستند، و اغلب چندین شریک جنسی دارند (کری، ۱۹۹۷). همچنین، رفتارهای همجنس‌گرایانه و دو جنسی، تجاوز جنسی با تهدید و اجبار توسط دیگران، فعالیت جنسی بعد از مصرف مواد، فعالیت جنسی با شریکان جنسی ناشناخته، یا خودفروشی برای

پول یا سرپناه ممکن است در بین بیماران روانپزشکی در مقایسه با دیگر گروه‌ها رواج بیشتری داشته باشد (چوانگ و اتکینسون، ۱۹۹۶؛ کری، ۱۹۹۷؛ گودمن و فالوت، ۱۹۹۸).

بیشتر افراد مبتلا به بیماری‌های شدید روانی، از کاندوم به صورت نامرتب استفاده می‌کنند و یا اصلاً استفاده نمی‌کنند (کری، ۱۹۹۷)؛ فقط یک چهارم آنها از کاندوم در هر نوبت رابطه جنسی استفاده می‌کنند.

استفاده از مواد مخدر

تعداد قابل توجهی از افراد مبتلا به بیماری‌های روانی شدید و مزمن (بیش از ۲۵ درصد در بعضی از مطالعات) سابقه تزریق مواد دارند (کری، ۱۹۹۷؛ اتو-سلج، ۲۰۰۱). بیماران روانپزشکی که مواد تزریق می‌کنند، به طور متناوب به این کار گرایش دارند. از آنجایی که ممکن است در زمان ارزیابی روانی تزریق نداشته باشند، سابقه تزریق مواد از سوی آنها اغلب نادیده گرفته می‌شود. کسب این اطلاعات نباید از هیچ تلاشی در هنگام ارزیابی خطر کوتاهی کرد.

به هر صورت، تزریق مواد مخدر فقط خطری مرتبط با سوءمصرف مواد نیست. مطالعات نشانگر آن است که بیماران روانپزشکی که ترکیبی از اختلالات شناخته شده سوءمصرف الکل یا دیگر اختلالات مواد را دارند به طور معناداری در مقایسه با آنهایی که این اختلالات را ندارند، به میزان بالاتری به عفونت اچ آی وی مبتلا هستند، حتی اگر آنها هرگز تزریق مواد نداشته باشند (مک کینن و کورنوس، ۱۹۹۸). ممکن است مصرف مواد روی انگیزش فرد یا توانایی برای داشتن یک رابطه جنسی ایمن اثر گذارد. هر بیماری با اختلال سوءمصرف الکل یا مواد باید به صورت یک فرآیند رایج برای خطر اچ آی وی مورد ارزیابی قرار گیرد و برای اثر منفی سوءمصرف مواد و راهبردهایی برای کاهش خطر مشاوره پیشنهاد شود. حتی مصرف گاه و بی گاه مواد و الکل می‌تواند منجر به رفتار جنسی نا ایمن گردد.

عوامل محیطی و اجتماعی

همچنین عوامل اجتماعی و محیطی معین ممکن است افراد دچار بیماری‌های روانی مزمن و سخت را در معرض خطر ابتلا به اچ آی وی قرار دهد. برای مثال، مؤسسه سپاری^۱ که بخشی از زندگی یک بیماری روانی است ممکن است در دراز مدت ارتباطات او را آسیب برساند و گرایش به داشتن شرکای جنسی ناشناخته را تقویت کند. گذراندن دوره‌های طولانی در بیمارستان‌ها، پناهگاه‌ها، یا زندان‌ها ممکن است فعالیت

جنسی با همجنس را تقویت کند، که به ویژه برای مردان پر خطر است. در همین حال، خط مشی سازمانی که دسترسی به کاندوم را محدود می‌کند ممکن است روی توانایی فرد درباره رابطه جنسی ایمن‌تر اثر گذارد. سایر عوامل محیطی اجتماعی از قبیل بی‌خانمانی و آوارگی، زندگی ناپایدار و کوتاه، فقدان روابط اجتماعی حمایتی می‌تواند خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی را افزایش دهد. بیماران روانی شهرنشین اغلب در محله‌هایی با میزان بالایی از سو مصرف مواد، الکلیسم، بیماری‌های جنسی و اچ‌آی‌وی متمرکز شده‌اند. در محیط‌های درمانی در مناطق اندمیک، تمام فرصت‌های جنسی پر خطر وجود دارد. همچنین میزان بالای بیکاری ممکن است باعث افزایش فشار برای درگیر شدن در روابط جنسی خودفروشی شده و بنابراین ریسک بیشتری با خود به همراه داشته باشد (آکودا و سیبت، ۱۹۹۶). ارائه هر گونه خدمات حمایتی که به افرادی دچار بیماری‌های سخت و مزمن روانی کمک می‌کند مانند شغل یا مسکن ثابت، ممکن است خطر ابتلا یا انتقال اچ‌آی‌وی را کاهش دهد.

چگونه اختلالات روانپزشکی با خطر ابتلا به اچ‌آی‌وی ارتباط دارد؟

بیماران در دوره حاد علائم روانی ممکن است در رابطه جنسی ناایمن و مصرف مواد درگیر شوند یا نشوند. روانپزشکان باید این احتمال را به صورت موردی و از طریق کسب اطلاعات از سابقه رفتارهای پر خطر فرد ارزیابی کنند. اگر این احتمال وجود داشته باشد که بیماران هنگامی که داروهای روانپزشکی‌شان را متوقف می‌کنند در فعالیت‌های پر خطر وارد شوند، پزشکان ممکن است راهبردهای چندی را برای کاهش خطر اچ‌آی‌وی در نظر گیرند، از جمله بستری شدن زودرس، درمان‌های قوی‌تر، یا مشاوره‌های فشرده‌تر برای بیماران در این خصوص چطور ایمن باقی بمانند. بیماران باید استراتژی‌هایی برای کاهش آسیب پیاموند تا پیامدهای منفی ادامه مصرف الکل یا دارو را به حداقل برسانند.

پزشکانی که در زمینه مشاوره بیماران و کاهش آسیب تجربیات زیادی ندارند ممکن است بیمارشان را به یکی دیگر از همکارانی که در زمینه این رویکرد آموزش دیده است و راحت‌تر با این مباحث می‌تواند رو به رو شود ارجاع دهند. همچنین بیماران باید دسترسی نامحدودی به کاندوم به ویژه به صورت بی‌نام داشته باشند (سید کاندوم در جاهای مختلف درمانگاه موجود باشد).

سلامت جسمانی جنی در بخش عفونی یک بیمارستان محلی پیگیری می‌شود. او تصمیم گرفته که چون "قرص‌های زیادی مصرف می‌کند". داروهای اچ‌آی‌وی مصرف نکند تعداد سلول‌های $CD4$ او ۵۴۰ سلول در میلی‌متر مکعب و بار ویروسی ۵۰۰۰ نسخه در میلی لیتر است. در نتیجه به دلیل بیماری عفونی، دکتر او را به مصرف داروهای ضد رتروویروسی در این زمان ترغیب نمی‌کند. اگرچه جنی از نظر روانپزشکی هم اکنون با ثبات است، اخیراً آزمایش سیفلیس و هیپاتیت C او مثبت شده است.

مباحث ویژه‌ای که در وضعیت افراد مبتلا به اچ آی وی همراه با بیماری های روانی

مزمن و سخت دخیل است کدامند؟

عفونت اچ آی وی به طور حساسی با اثرات درمانی و اثرات جانبی داروهای روان پزشکی ارتباط دارد. پزشکان داروهای روانپزشکی را با دوزهای پایین تری شروع می کنند و به آرامی دوز آن را بالا می برند. سطح داروها، در صورت امکان، باید به دقت رصد شوند، به ویژه هنگامی که بیماران رژیم های دارویی پیچیده ای داشته باشند (بخش سوم درباره داروشناسی مطالعه شود).

گروه های حمایتی در اجتماع یا در مراکز روانپزشکی، شیوه موثری برای تشویق بیماران اچ آی وی مثبت بدون نشانه هستند تا رفتارهای پر خطر خود را تغییر دهند و سلامت جسمی شان را حفظ کنند. این نوع از مداخلات گروهی می تواند جلوی بدتر شدن نشانه های روانپزشکی را بگیرد و حس تعلق نسبت به جامعه ایجاد کند، انزوای اجتماعی را کاهش دهد، هنجارهای ایمن همتا را تقویت کند، نوع دوستی را تشویق کند و به بیماران احساسی از ارزشمندی و پیشرفت القا کند.

روانپزشکان برای کمک به بیماران برای حفظ سلامتی خود، باید اطمینان دهند که نشانه های زیستی^۱ آنها در هنگامی که درمان با داروهای ضد رتروویروسی شروع می شود به طور منظم بررسی می شود.

بیماران روانپزشکی، مانند بیماران داخلی، اغلب به داروهای تجویز شده پایبند نیستند. این امر ممکن است به این دلیل باشد که آنها داروها را به عنوان بخشی از زندگی خود می دانند که می تواند آن را کنترل کنند. توانایی فرد برای ادامه مصرف داروهای روانپزشکی اش بهترین پیش بینی کننده برای پایبندی بیمار به رژیم درمانی اچ آی وی است. پزشکان می توانند برای بهبود پایبندی بیماران به مصرف داروهایشان گام های زیر را بردارند، از جمله:

- کمک به فرد برای دیدن دورنمایی از پایبندی به رژیم دارویی که از طریق آن می تواند کنترل بخشی از زندگی اش را در دست گیرد
- متقاعد کردن روانپزشکان و متخصصان بیماری های عفونی برای گفتگو درباره نیاز فرد برای آمادگی شروع داروهای ضد رتروویروسی
- زمان بندی برای شروع یک رژیم درمانی ضد رترو ویروسی همراه با تعهد فرد برای درمان
- انتخاب داروهایی که جلوی تداخل دارویی را می گیرند و به حداقل رساندن تعداد و مقدار مجاز قرص هایی که فرد مصرف می کند
- هماهنگ کردن برنامه درمانی برای اچ آی وی و اختلالات روانپزشکی.

مطالعه موردی: تغییر رفتارهای پر خطر در افراد دچار با بیماری‌های روانی

مزمن و سخت

کن، مرد ۳۸ ساله‌ای با اختلال اسکیزوافکتیو (اسکیزوفرنی عاطفی) است که ۵ سال پیش مبتلا به اچ آی وی تشخیص داده شد. از آن روز به بعد توسط یک روانپزشک و یک متخصص بیماری‌های عفونی به طور مشترک تحت درمان است. بار ویروسی‌اش قابل تشخیص نیست. او در یک آپارتمان تنها زندگی می‌کند و سه سال است که در یک جا کار می‌کند. او اخیراً رابطه عاشقانه‌ای با زن مبتلا به اسکیزوفرنی پیدا کرده است. علی‌رغم سال‌ها سوءمصرف مواد، وضعیت اچ آی وی او منفی است و هم اکنون هوشیار است. او و کن یک خانواده هستند ولی از خطراتی که او و بچه را تهدید می‌کند نگران هستند.

تعیین کننده‌های کاهش خطر اچ آی وی در بیماران روانپزشکی کدام است؟

آگاهی از اچ آی وی ضروری است ولی برای کم کردن خطر کافی نیست. مداخلاتی که فقط متکی به آگاهی هستند اثر کمی بر روی رفتار به جا می‌گذارند (کلی، ۱۹۹۷). توانایی بیماران روانپزشکی امریکایی برای پاسخ دادن دقیق به پرسش‌هایی درباره ایدز در مطالعه ۱۹۹۰ قابل مقایسه با جمعیت کلی امریکا در آن زمان بود (هاردی، ۱۹۹۰). با وجود این بسیاری از بیماران روانپزشکی کمبودهای زیادی در میزان آگاهی و درک دارند (کلی، ۱۹۹۲؛ کتز، ۱۹۹۴؛ اتو-سلج، ۱۹۹۸). برای مثال:

- ۴۲ درصد نمی‌دانستند که می‌توانند از راه تزریق مواد آلوده شوند
 - ۴۸ درصد اعتقاد داشتند که تمیز کردن با دقت بعد از رابطه جنسی آنها را در برابر ویروس محافظت خواهد کرد
 - بیش از ۴۳ درصد اعتقاد داشتند که زنان دگرجنس گرا ایدز نمی‌گیرند
 - ۴۵ درصد اعتقاد داشتند که ظاهر فرد مشخص می‌کند که آیا مبتلا به اچ آی وی هست یا نه.
- به منظور اطمینان از اینکه همه بیماران، بدون توجه به وضعیت اچ آی وی‌شان، اطلاعات مورد نیاز را دارند، متخصص باید درک آنها را درباره پیشگیری و انتقال اچ آی وی و پیشگیری را ارزیابی کند و هر گونه برداشت نادرست را روشن نماید.

حتی با داشتن دانش کامل درباره اچ آی وی و انتقال آن، هنوز بعضی افراد ممکن است نتوانند در راستای اطلاعاتی که دارند عمل کنند و خطر را کاهش دهند. برای مثال، زنی ممکن است بداند که در معرض خطر قرار دارد و حتی برای اجتناب از عفونت انگیزه لازم را داشته باشد ولی ممکن است به روابط جنسی ایمن

پایبند نباشد زیرا ممکن است این اقدامات در نظر شریک جنسی اش قابل قبول نباشد و در نتیجه منجر به طرد او گردد. اصول درمان شناختی رفتاری (بندورا، ۱۹۸۸) و تئوری عمل منطقی^۱ (فیش بین و آجزن، ۱۹۷۵) در مطالعاتی جدی در رابطه با مداخلات کاهش خطر اچ آی وی با بیماران روانپزشکی آزموده شدند. الگوهای مداخلات پیشگیری از اچ آی وی موجود در ادبیات با انواع مداخلاتی که در دیگر برنامه های روانی اجتماعی توانبخشی برای افرادی با بیماری های روانی سخت و مزمن استفاده می شوند شباهت دارند (کلی، ۱۹۹۷).

این مطالعات از کار با بیماران با به کار بردن مفهیمی که پیش از این برای روانپزشکان آشنا هستند حمایت می کنند:

- نگرش درباره پیشگیری از اچ آی وی. بیمار را به سوی نگرش های مثبت، مزایا و انتظار و پیش بینی نتایج مثبت تشویق کنید. به نوع ادراکات گروه های طبیعی حمایت اجتماعی (از جامعه، شریکان جنسی) برای چنین رفتارهایی توجه کنید. ادراکات حمایت های طبیعی اجتماعی و علاقه به موافقت با دیگران را تغییر دهید.
- تصمیم به عمل بر مبنای دانش درباره انتقال و پیشگیری از اچ آی وی. آنها را برای به کار بردن دانش و مهارت ها تشویق کنید. آنها را تشویق کنید تا برای رفتار ایمن برنامه ریزی کنند (با استفاده از کاندوم).
- مهارت های رفتاری برای انجام اقدامات لازم برای پیشگیری از اچ آی وی. از طریق آموزش، شرایطی فراهم آورید تا مهارت هایی را تمرین کنند از جمله: توانایی های کلامی و غیر کلامی برای گفت و گو درباره رابطه جنسی ایمن با شریک جنسی، خودداری از داشتن رابطه جنسی ناایمن، استفاده از کاندوم مناسب (با استفاده از مدل های آناتومی) و خارج شدن از موقعیتی که رابطه جنسی ایمن ممکن نباشد. مهارت هایی را که باعث خودداری از مصرف مشروبات الکلی و مواد پیش از رابطه جنسی می شود یا پیامدهای بالقوه مضر مستی را کاهش می دهد (مثلا با عدم استفاده مشترک از وسایل تزریق) تمرین و تقویت کنید.
- خود مدیریتی رفتارهای پر خطر. از اعتقاد بیمار در توانایی اش در به کار بردن مهارت های رفتاری حمایت کنید. درک بیمار از توانایی اش برای رعایت همیشگی محدودیت های رابطه جنسی ایمن و عدم بازگشت به رفتارهای غیر ایمن را بررسی و حمایت کنید.

- کاهش خطر از طریق روش حل مساله شخصی. افراد را به خریدن کاندوم تشویق کنید. بر مهارت‌های رفتاری که برای پیشگیری از اچ آی وی ضروری هستند و بیمار آنها را نمی‌داند تاکید داشته باشید. بیماران را ترغیب کنید مهارت‌های پیشگیری از اچ آی وی را از طریق بازی نقش، بازخوردها و تقویت پیامد به صورت الگوهای ثابت در آورند و سپس عملکردشان را تصحیح کنند.

چگونه روانپزشکان می‌توانند به بیماران کمک کنند تا خطر انتقال یا دریافت ویروس اچ آی وی را کاهش دهند؟

برنامه‌های فشرده با گروه‌های کوچک می‌تواند رفتارهای جنسی با ریسک بالا را در میان افراد دچار بیماری‌های روانی سخت کاهش دهد (شامل کسانی که به مواد وابسته هستند). روانپزشکان می‌توانند کارکنان اجرایی و اداری را به برنامه‌های کاهش خطر تشویق کنند و آموزش کارکنان به منظور کسب مهارت‌ها و راحتی در هدایت چنین مداخلاتی را در برنامه‌های خود قرار دهند.

عوامل موثر در اثربخشی مداخلات کاهش خطر اچ آی وی عبارتند از (کلی، ۱۹۹۷؛ اتو-سلج، ۲۰۰۱):

- فراهم کردن آموزش درباره خطر اچ آی وی و آموزش مهارت‌هایی درباره جرات ورزی جنسی^۱، گفتگو، حل مساله، استفاده از کاندوم، و خودمدیریتی خطر (شامل شناسایی و پیش‌بینی خطر محرک‌های شخصی یا موقعیت‌هایی که رفتارهای پرخطر به احتمال بیشتری در آنها رخ می‌دهد).
- سازمان‌دهی جلسات فشرده، و ادامه دادن آنها بین ۶ تا ۱۵ جلسه به منظور کاهش رفتارهای پرخطر.
- آموزش به شرکت‌کننده‌ها برای یادگیری و حمایت از خود در برابر ایدز.
- پیشنهاد جلسات تقویتی یا نگهدارنده که به نظر می‌رسد برای تقویت رفتارهای ایمن ضروری باشد.
- حساس بودن نسبت به مباحث جنسیتی. گروه‌های زنانه یا مردانه می‌توانند برای سروکار داشتن با موضوع شریک جنسی همجنس یا برای کاهش دادن اضطراب بیمار درباره بحث در موضوعات جنسی با جنس مخالف سودمند باشند. ولی مردان و زنان نباید برای مداخلات

پیشگیری از اچ آی وی به طور خودکار و ارادی از هم مجزا تلقی شوند. ممکن است برای بیماران دگرجنس گرا و گروه های جنسی مختلط، ممکن است تعمیم پذیری تمرین های گروهی به موقعیت های واقعی زندگی افزایش داشته باشد، بینش مردان به سمت اینکه چگونه زنان رابطه جنسی ایمن را تجربه می کنند ارتقا می دهد و به زنان اجازه می دهد که جرأت ورزی با مردان درباره رابطه جنسی ایمن را تمرین کنند و از رابطه جنسی ناخواسته اجتناب کنند.

- آموزش دادن به بیمارانی که از نظر جنسی خود را کنترل می کنند. چون آنها ممکن است برای همیشه به این شکل باقی نمانند، و نیز ممکن است مطالبی که درباره رابطه جنسی ایمن آموخته اند را با دوستان و اعضای خانواده شان در میان بگذارند. یا ممکن است یک الگوی زندگی بدون رابطه جنسی را در بیماران دیگر تشویق نماید.

هدف از مداخلات گروه های کوچک کاهش آسیب، به ویژه رفتارهای پر خطر مربوط به مصرف مواد است (شرکت کننده ها می توانند تمیز کردن وسایل تزریق را تمرین کنند و از رفتار پر خطر جنسی در هنگامی که تحت تاثیر مواد هستند آشنا شوند). اگر در این برنامه تعداد زیادی از شرکت کننده ها اچ آی وی مثبت باشند، پزشکان می توانند یک گروه حمایتی مجزا را برای تمرکز بر روی نگرانی های خاص بیماران مبتلا به اچ آی وی تدارک ببینند.

به هر حال این بیماران همچنین می توانند از شرکت در گروه های مختلط سود ببرند و نیاز به آشکارسازی وضعیت اچ آی وی خود ندارند مگر اینکه علاقه مند به آن باشند. ترکیب این گروه ها هر قدر باشد، سرگروه ها باید پایان هر جلسه زمانی را به بحث درباره مسایل خصوصی و محرمانه بیماران و شناسایی نیازهایشان از طریق ارجاع های مناسب اختصاص دهند از جمله برنامه های آزمایش اچ آی وی.

هنگامی که کارکنان درمانگاه در زمینه مداخلات پیشگیرانه آموزش می بینند، معمولاً برای شروع کارشان با گروه هایی از مداخلاتی بیماران انگیزه بالایی دارند. این گروه ها در برنامه های روزانه و برنامه های مربوط به بیماران سرپایی بهتر کار می کنند. مدت کوتاه اقامت در مراکز مربوط به بیماران سرپایی، تعداد جلساتی که بیماران در آن شرکت می کنند را ممکن است محدود کند، اما نباید کارکنان از بهره گیری همان زمان محدود دلسرد شوند، و باید تمرکزشان را بیشتر بر روی مداخلات معطوف کنند.

نقش مشاوره فردی در کمک به بیماران برای تغییر رفتارهای پر خطرشان چیست؟

هدف از مشاوره فردی تشویق بیماران به تصمیم گیری های عاقلانه درباره خطر و حفاظت از دیگران است. برای مثال روانپزشکان می توانند بیماران اچ آی وی مثبت را به فاش کردن موضوع به شرکای جنسی شان و استفاده از کاندوم تشویق کنند. آنها همچنین می توانند برای غلبه بیماران بر هر گونه دشواری

خاص کمک کنند. مشکلات از فردی به فرد دیگر متفاوت است، و باید بدون قضاوت و به دقت کاوش شود. بیماران ممکن است از روش‌های حل مساله و بازی نقش بیشتر سود ببرند.

در طول یک جلسه مشاوره، روانپزشک درمی‌یابد به دلیل اینکه بار ویروسی کن غیرقابل تشخیص است، او و نامزدش گمان می‌کردند که بیماری‌اش واگیر دار نیست. هنگامی که روانپزشک توضیح می‌دهد که خطر انتقال اچ آی وی هنوز هم وجود دارد، این زوج تصمیم می‌گیرند که رابطه جنسی ایمنی با یکدیگر داشته باشند و از تصور داشتن فرزند منصرف شوند. هنگامی که آنها درباره روابط جنسی ایمن با یکدیگر بحث می‌کردند، روانپزشک درمی‌یابد که در نتیجه اثرات جانبی داروهای ضد روان پریشی که مصرف می‌کند، کن دچار لرزش دست شده است و استفاده از کاندوم برای او دشوار است. کن همچنین احساس خجالت زیادی برای خرید کاندوم احساس داشت. روانپزشک برای حل مشکل کن دارویی را تجویز می‌کند و نامزدش موافقت می‌کند که کاندوم بخرد. این زوج به طور منظم گزارش می‌دهند که به رابطه جنسی ایمن پایبند هستند.

نتیجه‌گیری

روانپزشکان نقش کلیدی در زندگی بیماران دچار اختلالات روانی مزمن و سخت دارند. آنها می‌توانند تمام بیماران و نه فقط آنهایی که به طور مسلم در معرض خطر قرار دارند را متقاعد کنند که به طور کامل ارزیابی خطر دوره‌ای داشته باشند.

آنها می‌توانند مواد آموزشی اچ آی وی را تعمیم دهند، مداخلات کاهش خطر را فراهم کنند و مشاوره‌های پیش و پس از آزمایش را ارائه دهند. آنها همچنین می‌توانند از خط مشی‌هایی که کاهش خطر را تسهیل می‌کند در موسسه‌هایشان حمایت کنند.

برای بیماران روانپزشکی که مبتلا به اچ آی وی هستند، روانپزشکان رابط‌ایده آلی برای دیگر مراقبان پزشکی هستند. آنها می‌توانند پیوستگی را به حد اعلا برسانند، تداخل دارویی بالقوه مضر را به حداقل رسانند و گروه‌های حمایتی را سازمان‌دهی کنند.

از طریق درک شیوع اچ آی وی در بین افراد دچار بیماری‌های روانی مزمن و سخت، روانپزشکان می‌توانند زمانی را که بیماران در معرض خطر قرار دارند را تشخیص دهند و به طور مناسبی با خدمات موثر حمایتی، مشاوره‌ای، پیشگیری و پزشکی مداخله کنند.

منابع

1. BAcuda, S. W. and Sebit, M. B. Serostatus surveillance testing of HIV-I infection among Zimbabwean psychiatric inpatients in Zimbabwe. *Central African Journal of Medicine*, 42 (1996): 254-7.
2. Ayuso-Mateos, J. L., Montanes, F., Lastra, I. et al. HIV infection in psychiatric patients: an unlinked anonymous study. *British Journal of Psychiatry*, 170 (1997): 181-5.
3. Bandura, A. Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. In *Primary Prevention of AIDS: Psychological Approaches*, V. M. Mays, G. W. Albee, and S. F. Schneider, eds., pp. 128-41. Newbury Park, CA: Sage.
4. Broder, S., Merigan, T. C. and Bolognesi, D. (Eds.) *Textbook of AIDS Medicine*. Baltimore: Williams and Wilkins, (1994).
5. Carey, M. P., Carey, K. B. and Kalichman, S. C. Risk for human immunodeficiency virus (HIV) infection among persons with severe mental illnesses. *Clinical Psychology Review*, 17 (1997): 271-91.
6. Chen, C. H. Seroprevalence of human immunodeficiency virus infection among Chinese psychiatric patients in Taiwan. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (1994): 441-2.
7. Chuang, H. T. and Atkinson, M. AIDS knowledge and high-risk behaviour in the chronic mentally ill. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41 (1996): 269-72.
8. Cournos, F. and McKinnon, K. HIV seroprevalence among people with severe mental illness in the United States: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 17 (1997): 259-69.
9. Dasananjali, T. The prevalence of HIV infection among mentally ill offenders in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 77 (1994): 257-60.
10. Fishbein, M. and Ajzen, I. *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: an Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975.
11. Gerbert, B., Bronstone, A., McPhee, S. et al. Development and testing of an HIV-risk screening instrument for use in health care settings. *American Journal of Preventive Medicine*, 15 (1998): 103-13.
12. Goodman, L. A. and Fallot, R. D. HIV risk-behavior in poor urban women with serious mental disorders: association with childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68 (1998): 73-83.
13. Hardy, A. M. National Health Interview Survey data on adult knowledge of AIDS in the United States. *Public Health Report*, 105 (1990): 629-34.
14. Katz R. c., Watts, C. and Santman, I. Aids knowledge and high risk behaviours in the chronic mentally ill. *Community Mental Health Journal*, 30 (1994): 395-402.
15. Kelly, J. A. HIV risk reduction interventions for persons with severe mental illness. *Clinical Psychology Review*, 17 (1997): 293-309

16. Kelly, J. A, Murphy, D. A., Bahr, G. R. *et al.* AIDS/HIV risk behavior among the chronic mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 149 (1992); 886-9.
17. Krakow, D. S., Galanter, M., Dermatis, H. and Westreich, L. M. HIV risk factors in dually diagnosed patients. *American journal on Addictions*, 7 (1998); 74-80.
18. Liberman, R. P., Mueser, K. T., Wallace, C. J. *et al.* Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence. *Schizophrenia Bulletin*, 12 (1986): 631-47.
19. McKinnon, K. and Cournos, F. HIV infection linked to substance use among hospitalized patients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 49 (1998): 1269.
20. McKinnon, K., Cournos, F., Sugden, R. *et al.* The relative contributions of psychiatric symptoms and AIDS knowledge to HIV risk behaviors among people with severe mental illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (1996): 506-13.
21. Naber, D., Pajonk, F. G., Perro, C. and Lohmer, B. Human immunodeficiency virus antibody test and seroprevalence in psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (1994): 358-61.
22. Oquendo, M. and Tricarico, P. Pre- and post-HI V test counseling. In *AIDS and People with Severe Mental Illness: A Handbook for Mental Health Professionals*, F. Cournos and N. Bakalar, eds, pp. 97-112. New Haven, CT: Yale University Press, 1996.
23. Otto-Salaj, L. L., Heckman, T. G., Stevenson, L. Y. and Kelly, J. A. Patterns, predictors and gender differences in HIV risk among severely mentally ill men and women. *Community Mental Health journal*, 34 (1998): 175-90.
24. Otto-Salaj, L. L., Kelly, J. A., Stevenson, L. Y. *et al.* Outcomes of a randomized small-group HIV prevention intervention trial for people with serious mental illness. *Community Mental Health journal*, 37 (2001): 123-44.
25. Rosenberg, S. D., Goodman, L. A and Osher, F. C. Prevalence of HI V, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *American journal of Public Health*, 91 (2001): 31-7.
26. Zamperetti M., Goldwurm, G. F., Abbate, E. *et al.* Attempted suicide and HIV infection: epidemiological aspects in a psychiatric ward. [Abstracts, p.182] *VI International Conference on AIDS*. Los Angeles: American Foundation for AIDS Research, 1990

فصل نهم

روان‌درمانی

پیتر دیروش و کنت سیترون

مقدمه

عفونت HIV چالش‌های متعددی را برای روان‌درمانگران ایجاد می‌کند که می‌تواند توانایی آنها در پاسخ‌گویی به مراجعان را آزمایش کند. متخصصان باید از دانش حرفه‌ای کاملی در مورد مسائلی که بیماران مبتلا به HIV با آن روبه‌رو هستند برخوردار باشند.

در بیشتر موارد، مبتلایان به HIV با دیگر بیماران روان‌درمانی فرقی نمی‌کنند. مهمترین تفاوت این بیماران به شرح زیر است:

۱. امکان تداوم بحران

۲. بی‌اعتمادی نسبت به آینده

۳. طبیعت پیچیده بروز بیماری HIV، درمان‌های ضد ویروسی و عوارض جانبی آنها

۴. واکنش‌های انتقال متقابل^۱ قوی که بیماران نشان می‌دهند

درمانگران باید سعی کنند تا راحت‌ترین شیوه روان‌درمانگری را با نیازهای خاص بیمار مبتلا به HIV سازگار سازند. اگرچه بیشتر اشکال روان‌درمانی برای بیماران مبتلا به HIV مفید هستند، تعیین نوع درمان توسط درمانگر و آشنایی او با شیوه‌های مختلف درمانی روش درمان را مشخص می‌کند.

1 Countertransference reactions

به علت احتمال کشنده بودن بیماری HIV، بیماران با کمبود زمان مواجه هستند که این امر مانند کاتالیزوری برای کار درمان عمل کرده و مدل‌های درمان کوتاه‌مدت را مدل‌هایی ایده‌آل برای این گروه از بیماران می‌سازد. با طی مراحل مختلف بیماری و تغییر نیازها، این بیماران ممکن است برای جلسات متوالی درمانی آمادگی بیشتری داشته باشند. از سوی دیگر، با ظهور HAART، افراد مبتلا به HIV امید به زندگی بیشتری داشته و می‌توانند از بینش و آگاهی به‌دست آمده از روان‌درمانی ادامه‌دار^۱ خود بهره‌جویند.

این بخش از کتاب با استفاده از مطالعات موردی نشان می‌دهد که انواع مختلف روان‌درمانی در چه مرحله‌ای از بیماری به‌طور موثرتری به‌کاربرده می‌شوند؛ چه برای افرادی که در خطر HIV بوده و چه آن‌هایی که HIV مثبت هستند. در واقع، بیشتر درمانگران از رویکرد تلفیقی برای متناسب‌سازی درمان با نیازهای بیمار در دوره‌های مختلف بیماری استفاده می‌کنند.

چه نوع روان‌درمانی برای درمان بیماران مبتلا به HIV مناسب است؟

برخی مقالات استفاده از انواع خاصی از روان‌درمانی کوتاه‌مدت را در بیماران HIV مدنظر قرار داده‌اند. در یک مطالعه، مارکوویتز^۲ و همکاران (۱۹۹۵) نشان دادند که برای بیماران افسرده مبتلا به HIV روان‌درمانی بین فردی برتر از روان‌درمانی حمایتی و حتی درمان شناختی-رفتاری است.

در تحقیق جدیدتری که به مقایسه مداخلات کوتاه با درمان شناختی-رفتاری (CBT)^۳، درمان روان‌پویشی^۴ و مداخله آموزش روانی در گروه‌های مختلف بیماران مبتلا به HIV پرداخت، هر سه نوع درمان موثر بودند؛ اما CBT سرعت بیشتری در درمان داشت. CBT و درمان روان‌پویشی تاثیرات ماندگارتری در پیگیری‌ها نشان دادند (لانته و دیگران، زیر چاپ)

اگرچه هیچ شیوه‌ای به عنوان بهترین روش روان‌درمانی برای افراد مبتلا به HIV شناخته نشده است، روش‌های فردی، زوجی، خانوادگی و گروهی همگی با موفقیت‌های چشمگیری مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

انتخاب روش‌های درمانی بستگی به موارد زیر دارد:

- آموزش درمانگر و مبنای نظری درمان
- در دسترس بودن گزینه‌های مختلف درمان

1 Open-ended

2 Markowitz

3 Cognitive-behavior therapy

4 Psychodynamic

- اهداف درمان
- منابع روانی بیمار
- شرایطی که در دوره بیماری پیش می‌آیند

بحث زیر نمونه‌هایی از شیوه‌های مختلف روان‌درمانی به کار برده شده در شرایط مختلف دوره بیماری را توضیح می‌دهد.

مطالعه موردی: مرد همجنس‌گرای که با مسایل جلوگیری و آزمایش HIV مقابله می‌کند پزشک مراقبت‌های اولیه او را چنین توصیف می‌کند: مالکوم، مرد هم‌جنس‌گرای ۲۹ ساله که در زمینه تبلیغات اشتغال دارد، او سابقه مشکلاتی در روابط طولانی‌مدت و پرهیز از صمیمیت و تعهد داشته است. اغلب تحت تاثیر نیازهای شریک خود برای داشتن صمیمیت جنسی و وقت‌گذرانی زمان با یکدیگر است. همچنین، او درباره ظاهر فیزیکی خود احساس ناراضی می‌کند. از طریق رابطه جنسی به دنبال این بوده است تا "دوست داشته شود و با ارزش شناخته شود". مالکوم از فعالیت‌های جنسی پرخطر مضطرب است و در فرصت‌های مختلف از انجام آزمایش HIV پرهیز نموده است.

مسئولیت درمانگر در نشان دادن رفتارهای پرخطر احتمالی به بیمار چیست؟

همه روان‌درمانگران موظفند رفتارهای پرخطر احتمالی را به بیماران‌شان گوشزد کنند. در مورد همه بیماران، صرف‌نظر از این که آیا آنها در معرض خطر عفونت HIV هستند یا خیر، درمانگر باید پرس‌وجوی دقیقی در مورد رفتارهای جنسی، مصرف مواد مخدر و دیگر خطرات احتمالی عفونت HIV انجام دهد. بیماران می‌بایست در مورد خطرات ابتلا به عفونت HIV آگاهی داده شوند و اطلاعات مناسبی به منظور کاهش خطر ابتلا کسب کنند.

چه مسایلی بر توانایی فرد در برقراری رابطه جنسی سالم تاثیر می‌گذارد؟

با وجود منابع مالی و مراقبت‌های بهداشتی وسیعی که به آموزش افراد در مورد خطرات بالای عفونت HIV اختصاص داده شده‌اند، افراد همچنان روابط جنسی پرخطری دارند. آموزش برای جلوگیری از داشتن روابط جنسی پرخطر و قرار دادن فرد یا شریکش در این خطر به تنهایی کافی نیست.

دلایل زیادی وجود دارد که چرا افراد خود را به خطر می‌اندازند؛ از جمله:

* پس از پیدایش HAART، بسیاری از افراد بر این باورند که HIV یک بیماری مزمن و نه یک بیماری کشنده است. برخی افراد در داشتن رابطه جنسی سالم کوتاهی می‌کنند زیرا احساس می‌کنند که درمان آن در دسترس است.

- افرادی که به مکان‌های خاصی (مانند حمام و سونای ویژه مردان همجنس‌گرا) می‌روند و اقدام به داشتن روابط جنسی پرخطر می‌کنند به عنوان افراد آلوده ولی آگاه از خطرات شناخته می‌شوند. در این موارد، توافق بیان نشده‌ای وجود دارد که اقدام به داشتن روابط جنسی سالم را غیرضروری می‌کند.
- بازداری زردایی تحت تاثیر یک ماده، به عنوان یک عامل، تعیین می‌کند که افراد در موقعیت‌های پرخطر چگونه عمل می‌کنند، و لذا فعالیت جنسی پرخطر را تسهیل می‌کند.
- برای برخی، نگرانی نسبت به HIV می‌تواند موجب بروز روزافزون نفرت به محدودیت‌هایی در مورد رفتار جنسی باشد. بدنبال آن نوعی "فرسودگی" ایجاد می‌شود که منجر به ترک روابط جنسی سالم می‌گردد. بنابراین بر خلاف انتظار، این امر با حس آرامش و کاهش اضطراب همراه است.
- برخی افراد در مورد ادامه رفتارهای بی‌خطر در یک دوره طولانی مدت نوعی احساس پوچی را تجربه می‌کنند. این افراد احساس می‌کنند که ابتلا به این بیماری اجتناب‌ناپذیر است، که موجب می‌شود مراقبت آنها در روابط جنسی کاهش یابد.
- برخی افراد دیگر برای فرار از اضطراب درباره‌ی خطرات ناشی از این روابط دست به انکار می‌زنند. استفاده از کاندوم سبب می‌شود بپذیرند که در حال ریسک کردن هستند. یعنی پاسخ مقابله با هراس^۲ برای دوری از اضطراب استفاده می‌شود.
- برخی افراد از روابط جنسی بدون کاندوم را ترجیح می‌دهند. بسیاری از افراد موانع فیزیکی را به عنوان موانعی در روابط عاشقانه خود قلمداد می‌کنند. برخی استفاده از کاندوم را دوست ندارند. برخی عمل قراردادن کاندوم را مانع خودبخودی بودن رابطه می‌دانند که در طبیعت شهوت‌انگیزی و اشتیاق به تماس اختلال ایجاد می‌کند. برخی معتقدند کاندوم مانعی فیزیکی برای صمیمیت بوده و از لحاظ عاطفی از این نوع رابطه جنسی ارضاء نمی‌شوند.
- گاهی، افراد عمداً خود را در معرض ویروس قرار می‌دهند تا به فردی که می‌خواهند با او صمیمی شوند (یعنی، شریک آینده) یا جامعه‌ایی که می‌خواهند به آن تعلق پیدا کنند (برای نمونه، جامعه مردان هم‌جنس‌گرای مبتلا به HIV) یکسان شوند. برخلاف انتظار، این افراد مبتلا شدن به بیماری را راهی برای معنادادن به زندگی خود قلمداد می‌کنند.

1 Bath houses

2 Counter-phobic response

- برای برخی افرادی که از احساس افسردگی مزمن ناشی از اختلال افسرده‌خویی یا بیماری افسردگی ماژور رنج می‌برند، ابتلا به HIV ممکن است راهی برای فرار یا معادل خودکشی غیرعامل^۱ قلمداد شود.
- نکته‌ای که اغلب در روان‌درمانی زنان و مردان همجنس‌گرای جوان و اقلیت‌های قومی-نژادی دیده می‌شود، ترس از طردشدگی در صورت "نه" گفتن به روابط جنسی ناسالم یا سوال در مورد وضعیت HIV شریکشان است. در این سناریو، نقش قدرت در رفتار جنسی خود را نمایان می‌کند.
- روابط جنسی اغلب فرصتی برای ابراز تعارضات یا احساسات ناخودآگاه آزاردهنده است. برای مثال:

- قربانی سوء استفاده جنسی در کودکی ممکن است به دنبال رابطه جنسی مقعدی با مردان مهاجم باشد. انفعال مربوطه ممکن است منجر به مشکلاتی برای روابط جنسی امن باشد.

- فرد ممکن است احساس مربوطه به تعارضات را تبدیل به رفتارهای تهاجمی کند که ممکن است از عصبانیت‌های ناخودآگاه یا میل ناخودآگاه به کنترل عصبانیت مربوط به خاطرات سوء استفاده جنسی بروز کند. متأسفانه، این احساسات ممکن است به نادیده گرفتن امنیت جنسی شریک تبدیل شود و منجر به اجتناب یا ترک روابط جنسی بی‌خطر توسط آن فرد گردد.

- افرادی که عزت نفس پایینی دارند، کنترل کمی روی زندگی خود دارند. آنها از طردشدن و ترک شدن می‌ترسند. آنها نیاز وابستگی برآورده نشده و مشکل جدی در ورود به بحث درباره روابط جنسی سالم دارند.

- روابط جنسی ناسالم به الگوهای رفتاری خودتخریبی و خودنابودی که حاصل تجربیات دوران کودکی است مربوط می‌شود که باعث به وجود آمدن اعتماد به نفس پایین، عصبانیت و افسردگی مزمن شده است.

به منظور آگاه سازی بیماران نسبت به دلایل رفتارهای پرخطر و ارائه گزینه‌های مختلف در شرایط پرخطر آینده، متخصصان می‌بایست عوامل ناخودآگاه زیرساختی روابط جنسی ناسالم را جستجو کنند.

در زمان اقدام بیمار به رفتارهای پرخطر، درمانگر باید از چه رویکردی استفاده کند؟

روان‌درمانگران می‌بایست از ترکیب حمایت، آموزش و اتحاد درمانی جهت کشف انگیزه‌های بیمار برای رفتارهای پرخطر استفاده کرده و سپس راهی برای مقابله با آنها در نظر بگیرند. در برخی موارد، یک نوع خاص درمان می‌تواند راه‌گشا باشد.

مالکوم از افسردگی درجه پایین مزمن رنج می‌برد و در موقعیت‌های اجتماعی احساس اضطراب دارد. او خود را فرد جالب و جذابی نمی‌داند که باعث می‌شود احساس کند برای دیگران ناپسند و غیر جالب است. برای درمانگر روشن است که این احساسات ریشه در دوران کودکی او دارد. و مالکوم آن را به صورت شرمندگی والدینش از رفتارهای مردانه کم‌وی و فقدان درخشش ورزشی او نسبت به برادرهایش درک نموده است. این احساسات با قلدری‌های حیاط مدرسه و بدنام‌سازی ترکیب شده بود زیرا فکر می‌کردند او رفتارش زنانه است.

نقش CBT در درمان مبتلایان عفونت HIV چیست؟

درمان شناختی-رفتاری بر مبنای این فرض استوار است که علائم بیماری به علت وجود الگوهای معیوب فکری ایجاد شده و تداوم می‌یابند. درمانگر، این الگوها را شناسایی کرده و به شخص کمک می‌کند تا در مورد خود و محیط زندگی اطرافش به گونه‌ای واقع‌بینانه و حمایتی فکر کند. این شیوه اغلب در مورد بیماران مبتلا به HIV مفید است.

مالکوم اعتماد به نفس پایین خود را با اتخاذ شخصیت به ظاهر "فوق‌العاده مردانه" جبران کرده و به دنبال کسب اعتبار از طریق رابطه جنسی می‌باشد. در چنین شرایطی، او قادر نیست به مردانی که خواهان رابطه جنسی ناسالم هستند "نه" بگوید. او برای کنار آمدن با اضطراب اجتماعی خود، به مصرف مشروبات الکلی، مواد روان‌گردان و متآمفتامین روی می‌آورد.

درمانگر با مالکوم کار می‌کند تا درک او از خودش را دوباره شکل دهد؛ این کار با توضیح تفکر خودکار در مورد خودش به عنوان شخصی غیرجذاب انجام می‌شود. همچنین، به او کمک می‌شود تا دریابد چنین تفکراتی از باورهای پایه‌ای او که غیر قابل عشق ورزیدن است سرچشمه می‌گیرند.

در روش CBT، مالکوم از شناخت خود در مورد این مشکلات استفاده می‌کند تا بتواند احساساتش را به افکار خودکار معیوب خودش مرتبط سازد. وی همچنین اختلالات شناختی و شیوه‌های تفکر واقع‌بینانه و متوازن‌تر را شناسایی می‌کند. در این فرآیند، کاهش سطح اضطراب و افسردگی مالکوم را شگفت‌زده می‌کند. مالکوم از طریق آزمایش‌های رفتاری و دیگر تمریناتی که در منزل انجام می‌دهد شیوه‌های تفکر دیگری را در مورد خود و موقعیت‌های اجتماعی‌اش کشف می‌کند. او متوجه می‌شود که بدون استفاده از الکل و مواد مخدر قادر است اضطراب اجتماعی‌اش را کاهش دهد. به علاوه می‌تواند در مورد روابط جنسی سالم به گفتگو و اصرار بیشتری بپردازد.

در این مرحله، مالکوم قادر است به مقاومتش برای آزمایش HIV غلبه کند. درمانگر به او کمک می‌کند اطلاعاتش را در زمینه درمان و فرآیند مثبت‌اندیشی همراه با ترکیب‌های مختلف درمانی به‌روز کند. با استفاده از تکنیک‌هایی که تا این مرحله از درمان می‌آموزد توانایی کشف افکار خودکار و تحریفات شناختی را به دست می‌آورد، اضطرابش کاهش می‌یابد و تصمیم می‌گیرد تا آزمایش دهد.

راهنمایی‌های مشاوره پیش و پس از آزمایش HIV چیست؟

پیوست یک راهنمای استاندارد پیش و پس از آزمایش HIV را ارائه می‌کند. این راهنما به بیماران کمک می‌کند تا همیشه بیشترین کنترل را بر روی آن‌چه که موقعیت اضطراب‌زاست داشته باشند. نتایج آزمایش مالکوم HIV مثبت بود. او دچار اضطراب شدیدی شد که چندین بار به حملات هراس تبدیل شدند.

بلافاصله پس از تشخیص مثبت بودن آزمایش HIV چه نوع مداخلاتی مفید است؟

در بیشتر موارد، درمان بر پایه اصول مداخله در بحران موثرترین شیوه است. هدف این روش کمک به شخص برای بازگشت به مرحله‌ای از عملکرد است که نزدیکترین مرحله به پیش از بیماری است. بدین منظور، روان‌درمانگر شرایط زیر را در نظر می‌گیرد:

- فراهم کردن یک محیط عینی ولی همدلانه^۱ که شخص بتواند به راحتی خود را بروز دهد
- مدیریت نشانه‌های حاد با داروی مناسب
- کمک به فرد در تعیین و تجهیز منابع خود از جمله خانواده، دوستان، جامعه و سازمانهای مذهبی
- اطمینان از این که بیمار اطلاعات درستی از HIV، روند سیر طبیعی آن و گزینه های مختلف درمانی دریافت می کند

مالکوم در درمان بحران خوب عمل می کند. او برای سازگاری با HIV می تواند کارهایی انجام دهد و سعی می کند در شهر دیگری مشغول به کار شود. به روابطش با درمانگر خاتمه می دهد. از نظر درمانگر، مالکوم در تلاش است خود را از احساسات و نگرانی نسبت به HIV دور کند. این حالت با دیدی بسیار خوش بینانه نسبت به آینده همراه است. ترک ناگهانی درمان و تصمیم برای نقل مکان به شهری دیگر نشان دهنده مرحله انکار است.

نقش انکار در زندگی با عفونت HIV چیست؟

انکار سالم^۲ به فرد مبتلا به عفونت HIV این امکان را می دهد که از زندگی خود لذت ببرد. و روی عواقب احتمالی منفی بیش از حد تمرکز نکند. لیکن، این بدین معناست که شخص مراقب نیازهای پزشکی خود است و از دیگران با استفاده از روابط جنسی سالم محافظت می کند. زمانی که فرد مبتلا در روابطی قرار دارد که دیگران را در معرض خطر قرار می دهد ممکن است درمانگر را بر سر دوراهی قرار دهد (به فصل ۱۸ در مورد مسایل قانونی و اخلاقی مراجعه کنید).

دو سال بعد، مالکوم به درمان باز می گردد. او به شهر بازگشته و نمی داند که آیا قادر است به عنوان فرد مبتلا به HIV روابط ارضاکنده و صمیمانه داشته باشد. توجه به هدف، ظرفیت و تمایل روانی او برای همکاری درمانی مناسب، روان پزشک برای او دوره‌ی ۲۰ جلسه‌ای روان درمانی روان پویایی را پیشنهاد می کند که مورد پذیرش مالکوم قرار می گیرد.

1 Empathic

2 Healthy denial

روان‌درمانی روان‌پویشی در درمان فرد مبتلا به HIV چیست؟

روان‌درمانگری روان‌پویشی تلاش می‌کند تا مشکلات بیمار را با استفاده از بررسی علل ناخودآگاه احساسات و رفتارهای مشکل‌ساز مورد مطالعه قرار دهد. در این روش نگرش نسبت به محرک‌های بین فردی مشکل‌ساز و شیوه‌های نگرش نسبت به خود، دیگران و جهانی که فرد در آن زندگی می‌کنند به وضوح تجسم می‌یابد. درمانگران از روش‌های مختلفی برای تسهیل این دید استفاده می‌کنند و درمان قویاً وابسته به شناسایی و استفاده از این روش است. یک درمانگر توجه ویژه‌ای به انتقال و انتقال متقابل^۱ دارد. در این شرایط، مسایل مربوط به HIV اغلب به صورت غیرمستقیم بررسی می‌شوند. در حالی که درمانگر و بیمار به مشکلات اساسی که در توانایی فرد در مقابله با بیماری تاثیرگذار است رسیدگی می‌کنند.

در دوران درمان، مالکوم در مورد تجربیات دوران کودکی خود صحبت می‌کند که در کشتزاری در دشت‌های کانادا بزرگ شد. او به مدت طولانی از جانب پدرش به خاطر "مردانه نبودنش" طرد شده است. پدر او برادرانش را به او ترجیح می‌داد چرا که آنها استعداد ورزشی داشته و در کشاورزی نقش زیادی داشتند. مالکوم بیشتر به مادرش نزدیک بود، به او وابستگی بیشتری داشت و علائق مشترکی با مادرش داشت. او فکر می‌کرد مادرش از هم‌جنس‌گرایی او مطلع است؛ ولی هرگز در این مورد با یکدیگر گفتگو نکرده بودند. او در خانه و مدرسه، به خاطر رفتارهای زنانه‌اش آزار داده می‌شد و در طی دوران کودکی و بزرگسالی، احساس انزوا داشت. در نهایت، زمانی که از احساسات جنسی خود آگاه شد و متوجه شد که همجنس‌گرا است، احساس شرمندگی و بیگانگی در او افزایش یافت. مالکوم الگوی پرهیز از صمیمیت و کناره‌گیری از جامعه را در پیش گرفت تا احساس شرمندگی خود را پنهان سازد. در سن نوزده سالگی، برای تحصیل در دانشگاه به شهر رفت که سرآغاز تجربه جنسی او بود. او از توجهی که در جمع‌های مردان همجنس‌گرا به او جلب می‌شد شگفت‌زده و خشنود بود و دریافت که در چنین مکان‌هایی می‌تواند تمام شرکای جنسی موردعلاقه‌اش را به خود جلب کند. این امر منجر به بی‌بندوباری و کیفیت اجباری در رابطه جنسی شد که محدودیت‌های کمی در با روابط جنسی سالم با

شرکایش در پی داشت. او به منظور کنار آمدن با اضطراب ناشی از رابطه جنسی و اضطراب اجتماعی، به مشروبات الکلی و مواد مخدر رو آورد. با پیشرفت درمان، مالکوم توانست احساسات خود را در مورد انزوا و احساس بی‌ارزشی دوران کودکی خود را شناسایی کرده و مورد بررسی قرار دهد. او قادر به کنترل احساس عصبانیت و ناراحتی خود بود و سپس توانست هر چیزی را همان‌طور که بود بپذیرد. او انگ‌هایی را که در طی زندگی‌اش به وجود آمده بودند کشف کرد و بینش عمیقی در مورد درونی‌سازی هراس از همجنس‌گرایی^۱ و نفرت از خود به دست آورد. چنین بینشی او را شگفت‌زده کرد چرا که برای او رابطه جنسی شیوه‌ای برای مقابله با اعتماد به نفس پایین شده بود. او و درمانگرش درباره طبیعت دفاعی رابطه جنسی و پرهیز از صمیمیت گفتگو کردند. همچنین مالکوم درمی‌یابد که HIV همان احساس عدم پذیرفته‌شدن به‌عنوان یک مرد هم‌جنس‌گرا است و او احساساتش را این‌گونه توجیه می‌کند که این بیماری تنبیهی برای رفتار بد اوست.

در نهایت، مالکوم به روشنی می‌داند که از خودش چه می‌خواهد. او امیدوار است تا فردی را بیابد که بتواند با او رابطه‌ای با احترام متقابل بیشتر برقرار کند، به او اعتماد کند و صمیمی باشد بدون این‌که توقعات منفی موجود در روابط قبلیش را تجربه کند. او می‌خواهد از نسبت‌دادن احساس نفرت و تخریب شخصیت خود به شریکش (در زمان صمیمیت با وی) اجتناب کند.

برخی از مسایل انتقال که ممکن است در درمان پویشی در فرد مبتلا به HIV بروز کند

کدامند؟

از آن جایی که افراد شرح‌حالی طولانی از بدنام‌شدن و به حاشیه رانده‌شدن دارند، ممکن است انتظار تکرار این تجربیات را در طول دوره درمان داشته باشند، به ویژه اگر متوجه شوند که درمانگر پیش‌زمینه متفاوتی دارد. به‌عنوان مثال، یک بیمار مرد همجنس‌گرا که متوجه می‌شود درمانگرش همجنس‌گرا نیست ممکن است تجربیات منفی خود در دنیای حقیقی را به وی نسبت دهد.

از سوی دیگر، یک شخص تنها و ترسیده که خود را با بیماری‌اش تنها می‌بیند ممکن است با توهم نجات‌یافتن وارد فرآیند درمان شود. روان‌پزشک به‌عنوان فردی در نظر گرفته می‌شود که قادر مطلق است و پاسخ‌های خوش‌بختی در دست اوست. این امر می‌تواند منجر به خشم انتقالی و پرخاشگری شود؛ مثلاً اگر بیمار احساس کلافگی نسبت به روان‌پزشک داشته باشد، ممکن است به‌طور ناگهانی به جلسات خاتمه دهد. افراد مبتلا به HIV اغلب احساس می‌کنند کنترل کمی بر زندگیشان دارند و ممکن است این مسایل را به طرق مختلف وارد جریان درمان کنند. برای مثال، ممکن است احساس پوچی (تلاش برای درمان بیهوده است و درمانگر فرد کارآمد و مفیدی نیست) را در خود به‌وجود آورند. گاه، انتقال می‌تواند سبب شود که درمانگر فردی غیرصمیمی و کنترل‌گر قلمداد شود. این امر می‌تواند احساس تنهایی و بیهودگی را فعال سازد که ناشی از تجربیات دوران کودکی است، توسط ترس از زندگی با بیماری HIV فعال می‌شود و به درمانگر انتقال می‌یابد. احساس گناه ممکن است در برخی بیماران ایجاد شود و نگرانی‌هایی هم‌چون گرفتن وقت با ارزش درمانگر، شرمندگی از درمان نشدن و یا سربار روان‌درمانگر بودن به وجود آید.

برخی از مسایل انتقال متقابل پیش‌بینی شده که ممکن است در درمان پویشی بروز کنند

کدامند؟

روانپزشکانی که با افراد مبتلا به HIV کار می‌کنند ممکن است با برخی از مسایل ضدانتقالی برخورد

کنند:

- هراس از همجنس‌گرایی یا دیگر تعصبات قومی-فرهنگی. درمانگران باید میزان هراس از همجنس‌گرایی یا سایر تعصبات کلیشه‌ای عمیق و نژادپرستانه خود را به دقت بررسی کنند تا تأثیرات احتمالی آنها را بر درمان درک کنند.
- نگرش نسبت به تمایلات جنسی و سوء‌مصرف مواد. قضاوت اخلاقی از جانب روان‌پزشکان در مورد رفتارهای جنسی یا چیزی که قبلاً رفتار "ناسالم" نامیده می‌شد هم‌چون رفتارهای جنسی ناسالم یا استفاده از مواد مخدر تزریقی ممکن است مانع روابط همدلانه با مبتلایان به HIV شود.
- نگرانی‌های وجودی. روان‌پزشکان باید مسایل حول محور ترس از مرگ، معنای زندگی، تنهایی و کنترل شخص روی سرنوشت را با دقت بررسی کنند.

- توهمات نجات یا احساسات قادر مطلق. گاهی بیماران وارد روند درمان می‌شوند و این تجربه را به عنوان فرصتی برای نجات یافتن تصور می‌کنند. علاوه بر این، اغلب آنها سابقه‌ای از بیگانگی و بدنامی دارند. این تجربیات به سادگی می‌توانند باعث ایجاد توهم نجات^۱ در مراقبان شود. اگر روان‌پزشکان با این توهمات برخورد نکنند، ممکن است پافراتر از آنچه برای درمان بیمار لازم است بگذارند.
- همزادپنداری^۲. روان‌پزشکان ممکن است با شیوه‌های مختلفی با بیماران مبتلا به HIV همزادپنداری کنند. برای مثال، آنها ممکن است تحت تاثیر غم و اندوه بیمار در مواجهه با یک بیماری جدی یا مرگ قریب‌الوقوع قرار گیرند. روان‌پزشکان مرد هم‌جنس‌گرا ممکن است با احساساتی در مورد خطر ابتلای خویش درگیر شوند یا تجربه بدنامی دیگران ممکن است باعث شود هراس از هم‌جنس‌گرایی درونی آنان سرباز کند. روان‌پزشکان زن ممکن است با خشم بیماری که به وی خیانت شده همزادپنداری کنند. روان‌پزشکان مسن‌تر که با بیماران جوان کار می‌کنند ممکن است احساس سرپرست بودن^۳ کنند و نگران از دست‌دادن بیماری شوند که برای آنان همانند فرزندشان است.
- پوچی درمانی. در برخورد با چنین مسایل پیچیده و احتمال مرگ زود هنگام، گاه روان‌پزشکان ممکن است احساس ناامیدی، ناتوانی، یاس یا بیهودگی کنند. به منظور موثر و مفید بودن، روان‌پزشکان باید درک درستی از معنای درمان برای بیمار داشته باشند و اهداف و نتایج درمان را که اغلب با آن‌چه در روان‌درمانی با آن مواجه هستند متفاوت است بپذیرند.
- گناه. روان‌پزشکان ممکن است به دلیل محدودیت‌های درمان برای کاهش غم و اندوه فرد احساس گناه کنند. این احساس گناه ممکن است همراه با احساس آرامش روان‌پزشک از سالم بودن خود و احتمال عمر بیشتر نسبت به بیمار و جان سالم به در بردن از همه‌گیری HIV باشد.
- ترس از آلودگی. در بین روان‌پزشکان، به خصوص آن‌هایی که ارتباط کمتری با مبتلایان به HIV داشته‌اند ترس از عفونت وجود دارد. در صورتی که روان‌پزشکان درک درستی از منبع

1 Rescue fantasy

2 Identification

3 Paternalistic

این اضطراب غیر منطقی نداشته باشند، از بیمار فاصله گرفته و حس بدنامی را در افرادی که قرار است به آنها کمک کنند افزایش می‌دهند.

- احساس ناشایستگی. با کشف شیوه‌های جدید برای درمان HIV، پزشکان لازم است اطلاعات پزشکی خود را در این زمینه افزایش دهند تا در درمان فرد مبتلا راحت‌تر عمل کنند. روان‌پزشکان ممکن است احساس ناکارآمدی کنند و از درمان مبتلایان به HIV دوری جویند.

مسائل مربوط به پایان درمان در این جمعیت کدامند؟

پایان درمان به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر روان‌درمانی کوتاه‌مدت می‌تواند چالشی برای روانپزشکان باشد. مبتلایان به بیماری HIV آسیب‌پذیرند و از رابطه حمایتی مداوم با روانپزشک خود بهره می‌برند. در این موارد، روانپزشک ممکن است احساس کند پایان درمان امری ظالمانه بوده و به معنای طرد کردن فرد بیمار است. با این وجود، پایان دادن موفقیت‌آمیز رابطه می‌تواند به بیمار احساس اطمینانی بدهد که او قادر به ترک چیزی است. این یک تجربه باارزش برای بیمار محسوب می‌شود زیرا فرآیند سروکار داشتن با یک بیماری کشنده همراه با مجموعه‌ای از پایان‌ها و رهاکردن‌ها است.

چند ماه بعد مالکوم مجدداً با روان‌پزشک تماس می‌گیرد. مالکوم احساس اضطراب شدیدی در مورد وخیم شدن بیماریش دارد زیرا متوجه شده است که بار ویروسی‌اش صد هزار عدد در میلی‌لیتر و تعداد سلول CD4 او به ۲۵۰ سلول در میلی‌متر مکعب کاهش یافته است. او در انتظار بهبود است ولی نگران وضعیت خونی‌اش است. پزشک مراقبت‌های اولیه HIV‌اش مایل است درمان ضد ویروسی بسیار فعال (HAART) را آغاز کند، ولی او مخالف است.

دوسوگرایی چه ارتباطی با زندگی با عفونت HIV دارد؟

دوسوگرایی به صورت "وجود همزمان احساسات و افکار متضاد" تعریف می‌شود. به‌عنوان مثال: "می‌خواهم زندگی کنم اما بخشی از من می‌خواهد بمیرد"، "من ارزش درمان شدن دارم اما احساس گناه می‌کنم زیرا دوستانم در گذشته‌اند". با پیدایش HAART، دستورکار درمانی برای مبتلایان به HIV شامل موارد ذیل است: کمک به آنها به منظور کشف دوسوگرایی نسبت به درمان‌ها، ایجاد امید و به‌دست‌آوردن تعادلی که بتوانند زندگی‌شان را ادامه دهند. در ارزیابی جوانب مثبت و منفی HAART، روانپزشک و بیمار باید با تعدادی از منابع دوسوگرایی روبرو شوند که شامل:

- پذیرفتن بیماری. مصرف داروهای HIV نیازمند مواجهه با انکار شخص است که بیماریش به مرحله‌ای رسیده است که باید از HAART استفاده کند. برای برخی افراد، داروها یادآور این حقیقت هستند که آنها بیمار هستند.
- پیچیدگی رژیم ضدویروسی. پیچیدگی رژیم دارویی و عوارض جانبی احتمالی منجر به دوسوگرایی می‌شود. برخی از داروها هم‌چون افلویرنز ممکن است عوارض جانبی روانی مهمی نظیر رویاهای زنده و احتمال افسردگی در برداشته باشند که می‌تواند برای بیمار بسیار آزاردهنده باشد و در تواناییش در پایبندی به درمان موثر باشد. پیش از تصمیم به شروع درمان با HAART، بیمار می‌بایست فکر کند تا چه اندازه می‌تواند عوارض جانبی آزاردهنده را با هدف سودبردن از این روش تحمل کند. با ظهور عوارض جانبی پیش‌بینی‌نشده، این مساله اغلب باید دوباره بررسی شود.
- ترس از افشاشدن. پیروی از پروتکل دارویی پیچیده بیمار را وادار به افشای بیماریش می‌کند که ممکن است باعث شرمندگی او از این داروها و درمان‌ها شود.
- نیازهای مربوط به پایبندی. به‌منظور جلوگیری از مقاومت ویروسی، درمانگر می‌بایست راه‌کارهایی برای بهبود پایبندی بیمار مشخص کند. این مورد به ویژه برای افرادی که موادمخدر تزریقی استفاده کرده‌اند، افرادی که بیماری‌های روانی جدی و مداوم داشته‌اند و زندگی‌شان معمولی نبوده است بسیار اهمیت دارد. بررسی‌ها نشان داده‌اند بیش از ۹۰ درصد پایبندی برای جلوگیری از ایجاد مقاومت دارویی که شیوه زندگی را بحرانی می‌کند لازم است. برای برخی بیماران، ارزیابی توانایی در پایبندی به درمان منجر به تأخیر در استفاده از HAART می‌شود. این تأخیر تا زمانی که بیماری روانی آنها یا مشکل سوء استفاده آنها بهتر کنترل شود ادامه می‌یابد. درمانگر می‌بایست به بیمار در مورد مسایل اعتماد به نفس کمک کند تا او بتواند از خود دفاع کرده و به درمان پایبند بماند.
- مسایل مربوط به تصویر بدن. افراد آلوده به ویروس HIV که از داروهای ضدویروسی استفاده می‌کنند اغلب مشکلات دیستروفی و دیگر عوارض جانبی ظاهری HIV را تجربه می‌کنند (بخش ۱ در مورد مرور پزشکی ببینید). برخی افراد این تغییرات ظاهری را به‌عنوان از دست دادن یکپارچگی بدن قلمداد می‌کنند که منجر به آسیب خود شیفتگی می‌شود. برای برخی بیماران، این عوارض جانبی آزاردهنده‌تر از خود بیماری است و باعث می‌شود آنها به درمان پایبند نمانند.

- نگرانی در مورد امکان درمان در آینده. برخی بیماران نگرانند اگر درمان را از هم‌اکنون آغاز کنند ممکن است منجر به مقاومت ویروس شده و روی توانایی آنها در یافتن ترکیب موثر در آینده تاثیرگذار باشد.

مالکوم با روان‌پزشکش در مورد مسایل مرتبط با HAART کار می‌کند. زمانی که شروع به از دست‌دادن بافت عضلانی می‌کند، ابتدا از ادامه درمان طفره می‌رود. او رژیم را در پیش می‌گیرد که عوارض جانبی را به حداقل برساند. از آنجایی که تستوسترون سرم او در سطح پایینی قرار دارد، تستوسترون تزریق کرده و با دنبال کردن برنامه ورزشی مناسب به تقویت عضلانی می‌پردازد. پس از چند هفته، احساس بهتری در مورد خود داشته، به برنامه خود پایبند مانده و به‌ندرت دارویی را فراموش می‌کند. در طی چندین ماه، تعداد سلول‌های CD4 او به ۳۵۰ سلول در میلی‌متر مکعب می‌رسد و بار ویروسی او غیرقابل کشف می‌شود. مالکوم جلسات روان‌مانگری را قطع کرده و با شیوه زندگی که انتخاب نموده راحت است. او امیدوار است رژیم دارویی بیماریش را تا زمانی که درمان بهتری برای HIV کشف شود کنترل کند.

مطالعه موردی: فردی که پس از سالها ابتلا برای روان درمانی مراجعه میکند

بث معلمی است که حقوق از کارافتادگی می‌گیرد و ده سال پس از مثبت بودن جواب HIV برای روان‌درمانی مراجعه کرده است. از آنجایی که دوست پسر سابقش بر اثر بیماری ایدز درگذشته است، تست HIV را انجام داده است. پس از شوک اولیه از داشتن این بیماری، او راهی برای ادامه زندگی که بیشتر بر پایه شیوه انکار می‌باشد یافته است.

بث رابطه خوبی با معشوقه‌های قبلیش داشته و با جمعیت مردان هم‌جنس‌گرا پیوندهای محکمی دارد. او همچنین در گروه‌ها و انجمن‌های اجتماعی که به زنان مبتلا به این بیماری کمک می‌کنند حضور فعالی دارد. در طی این سال‌ها، بث دوستان و آشنایان زیادی که به ایدز مبتلا بوده‌اند را از دست داده است. این‌گونه بیان می‌کند که این از دست‌دادن‌ها روی او بسیار تاثیر گذاشته است. مدتی طولانی است که از حضور در مراسم ختم دوستانش دست کشیده است. او اظهار می‌کند که در مقابل این از دست‌دادن‌ها بی‌احساس شده است.

در نیمه دهه ۹۰ میلادی زمانی که HAART رایج شده بود، او شروع به استفاده از درمان ضدویروسی نموده است. از لحاظ پزشکی تا این‌زمان بسیار موفق بوده است با این‌حال از طولانی‌شدن عمرش احساس گناه کرده و از این که این همه وقت زنده مانده است سردرگم است. او خودش را به‌عنوان فردی با اضطراب مزمن که نمی‌داند در طی درمان چه چیزی در انتظار اوست توصیف می‌کند. او می‌خواهد نسبت به درمان ترکیبی‌اش مثبت‌اندیش باقی بماند ولی از این که مانند قبل اشتیاق چندانی ندارد احساس گناه می‌کند و علاقه‌ای به آینده ندارد.

زندگی برایش کسل‌کننده شده است و کمتر چیزی پیش می‌آید که واقعا برایش جذاب باشد و بتواند او را وارد زندگی معنادار کند. از لحاظ اجتماعی کاملاً منزوی است و خودش را آخرین بازمانده گروه و آشنایانی که مبتلا به HIV هستند می‌داند.

چه مسایلی در مبتلایان به HIV که مدت زیادی زنده مانده‌اند به وجود می‌آید؟

برخلاف انتظار، مبتلایانی که مدت زمان زیادی زنده می‌مانند اغلب از این‌که تردید زیادی در مورد وضعیت سلامتی‌شان تجربه می‌کنند متعجب هستند. بسیاری از آنها سال‌ها با حس عدم اطمینان زندگی کرده‌اند تا بیماری خودش را نشان دهد. اغلب آنها اضطراب مزمن داشته و درجات مختلفی از بی‌قراری و فقدان لذت را تجربه کرده‌اند. در سال‌های اولیه بیماری، آنها باید با پیش‌بینی مرگ زود هنگام خود مقابله کنند. با شروع درمان‌های ترکیبی، بیماران می‌بایست زندگی‌شان را با یک بیماری مزمن که زندگی‌شان را تهدید می‌کند تطبیق دهند. تردید ادامه می‌یابد و بیماران اظهار می‌کنند این‌گونه زندگی کردن بسیار مشکل است. با توجه به این واقعیت که فرصت جدیدی برای زندگی به آنها داده شده است، آنها این‌گونه سختی‌ها را به صورت نامتجانس تجربه می‌کنند.

این بیماران در یافتن معنای زندگی مشکل دارند. بسیاری از آنها حقوق از کارافتادگی می‌گیرند و در طی سال‌ها بسیاری از مهارت‌هایشان را از دست داده‌اند. آنها احساس می‌کنند چون فرصتی برای ادامه شغلشان نداشته‌اند به آنها خیانت شده است. از آن جایی که بسیاری از دوستان و همکاران‌شان شاغل هستند، احساس انزوا کرده و به حاشیه رانده می‌شوند.

با داشتن تجربه از دست دادن دوستان و آشنایانی که به علت بیماری HIV در گذشته‌اند و دیگر نمی‌خواهند کسی را در آینده از دست دهند، پیدا کردن دوستان جدید را بسیار سخت می‌دانند. از آن جایی که آنها افراد زیادی را از دست داده‌اند نمی‌توانند سوگواری و غم و اندوه خود را کامل کنند. آنها احساس می‌کنند تحمل خود را از دست داده و دیگر چیزی حس نمی‌کنند. بسیاری از این بیماران احساس گناه از زندگی طولانی‌شان دارند و از این‌که تا این مرحله دوام آورده‌اند شگفت‌زده‌اند.

بسیاری از بیماران، به خصوص مردان هم‌جنس‌گرا در درون جامعه خود احساس به حاشیه رانده شدن دارند. به نظر می‌رسد جامعه و رسانه‌ها توجه کمتری نسبت به بیماری HIV و ایدز دارند. بیماران احساس می‌کنند به کناری رانده شده و منزوی شده‌اند. احساس می‌کنند توسط جامعه‌ای که نمی‌خواهد آسیب‌پذیری آنها را خاطر نشان کند فراموش شده‌اند.

زوجینی که از نظر سرمی ناسازگارند گاه استرس بیشتری تجربه می‌کنند که مربوط به بهبود وضعیت شریک مبتلا به HIV‌شان است. در صورتی که رابطه بین زوجین خوب بوده و شریک HIV منفی به دلایلی غیر از حس وظیفه در رابطه باقی بماند، ممکن است زمانی که قرار باشد این رابطه برای مدت زمان طولانی‌تری ادامه پیدا کند دچار بحران شوند.

نقش روان‌درمانی بین‌فردی^۱ در درمان مبتلایان به HIV چیست؟

روان‌درمانی بین‌فردی (IPT) نوعی روان‌درمانی کوتاه‌مدت بوده و به بیماران کمک می‌کند افسردگی‌ها را به مناسبت‌های مختلف زندگی و تغییرات مربوط به نقش‌های اجتماعی مرتبط کنند. درمانگر به بیمار کمک می‌کند به افسردگی به‌عنوان بیماری نگاه کرده و بتواند در مورد مسایل احساسی سخت زندگی فعلی صحبت کند. در مرحله بعدی، درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا این مشکلات را در قالب چهار گروه از مشکلات طبقه‌بندی کند: سوگ، مناقشه درباره نقش^۲، انتقال نقش^۳ یا ناکارآمدی بین‌فردی^۴. درمانگر استراتژی‌های ویژه‌ای را با تمرکز بر حال و اینجا به کار می‌برد تا با این مشکلات مقابله کند. هر فردی گزینه‌های مختلفی را برای دست‌یافتن به هدف کمک به تغییر شرایط و کاهش نشانه‌های افسردگی استفاده می‌کند. مارکوویتز و دیگران (۱۹۹۵) نشان داده‌اند که IPT شیوه مناسبی برای درمان بیماران مبتلا به HIV و افسردگی است.

در طی ارزیابی مشخص شد بٲ دچار افسردگی شده است. به‌وضوح مشخص است او مشکلاتی در زمینه سوگ و تغییر نقش دارد. درمانگر به او پیشنهاد درمان IPT را می‌دهد و او با ۱۲ جلسه درمان موافقت می‌کند. به او آگاهی داده می‌شود که افسردگی او یک بیماری واقعی بوده و مرتبط با مسایل اندوه و تغییر نقش است. درمان بٲ روی روشن‌نمودن این نکات و حمایت از او در طی روند کشف گزینه‌های مختلف برای شرکت دوباره در شبکه‌های اجتماعی حمایتی متمرکز می‌شود. این فعالیت‌ها به او کمک می‌کند فعالیت‌های پر معنایی انجام دهد. ضمن انجام این کارها، بٲ متوجه می‌شود افسردگیش کم شده و درمان را با حالت خوش‌بینانه‌ای به پایان می‌برد.

بٲ ۸ ماه بعد مجدداً برای درمان باز می‌گردد. او تصمیم گرفته‌بود معنای بیشتری به زندگیش دهد و مجدداً در فعالیت‌های اجتماعی شرکت کند. در حقیقت، می‌خواست به کارش بازگردد. کار معلمیش را ۶ سال پیش زمانی که فکر می‌کرد سلامتی‌ش مهم‌تر است و زمان کمی برای زندگی کردن دارد رها کرده‌بود. تا این زمان از حقوق ازکارافتادگی استفاده می‌کرد که برای زندگیش و هزینه درمانش کافی بود.

1 Interpersonal psychotherapy

2 Role dispute

3 Role transition

4 Interpersonal deficits

چه مسایلی با بازگشت به کار در طول درمان به وجود می‌آید؟

پس از کنار گذاشتن کار برای مدت زمان طولانی، بیماران مبتلا به HIV با مشکلات مهمی روبرو می‌شوند. آیا مهارت‌های خود را از دست داده‌اند؟ آیا در محل کار با تبعیض روبرو خواهند شد؟ آیا با بازگشتن به کار مزایا و درآمدی که از حقوق از کارافتادگی داشته‌اند از دست خواهد رفت؟ زمانی که با بیماری خاصی وارد شغل جدید می‌شوند، آیا واجد شرایط مزایای شغل جدید خواهند بود؟ آیا قادرند هزینه‌های سنگین درمان را بپردازند و می‌توانند از مرخصی برای بیماری استفاده کنند؟ چه اتفاقی خواهد افتاد اگر مجدداً بیمار شده و نتوانند کار کنند؟ چگونه می‌توانند دوباره از خود مراقبت کنند؟ آیا کارفرما می‌تواند آنها را برای دلایل غیر پزشکی کنار گذاشته و بدون هیچ مزایایی رها کند؟

با توجه به انعطاف‌پذیر نبودن برنامه بیمه، ریسک این کار بسیار بالا است و گاهی بیماران خود را در وضعیت از کارافتادگی گرفتار می‌بینند درحالی که هیچ راهی برای بازگشت به کار وجود ندارد.

بث در ماه‌های آتی درمان با این مسایل مواجه می‌شود و در نهایت تصمیم می‌گیرد از تصمیمش در بازگشت به محیط کار صرف‌نظر کند زیرا هنوز در این باره مطمئن نیست. پس از آن، نشانه‌های لپو دیستروفی در او ظاهر می‌شود. با گذشت زمان، لپ‌هایش فرو می‌رود، کتف‌هایش قوزدار می‌شود، پستان‌هایش به طور ناراحت‌کننده‌ای بزرگ می‌شوند و اندازه دور شکمش نیز زیاد می‌شود.

بیماران در زمینه عوارض جانبی بلند مدت درمان HIV با چه مسایلی روبرو خواهند شد؟

درمان HAART اغلب همراه با تغییرات ظاهری بدن همراه است و باعث به‌وجود آمدن حالات تردید در بیماران می‌شود. هنگامی که بیماران مبتلا به HIV شاهد تغییرات فیزیکی خود هستند، اغلب زنگ خطری را احساس کرده، به راحتی به حاشیه رانده شده و بیمار تلقی می‌شوند. برای برخی، درمان بدتر از انتظار مرگ کشیدن است.

درمان HAART همراه با افزایش کلسترول و تری‌گلیسیرید و همچنین دیابت شیرین است که ریسک مرگ زودهنگام ناشی از مشکلات قلبی و سکنه را افزایش می‌دهد. عوارض جانبی باعث می‌شوند بیماران نسبت به درمان‌شان مردد باشند.

درمان بث روی این تردید تمرکز دارد. او گزینه‌هایش را به ویژه گزینه ترک درمان ضدویروسی را مدنظر قرار می‌دهد؛ ولی در پایان تصمیم می‌گیرد به درمان ادامه دهد. او از تغییراتی که در بدنش ایجاد شده

اندوهگین بوده و مسایل عمیق‌تری را در ارتباط با ارزش و عزت خود درک می‌کند. در پایان، به درجه‌ای از پذیرفتن این شرایط رسیده و حس عدم اطمینان را تحمل می‌کند. او بهتر می‌تواند ارزش خود را مستقل از ظاهر فیزیکی‌اش تعریف کند.

در طی آن سال، بار ویروسی او شروع به افزایش می‌کند و تعداد سلول CD4 او کاهش می‌یابد. پروتکل درمانی دیگری را امتحان می‌کند ولی نمی‌تواند حالت تهوع، دل‌پیچه و سردردهای ناشی از آن را تحمل کند. در این مرحله، به‌طور جدی در مورد قطع درمان ضدویروسی فکر می‌کند.

زمانی که درمانگر با بیماری که تصمیم به پایان درمان HAART گرفته روبه‌رو می‌شود باید چه مسایلی را مدنظر قرار دهد؟

بسیاری از بیماران پیشروی بیماری در ضمن درمان‌های ترکیبی را یک شکست شخصی تلقی می‌کنند. گاهی این حالت شدت یافته و احساس می‌کنند عزیزان‌شان و یا حتی افرادی که تاکنون در گذشته‌اند را ناامید کرده‌اند. برخی بیماران احساس می‌کنند دیگر بیمارانی که با بیماری مشابه دست‌وپنجه نرم می‌کنند از آنها دوری می‌نمایند زیرا آنها بیان‌کننده آسیب‌پذیری‌شان هستند. پیشرفت بیماری اساساً با انکار روبرو می‌شود. زمانی که بیمار تصمیم به قطع درمان می‌گیرد، درمانگر نگران انگیزه این تصمیم است. او می‌خواهد مطمئن شود:

- تصمیم براساس اطلاعات به‌روز است
- تصمیم تأثیر گرفته از اختلال شناختی، روان‌پریشی، یا سندروم‌های درمان‌شونده افسردگی نیست
- بیمار از مزایا و مضرات تصمیم کاملاً آگاه است
- این تصمیم رفتار خودکشی محسوب نمی‌شود

بث گرفتار عوارض جانبی درمان است و درنهایت تصمیم به توقف درمان می‌گیرد. او برخی نشانه‌های افسردگی را دارد ولی به‌نظر می‌رسد این افسردگی با تضعیف روحیه ناشی از عوارض جانبی مرتبط است. هیچ نشانه‌ای از اختلال شناختی یا روان‌پریشی ندارد. درمانگر او با پزشک معالجش صحبت می‌کند. پزشک معتقد است به‌خاطر مقاومت زیاد گونه‌ی ویروسی او، پروتکل

درمانی فعلی آخرین شانس وی می‌باشد. در طی ماه‌های بعد، بٹ احساس بهتری دارد و تصمیم می‌گیرد روان درمانی را متوقف کند. چند ماه بعد دوباره بٹ برای درمان باز می‌گردد درحالی‌که این بار در مورد این حقیقت که تعداد سلول‌های CD4 اش به کمتر از ۱۰۰ سلول در میلی‌مترمکعب رسیده بسیار ناراحت است. او متوجه شده در مقابل این بیماری آسیب‌پذیرتر شده است. او ذهنش درگیر مرگ است و با ایجاد کوچکترین نشانه‌ها دچار اضطراب شدیدی می‌شود. برای مثال، در طی یک سرماخوردگی ساده تلاش می‌کند فعالیت‌هایش را افزایش دهد تا احساس امنیت داشته باشد. دائما این نگرانی را دارد در صورتی که تنها باشد خواهد مرد. بسیار احساس تنهایی و ترس می‌کند و کنترل کمی بر اتفاقاتی که برایش می‌افتد دارد. بٹ با اعتقادات کلیسای کاتولیک بزرگ شد ولی سال‌ها پیش از دین سازمان یافته ناامید شد.

مسائل اعتقادی که فرد مبتلا به HIV با آن روبرو می‌شود کدامند؟

هر بیماری که با مرگ روبرو خواهد شد با نگرانی‌های وجودی دست‌وپنجه نرم می‌کند. در افراد مبتلا به HIV، احساس تنهایی به دلیل سال‌ها کشمکش با بدنامی و انزوا وخیم‌تر شده است. کنترل هم یکی از نگرانی‌های اصلی این بیماران است زیرا اغلب احساس می‌کنند کنترل کمی روی بیماری‌شان دارند. بیشتر بیماران احساس می‌کنند زندگی شاد به آنها خیانت کرده یا فکر می‌کنند به‌خاطر نحوه زندگی که انتخاب کرده‌اند یا نوع روابط جنسی‌شان تنبیه می‌شوند. برای بسیاری از آنها دریافتن معنای زندگی کشمکش مهمی است. افراد مبتلا به HIV اغلب در سنین پایین متوجه بیماری‌شان می‌شوند و اغلب توانایی کارکردن یا بازگشتن به محیط کار را ندارند. فرزندان ندارند که به آنها امیدوار باشند و با تنهایی مقابله کنند. آنها احساس می‌کنند از آن جایی که از این موارد محروم بوده‌اند، زندگی برایشان معنای بسیار کمی دارد. بسیاری از آنها تجربه‌ای از زندگی ندارند که با آن معنای شخصی از زندگی داشته باشند. کشمکش با قطعیت مرگ در این مرحله تکاملی زندگی مشکل بوده و ترس از مرگ به عنوان نگرانی وجودی چالش خاصی را پیش روی آنها قرار می‌دهد. نگرانی‌های اعتقادی در وسیع‌ترین مفهومش اغلب برای بیماران HIV برجسته می‌شود. بسیاری از آنها احساس خشم در مقابل انجمن‌های مذهبی دارند. در مورد مردان هم‌جنس‌گرا این مساله بیشتر مرتبط با عدم پذیرش هم‌جنس‌گرایی در مذهب است. این محرومیت به جدایی از قید و تعهد از مفهوم خدا و زندگی پس از

مرگ گسترش داده می‌شود. از سوی دیگر، مواجه شدن با احساس گناه باقی‌مانده حس تردید به ویژه زمانی که بیمار پیش‌زمینه اعتقاد به ارتودکس یا تعصبی بودن را دارد بسیار شایع است. هم‌جنس‌گرا هراسی یا خودسرزندی درونی شده برای شیوه زندگی بی بند و بار ممکن است ظهور پیدا کند که می‌بایست شناخته شده و مداوا گردد.

همانگونه که بث در مورد احساسش از بیگانگی با کلیسا صحبت می‌کند متوجه می‌شود طرد آن‌چه که آن را به‌عنوان زن‌ستیزی تجربه کرده است مانع رابطه‌اش با آفریننده و خدای متعال نیست. او همچنان مردد است با این حال گاهی کابوس‌هایی در مورد جهنم می‌بیند. با مرور زمان خودبه‌خود از خودش به‌عنوان شخص خوبی یاد می‌کند و در حقیقت معتقد است شایسته مراقبت و عشق از جانب خداوند بخشنده می‌باشد.

بث به مدیتیشن و یوگا علاقه‌مند شده و شیفته مفهوم بودیست درمورد بودن در لحظه، پذیرش و عشق می‌شود. در طی مدیتیشن، به طرز چشمگیری می‌تواند اضطرابش در مورد بیماری را کاهش داده و از فعالیت روزانه لذت ببرد. زمانی که بث به خودش این اجازه را می‌دهد که از کمک‌هایی که دوستان و خانواده به او پیشنهاد می‌دهند استفاده کند، احساس تنهایی کمتری می‌کند. علاقه بیشتری به خواهرزاده‌ها و برادرزاده‌هایش پیدا کرده و متوجه می‌شود در زمانی که حالش خوب است با نگهداری از فرزندان خواهرش می‌تواند کمک بزرگی برای او باشد. زمانی که به تکالیف بچه‌ها رسیدگی می‌کند متوجه می‌شود تجربیات سال‌های تدریسش برای آنها مفید است. او درمی‌یابد افرادی در زندگیش وجود دارند که او را دوست داشته و داشتن رابطه با آنها می‌تواند زندگی را برای او پر معنا کند. بالاخره می‌شنود وجود او با روحیه شوخ طبعی‌اش برای دیگران لذت بزرگی است و همچنین شجاعتش برای آنها الهام‌بخش است.

با گذشت زمان، وضعیت سلامت بث رو به وخامت می‌رود. مبتلا به بیماری PCP می‌شود که کاملاً درمان می‌گردد؛ اما دیگر قادر نیست توانش را بازیابد. وضعیت شناختی او رو به وخامت رفته و درمانگرش از مقدار وزنی که هر هفته از دست می‌دهد متعجب است. در طی بیشتر جلسات روی صندلی خوابش می‌برد و در پتویی که درمانگرش روی کاناپه می‌اندازد پیچیده می‌شود.

درمانگرش نگران است که شاید بث برای حاضر شدن در جلسات تحت فشار است اما خواهرش معتقد است بث این جلسات را فوق‌العاده باارزش می‌داند.

روان‌درمانگران چه نگرانی‌هایی در مواجهه با مرگ قریب‌الوقوع دارند؟

زمانی که درمانگر با مرگ قریب‌الوقوع بیمار روبه‌رو می‌شود احساس انتقال متقابل بر او غالب می‌گردد. درماندگی، ناامیدی و پوچی درمانی خود را نمایان می‌کنند. مشکلاتی که بیمار و درمانگر با آن روبرو هستند ممکن است دیگر سخت نباشد؛ ولی شیوه برخورد با آنها ممکن است آشکار نباشد. در چنین شرایطی، بدون تکنیک‌های کارآمد، یک درمانگر ممکن است احساس بیهودگی و ناشایستگی کند که می‌تواند منجر به احساس گناه شود. این احساس می‌تواند خود را در قالب ترس از سرایت بیماری نشان دهد یا فرد بیمار را از لحاظ فیزیکی زنده کند. به منظور ادامه کار با بیمار به نحو موثر، درمانگر می‌بایست این تجربیات و احساسات همراه آن را مورد بررسی قرار دهد. ممکن است لازم باشد که او در فقدان بیماری که تا این لحظه همراهش بوده است سوگواری کند.

با حمایت هم‌تایان، درمانگر این احساسات را درک کرده و با مرگ قریب‌الوقوع بث کنار می‌آید. همچنین او با احساسات قدرت مطلق بودن و گناه در مورد بث مقابله می‌کند. این احساس جداشدن به روانکاو کمک می‌کند بیشتر در کنار بث باشد.

کبد بث از کار می‌افتد و در نهایت زمین‌گیر می‌شود. درمانگرش تصمیم می‌گیرد هر هفته او را ملاقات کند. به صحبت‌های بث در مورد ترس از مرگ گوش می‌دهد و او را تشویق می‌کند خاطراتش را در طول زندگی مرور کند و به شناخت مسایل بین فردی بپردازد. درمانگرش می‌تواند به خواهر و دوستان بث که مرتباً به ملاقات او می‌آیند کمک کند.

مفاهیم روان‌درمانی در زمان انتقال به محل سکونت بیمار کدامند؟

ماهیت درمان در زمانی که به منزل بیمار منتقل می‌شود تغییر می‌کند. اگر چه مولفه حمایتی درمان ممکن است برجسته‌تر شود، درمانگر نباید فرصت استفاده از روان‌پویشی را از دست دهد. درمانگر باید از اهمیت حضورش در منزل برای بیمار آگاه باشد و محدودیت‌ها را بشناسد؛ در عین حال، می‌بایست رفتاری انعطاف‌پذیر داشته باشد.

زمانی که درمان به مرحله منتقل شدن به منزل بیمار می‌رسد، درمانگر می‌بایست در مورد حضور یا عدم حضور پرستار در فرآیند درمان از بیمار سوال کند. پرستاران اغلب نگرانی‌های زیادی دارند و می‌توانند از حمایت و اطلاعات درمانگر بهره ببرند.

درمانگرانی که با انتقال بیماران به منزل احساس راحتی نمی‌کنند باید این احساسات را پذیرفته و به گروه‌های امدادرسان مناسب مراجعه کنند.

پس از مرگ بٲ، خواهر او به درمانگر مراجعه و بیان میکند دوره درمان برای بٲ مفید بوده است. احساس نگرانی و افسردگی او بهبود یافته و در روابطش با دیگران راحت بود. خواهر بٲ احساس می‌کند در نتیجه درمان دوستان او بیشتر در کنارش بودند و به او محبت کردند. تغییر رفتار بٲ روی زندگی اطرافیانش نیز تاثیرگذار بوده است.

نتیجه گیری

روان درمانگرانی که با افراد مبتلا به HIV کار می‌کنند دایما بیان می‌کنند این بیماران پیشرفت‌های خوبی داشته‌اند. عملکردهای بالینی نشان داده‌اند که هر درمان روانی که به درستی تجویز و استفاده شده باشد می‌تواند به هر فرد در دوران بحران، در تصمیم‌گیری‌های مهم، در پیگیری دید و کار بر روی احساسات، رفتارها و الگوهای بین‌فردی مشکل‌ساز کمک کند. افراد مبتلا به HIV بسیار در معرض خطر هستند و اغلب برای درمان انگیزه دارند. برای بسیاری از افراد، ابتلا به HIV کاتالیزوری برای این کار است. زندگی کردن و مردن با HIV فرصتی برای کار روی مشکلات درونی و بین‌فردی فراهم می‌کند. اگرچه این کار برای درمانگران مشکلاتی دربردارد، از امکان ایجاد رضایت‌مندی بالایی برخوردار است.

منابع

1. Markowitz, J., Klerrnan, G. and Perry, S. Interpersonal psychotherapy of depressed HIV-positive outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 42 (1992): 885-90.
2. Weiss, J. J. Psychotherapy with HIV-positive gay men: a psychodynamic perspective. *American Journal of Psychotherapy*, 51(1997): 31-44.
3. SUGGESTED READING
4. Blechner, M. *Hope and Mortality: Psychodynamic Approaches to AIDS and HIV*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1997.
5. Cartwright, D. and Cassidy, M. Working with HIV/AIDS sufferers: "When good enough is not enough". *American journal of Psychotherapy*, 56 (2002): 149-66.

6. DeRoche, P. Psychodynamic psychotherapy with the HIV-infected patient. In *Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I)*, J. P. Barber and P. Crits-Christoph, eds., pp. 420-43. New York: Basic Books, 1995.
7. Harrison, G. *In the Lap of the Buddha*. Boston, MA: Sharnbhala, 1994.
8. Markowitz, J., Klernnan, G., Clougherty, K. et al. Individual psychotherapies for depressed HIV-positive patients. *American journal of Psychiatry*, 152 (1995): 1504-09.
9. Schaffner, B. Modifying psychoanalytic methods when treating the HIV-positive patient. *journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 25 (1997): 123-41.

فصل دهم

HIV و اختلالات مربوط به مصرف مواد

فابریزو استاراکو، آنونزیانا سیافرون و گوزپ نادینا

مقدمه:

استفاده از مواد، خطر ابتلا به عفونت HIV را شدیداً افزایش می‌دهد. در واقع، در کشورهای صنعتی غربی، استفاده‌کنندگان مواد و همسران آنها بیشترین مبتلایان به عفونت HIV به حساب می‌آیند. (جدول ۱۰.۱).

مصرف کنندگان مواد، عفونت HIV را در نتیجه مستقیم مصرف (یعنی با سوزن‌های مشترک و یا لوازمی که برای تزریق استفاده می‌شود) یا بطور غیر مستقیم (یعنی از طریق رابطه جنسی غیرایمن تحت تاثیر الکل یا مواد) کسب کرده یا انتقال می‌دهند (جدول ۱۰.۲).

طبق گزارش UNAIDS (۲۰۰۰) "اکثر این عفونت‌ها قابل جلوگیری بودند." برنامه‌های پیشگیری که روابط جنسی امن‌تر را ترویج می‌دهند و درمان دارویی متفکرانه‌ای ارائه می‌کنند، از جمله تامین متادون و خدمات تعویض سوزن در کاهش خطر ابتلا به عفونت HIV موثر واقع شده‌اند.

مصرف مواد نیز یک عامل خطر در پیشرفت بیماری است. مصرف کنندگان مواد اغلب با رعایت یک رژیم درمانی پیچیده‌ی ضدتروویروسی مشکل پیدا می‌کنند، و برخی از موادی که آنها استفاده می‌کنند ممکن است روی اثردهی درمان‌شان اثر بگذارد.

بیمارانی که از مواد استفاده می‌کنند بایستی دقیقاً از نظر الگوی مصرف و مشکلات فیزیکی، روانی و اجتماعی بررسی شوند. روان‌پزشکان می‌توانند نقش کلیدی در تنظیم ارزیابی‌های چند تخصصی و برنامه‌ریزی متناسب با مداخله‌ی اعتیاد داشته باشند.

مطالعه موردی: زنی با سرولوژی مثبت HIV و اعتیاد به هروئین

سیمونا، زنی ۲۵ ساله با ۸ سال سابقه سرولوژی مثبت HIV است که با رعایت رژیم درمان ضد رتروویروسی تجویز شده خود مشکل دارد. پزشک معالج او را به یک روان پزشک ارجاع می‌دهد. در طول مصاحبه روان پزشک در می‌یابد که سیمونا از کودکی رفتار سرکشی داشته و قادر به قبول مقررات چه در منزل و چه در مدرسه نبوده است. وقتی که او ۱۵ ساله بود پدرش که بسیار به وی وابسته بود بیماری سرطان گرفت. در همان زمان او با مردی که از خودش بسیار بزرگتر بود آشنا و از طریق او مصرف مواد را شروع کرد. پس از مرگ پدرش، سیمونا مصرف خود را افزایش داد و به همین دلیل به استفاده از سوزن مشترک و روسپی‌گری روی آورد. در نتیجه این رفتارها او به HIV مبتلا شد.

هنگامی که او تشخیص HIV را دریافت کرد، به مرکز متادون درمانی مراجعه کرد، اما قادر به تغییر سبک زندگی خود نبود. با وجود افزایش تدریجی دوز روزانه متادون تا ۶۰ میلی گرم، او نتوانسته است مواد را کنار بگذارد. او به مصرف مواد ادامه می‌دهد. معمولاً هروئین، ولی گاهی هم کوکائین و بنزودیازپین مصرف می‌کند. وقتی که این مواد را استفاده می‌کند، او نمی‌تواند رژیم درمانی HIV خود را نگه دارد. او از خطراتی که در مواظبت نکردن از سلامت خود او را تهدید می‌کند کاملاً آگاهی دارد، ولی چنین به نظر می‌رسد که او قادر به ترک مواد نیست. حتی او از مادرش خواهش کرد که او را در خانه حبس کند ولی نتوانست بیشتر از دو روز طاقت بیاورد. سیمونا نگران تغییرات فیزیکی خود در اثر پیشرفت بیماری HIV است که او را از داشتن یک زندگی اجتماعی خوب محروم می‌سازد.

بر اساس ارزیابی بالینی، تشخیص روانپزشک برای سیمونا اختلال شخصیتی است. او از نشانه‌های ترک رنج می‌برد به ویژه روزهایی که باید داروهای ضد رتروویروسی مصرف کند. او نشانه‌های ترک را مربوط به درمان ضد رترو ویروسی می‌داند و این باعث می‌شود که او دوباره مواد مصرف کند که باعث می‌شود داروهای ضد رتروویروسی خود را مصرف نکند.

جدول ۱۰.۱ آمار HIV/AIDS و راه‌های اصلی انتقال (UNAIDS، ۲۰۰۰)

منطقه	بزرگسالان و کودکانی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند	راه‌های اصلی انتقال برای کسانی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند.
کشورهای جنوب صحرائی آفریقا	۲۴/۵ میلیون	رابطه‌ی جنسی با غیر همجنس
شمال آفریقا و خاورمیانه	۲۲۰/۰۰۰	رابطه‌ی جنسی با غیر همجنس و مصرف تزریقی مواد
جنوب و جنوب شرقی آسیا	۵/۶ میلیون	رابطه‌ی جنسی با غیر همجنس و مصرف تزریقی مواد
آسیای شرقی و پاسفیک	۵۳۰/۰۰۰	رابطه‌ی جنسی با غیر همجنس و مصرف تزریقی مواد/رابطه جنسی مرد با مرد
آمریکای لاتین	۱/۳ میلیون	غیرهمجنس‌گرایی و مصرف تزریقی مواد و رابطه جنسی مرد با مرد

منطقه	بزرگسالان و کودکانی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند	راه‌های اصلی انتقال برای کسانی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند.
کارایب	۳۶۰/۰۰۰	رابطه‌ی جنسی با غیر همجنس و رابطه جنسی مرد با مرد
اروپای شرقی و آسیای مرکزی	۴۲۰/۰۰۰	مصرف تزریقی مواد
اروپای غربی	۵۲۰/۰۰۰	رابطه جنسی مرد با مرد و مصرف تزریقی مواد
آمریکای شمالی	۹۰۰/۰۰۰	رابطه‌ی جنسی با غیر همجنس و مصرف تزریقی مواد و رابطه جنسی مرد با مرد
استرالیا و نیوزلند	۱۵/۰۰۰	
جمع کل	۳۴/۳ میلیون	

جدول ۱۰.۲ بیشترین موادی که مورد سوء مصرف قرار گرفته‌اند و رابطه آن با عفونت HIV

ماده	اثر مطلوب	اثر نامطلوب	ارتباط با HIV
الکل	خوشحالی _ سبکی	اضطراب، افسردگی، تحریک پذیری، بی‌خوابی، بی‌اشتهایی	رابطه جنسی غیر ایمن، خشونت جنسی
مخدرهای تریاکی	تسکین درد احساس آرامش _ کاهش دلهره	تهوع، استفراغ، تنگی نفس، تغییر سیستم عصبی غدد	اشتراک سوزن
کوکائین و کراک	خوشحالی، افزایش توان، بیش‌فعالی، حساسیت بین فردی، تقویت قوای جنسی	انقباض عروق قلبی، اختلال در عملکرد قلب، حملات هراس، حملات اضطراب، بی‌اشتهایی، شکاک	رابطه جنسی غیر ایمن، خشونت جنسی، اشتراک سوزن
ماری جووانا	خوشحالی، پرحرفی، احساس سرخوشی، جریان سریع افکار	اضطراب (به ندرت)	هیچ رابطه ثابت شده‌ای ندارد
MDMA و دیگر محرک کننده‌ها	افزایش درون‌گرایی و صمیمیت	تریسوس، دندان قروچه، بی‌قراری، اضطراب، کاهش اشتها، کاهش ضربان قلب، تپش قلب، خشکی دهان، بی‌خوابی	رابطه جنسی غیر ایمن

استراتژی کاهش آسیب چیست؟

درمان سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد یک فرآیند درازمدت است. اغلب مصرف‌کنندگان یا نمی‌خواهند یا نمی‌توانند مصرف مواد را متوقف کنند. در چنین مواردی، هدف اصلی درمان کاهش ریسک ابتلا به عفونت HIV و کاهش تاثیرات منفی اجتماعی سوء مصرف مواد است (یعنی: کاهش آسیب). پیامدهای آسیب‌زستی سوء مصرف مواد به ندرت ناشی از تاثیر خود مواد است و معمولاً ناشی از روش مصرف و حضور ناخالصی‌های آنهاست.

نمونه استراتژی‌های کاهش آسیب شامل موارد زیر است:

- تأمین وسایل تزریق استریل (خدمات تعویض سوزن)
- تأمین درمان با متادون که باعث کاهش مصرف مواد مخدر و بنابراین کاهش ناخالصی‌ها می‌شود و به فرد کمک می‌کند تا به مصرف خوراکی روی بیاورد و از این طریق خطرات مربوط به تزریق را کاهش دهد.
- تجویز هرویین تحت کنترل شدید پزشکی که باعث کاهش خطرات مربوط به تجویز و همچنین ناخالصی‌ها می‌شود. یک برنامه ملی درسوییس موثر بودن این روش را در افرادی که برنامه‌ی سنتی درمان متادون بی‌تاثیر بود به خوبی نشان داد. برنامه‌های مشابهی هم در کشورهای هلند، آلمان، و اسپانیا در حال اجراست.

دوز کافی متادون تا چه اندازه مهم است؟

سوءاستفاده مواد مربوط به سبک زندگی غیرعادی است که به نوبه خود به مصرف‌کننده اجازه کسب مهارت‌های رفتاری که مورد نیاز مدیریت یک رژیم درمانی پیچیده مانند HAART را نمی‌دهد. بیمارانی که دوز کافی متادون را دریافت می‌کنند با احتمال بیشتری درمان را ادامه می‌دهند، مواد مخدر کمتری استفاده می‌کنند و از زندگی باثبات برخوردار می‌شوند. به طور کلی کمتر از ۴۰ میلی‌گرم متادون در روز یک دوز پایین محسوب می‌شود. اکثر کسانی که سوء مصرف هرویین دارند نیاز به دوز روزانه بین ۵۰ تا ۱۰۰ میلی‌گرم دارند. (دول، ۱۹۸۹؛ کلب، ۱۹۸۹؛ بال و راس، ۱۹۹۱). اما به هر حال عوامل متعددی ممکن است روی متابولیسم متادون و در نتیجه اثرگذاری آن تاثیر داشته باشند از جمله بیماری‌های مزمن (به ویژه بیماری‌های مربوط به کبد)، حاملگی، و دیگر درمان‌های دارویی (به مطلب زیر توجه کنید).

روانپزشک پیشنهاد می‌کند که سیمونا دوز متادون خود را کم‌کم از ۶۰

میلی‌گرم در روز به ۸۰ میلی‌گرم افزایش دهد و وقت ملاقات دیگری را برای

او تنظیم می‌کند. وقتی که سیمونا بعد از ۱۵ روز برمی‌گردد؛ بسیار آراسته است و موهای خود را کوتاه کرده است. او حس بهتری دارد و درمان ضد رتروویروسی خود را رعایت می‌کند و مراقب سلامت فیزیکی خودش است. اما هنوز بطور کامل مصرف مواد را کنار نگذاشته است. او دیگر کوکابین مصرف نمی‌کند و مصرف هرویین خود را کاهش داده است ولی هنوز هم از بنزودیازپین‌ها استفاده می‌کند تا بتواند نشانه‌های ترک را که معمولاً بعد از ظهرها اتفاق می‌افتاد تحمل کند.

چگونه درمان ضد رترو ویروسی روی متابولیسم متادون تاثیر می‌گذارد؟

داروهای ضد رتروویروسی زیادی می‌توانند روی متابولیسم متادون تاثیر بگذارند. متادون عمدتاً به وسیله سیتوکروم P450 CYP3A4 و گلوکوکورونیداسیون متابولیزه می‌شود. زیر-آنزیم‌های CYP2D6, 2C9, 2C19 هم تاثیرات سوخت و سازی کوچکی دارند. پژوهشگران تداخلات دارویی را مستندسازی کرده‌اند به ویژه در مورد آنالوگ‌های غیرنیوکلئوزیدی (NNRTIs) نویراپین و افویرنز، و مهارکننده‌های پروتياز (PIs) رتیوناویر، نل فیناویر، آمپرناویر، ولوپیناویر یا رتیاناویر. این عوامل ممکن است سطح پلاسمای متادون را کاهش دهند. در بیمارانی که روی درمان متادون هستند، شروع یکی از این عوامل ممکن است منجر به شروع نشانه‌های ترک شود که فقط می‌تواند با افزایش قابل توجه دوز متادون کنترل شود.

روانپزشک توصیه می‌کند که دوز روزانه متادون سیمونا به ۱۰۰ میلی‌گرم افزایش پیدا کند. طی ۷ روز بعد، نتیجه آزمایش سم‌شناسختی سیمونا منفی است. اما او نمی‌تواند مدت زیادی جلوی خودش را بگیرد. دو هفته بعد، او گزارش می‌دهد که دوباره مصرف هرویین را آغاز کرده و استفاده متادون و داروهای ضد رتروویروسی را متوقف نموده است.

آیا درمان ضد رتروویروسی تاثیر بر متابولیسم مصرف تفریحی مواد دارد؟

تداخل بین موادی که تفریحی مصرف می‌شوند و عوامل ضد رتروویروسی (به ویژه NNRTIs, PIs) گزارش شده‌اند و می‌توان بر اساس راه‌های سوخت و ساز شناخته شده‌ی این مواد آنها را پیش‌بینی نمود. برخی از این تداخلات بطور بالقوه می‌توانند مرگ‌آور باشند. به همین خاطر، مهم است که بیماران :

- اهمیت گزارش مصرف تفریحی مواد را به پزشک خود بدانند.
- از آزمایش مواد جدید بدون هماهنگی با متخصص HIV جداً خودداری کنند.

جهت اطلاعات بیشتر در مورد تداخلات بالقوه بین ضدترتروویروسی ها و مصرف یا سوء مصرف مواد بصورت تفریحی به فصل ۳ جدول ۳.۴ مراجعه کنید.

آیا وجود همبودی بیماری روانی می تواند بر توانایی بیمار برای پایبندی به درمان تاثیر بگذارد؟

درمان بیماران سرولوژی مثبت HIV وقتی که بیمار همبودی اختلال سوء مصرف مواد یا اختلال شخصیتی داشته باشد بطور خاصی مشکل می شود. چنین شرایطی با ضعف پایبندی به درمان و نتیجه نامطلوب ارتباط دارد. بیماران با تشخیص سه گانه (عفونت HIV، سوء مصرف مواد، و اختلال شخصیتی) نشان دهنده تضعیف:

- خودپنداره (سیستم پویای باورها، نگرش ها و نظرات آموخته شده ای که هر شخص نسبت به خود دارد).
- خودکارآمدی (توانایی یا شایستگی مواجهه با چالش ها)
- مهارت های سازگاری (مهارت های لازم برای مواجهه با موقعیت های دشوار و خوشبین بودن درباره آینده).

روانپزشک توصیه می کند تا دوز متادون روزانه سیمونا به ۱۲۰ میلی گرم افزایش یابد و به او پیشنهاد رفتاردرمانی و به بستگان او مداخله ای آموزش روانی می دهد.

در پیگیری ۶ ماهه، سیمونا نشان می دهد که می تواند بهتر از خود مواظبت کند. ظاهر فیزیکی او بهبود یافته و او دوباره کتاب خواندن را شروع کرده است. او و مادرش بهتر با هم کنار آمده اند او تصمیم گرفته که یک دوره مهارت های کامپیوتری ببیند و در جستجوی کار است. در خصوص مصرف مواد، او گاهی اوقات وسوسه می شود ولی می تواند آن را کنترل کند.

مدل های مراقبتی برای افراد با تشخیص دوگانه یا سه گانه کدامند؟

بیمارانی که دارای تشخیص دوگانه یا سه گانه هستند ممکن است کمک های حرفه ای از طرف مراکز سلامت متعدد برایشان گیج کننده باشد. درمان بایستی با نیازهای آنها مطابقت داشته باشد. سه مدل مختلف مراقبت استفاده شده است:

درمان سری، درمان موازی، درمان یکپارچه.

- در مدل درمان سری، یک درمان (یا روانپزشکی یا برای اعتیاد) انجام شده و به دنبال آن درمان‌های بعدی صورت می‌گیرد. واحد مواد و مرکز سلامت روان برنامه‌های مختلفی را بر اساس رهنمودها و منابع خود طرح‌ریزی می‌کنند. درمان سری برای بیمارانی مناسب است که می‌توانند شرایط روانی بهنجاری را برای زمان قابل توجهی تحت درمان مناسب روانپزشکی و سوء‌مصرف مواد یا الکل داشته باشند. درمان سری برای بیمارانی که اختلالات روانی اساسی همراه با پیامدهای عملکردی و روانی اجتماعی دارند یا برای بیمارانی که هم اختلال مصرف شدید مواد دارند و هم شخصیت ضد اجتماعی به کار نمی‌آید.
- در مدل درمان موازی، بیماران به صورت هم‌زمان ولی جداگانه هم درمان روانپزشکی دریافت می‌کنند هم درمان اختلال اعتیاد. این رویکرد نیاز به همکاری نزدیک دو واحد جداگانه را دارد: روانپزشکی و وابستگی مواد. درمان موازی برای بیمارانی موثر است که اختلال روانی آنها (مثلاً اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی، افسردگی اساسی) و اختلال اعتیاد آنها تثبیت شده باشد.
- در مدل درمان یکپارچه، بیمار به طور هم‌زمان درمان یکپارچه فیزیکی، مربوط به مواد، و اختلالات روانپزشکی دریافت می‌کند. این مدل از مفاهیم و روش‌های اصلی درمان روانپزشکی و درمان اعتیاد استفاده می‌کند. این مدل تداخلی که بر اساس تعامل میان مهارت‌های حرفه‌ای مختلف عمل می‌کند و به بیمار پروتکل‌های داروشناختی تنظیم شده را ارائه می‌دهد (مثلاً سم‌زدایی، تأمین متادون، حمایت و یا درمان همبودی بیماری روانپزشکی، و همچنین درمان عفونت HIV و دیگر آسیب‌های هم‌زمان)، و ارائه مداخلات روان‌درمانی (مثلاً مشاوره، روان‌درمانی فردی یا گروهی)، و مداخلات آموزشی روانی (یعنی: برای بیماران و بستگان آنها). مدل یکپارچه مناسب‌ترین رویکرد برای بیماران HIV با تشخیص دوگانه است.

برای بیماری که هنوز با سیستم درمانی درگیر نشده است (یعنی متادون درمانی)**مداخله چه تفاوتی می‌تواند داشته باشد؟**

افرادی که مشکل مصرف مواد دارند ممکن است نسبت به آنهایی که در حرفه درمانی هستند بی‌اعتماد باشند. برخوردهای قبلی آنها با سیستم درمانی ممکن است منفی بوده و آنها را وادار به دوری از درمان بکند. وقتی که آنها به یک درمانگاه مراجعه می‌کنند ممکن است چندین ماه طول بکشد تا بتوانند یک رابطه‌ی اعتمادی با درمانگران ایجاد کنند، که اولین قدم لازم برای مقابله با مشکل مصرف مواد است. مثال زیر را در نظر بگیرید:

لینا به طور مرتب هرویین مصرف می‌کرد. او اغلب برای ویزیت پزشک حاضر نمی‌شد و چند روز بعد برای رفع نیاز به غذا، پول، دارو، یا سرپناه به درمانگاه می‌رفت. درمانگاه نیازهای او را تا حد امکان برآورده می‌کرد. در طول زمان، او موفق شد رابطه‌ی قوی و مثبتی را با پزشک معالج، پرستار و مددکار اجتماعی ایجاد کند. با وجود اینکه او قبلاً حاضر نبود درباره مشکل هرویین خود و تاثیر آن بر سلامتش با کسی صحبت کند، حالا حاضر به این کار است.

مراحل تغییر الگو چیست؟

درمانگران وقتی که با افرادی که مشکل سوء مصرف مواد دارند روبرو می‌شوند بایستی تشخیص دهند که آنها در کدام مرحله از مقابله با اعتیاد خود هستند و درمان را از همان جا شروع کنند. طبق مراحل تغییر الگو (پروچسکا وهمکاران، ۱۹۹۱) اشخاص از ۵ مرحله‌ی تغییر رفتار گذر می‌کنند، و حرکت آنها از این مراحل به صورت خطی نبوده، بلکه دوره‌ای است (جدول ۱۰/۳).

جدول ۱۰/۳ مراحل تغییر الگو

مرحله	تعریف	مداخله
قبل از تفکر	بیمار مشکل را انکار می‌کند و نمی‌خواهد عوض شود	بیمار را آگاه کنید، به او وقت بدهید و ارتباط دوستانه را حفظ کنید.
تفکر	بیمار می‌داند مشکل وجود دارد ولی هنوز متعهد به اقدام نیست	انگیزه را نگه دارید، آگاه کنید، اثرات مثبت و منفی تغییر را متعادل کنید.
آماده سازی	بیمار تصمیم می‌گیرد اقدام کند و شروع به برنامه ریزی می‌کند	از تصمیم او برای تغییر حمایت کنید و برای پیدا کردن راهکار به او کمک کنید.
عمل	برای مقابله با مشکل، بیمار تغییراتی در نوع سبک زندگی خود می‌دهد	فهرستی از موقعیت‌های خطرناک تهیه کنید. درباره مشکلات گفتگو کنید. طرحی برای عود آماده کنید.
نگه داشتن	بیمار برای پیشگیری از عود تلاش می‌کند و مهارت‌های کسب کرده و الگوهای رفتاری را تقویت می‌کند	تحمل داشته باشید. عود را بزرگ نکنید. شبکه‌ی حمایتی را تقویت کنید.

نقش درمانگران متغیر بود و بستگی به مرحله‌ای دارد که شخص در آن است. برای مثال، با افرادی که یا آگاهی درباره‌ی نیاز به تغییر یا هنوز آمادگی برای تعهد (قبل از تفکر و تفکر) ندارند، نقش درمانگر نقش تحریک کننده است. برای بیمارانی که تصمیم گرفته‌اند عوض شوند (آماده‌سازی و عمل) نقش درمانگر تأمین کمک شخصی است تا بیمار بتواند تغییر رفتار اعتیادی با عادت‌های سالم‌تری را به طور موفقیت‌آمیز انجام

دهد. در بیمارانی که سعی دارند رفتارهای جدید خود را نگه دارند وظیفه درمانگر تمرکز روی جلوگیری از لغزش است.

مطالعه موردی: مردی با سرولوژی مثبت HIV و اعتیاد به الکل

مارکو، ۳۷ ساله توسط مرکز بیماری‌های عفونی به واحد روانپزشکی ارجاع داده می‌شود که سال گذشته تشخیص عفونت HIV او را داده بودند. او اخیراً با پزشک معالج خود جر و بحثی درباره‌ی سوء مصرف الکل داشته است. او عصبانی شده و ناسزا گفته و درباره درمان ضدترتروویروسی خود بسیار انتقاد دارد. برای او قابل درک نیست که چرا او باید داروهای تجویزی خود را ادامه دهد. او احساس سلامتی می‌کند و به خاطر سپردن شیوه استفاده از داروهایش را مشکل می‌داند. همچنین او مدعی است که داروهای HIV به او کمک نمی‌کنند. وقتی که روانپزشک مشاور موضوع سوء مصرف الکل را پیش می‌کشد مارکو عصبی می‌شود. او ادعا می‌کند که مصرف الکل راهی است برای مقابله با اضطرابش. مصرف الکل حال او را بهتر می‌کند تا مصرف تمامی داروهای ضدترتروویروسی.

سوء مصرف الکل تا چه اندازه روی پایداری به درمان موثر است؟

سوء مصرف الکل می‌تواند تغییرات عمیقی در رفتار و ادراک ایجاد کند. همچنین این عامل مهمی در پایداری نبودن به نسخه‌های دارویی است. احتمال بروز عدم پایداری در بیماران الکلی بیشتر از مصرف‌کنندگان هرویین است (ستاریس وهمکاران؛ ۲۰۰۰). در حالی که آنهایی که HIV دارند می‌گویند مصرف الکل به آنها کمک می‌کند تا بتوانند با اختلالات خلقی، اضطراب و افسردگی مربوط به سرولوژی مثبت HIV مقابله کنند، مسمومیت الکلی با بدخلق، افسردگی، اضطراب، بازداری زدایی، و اختلال در داوری همراه است. سوء مصرف الکل بر توانایی افراد در مصرف صحیح داروهای HIV تاثیر می‌گذارد. بیماران الکلی اغلب سطح پایین خودکارآمدی داشته و معتقدند که درمان با داروهای ضدترتروویروسی پیچیده‌تر از آن است که بتوانند آن را جزو فعالیت‌های روزانه قلمداد کنند. به علت ناخوشایندی نشانه‌های ترک، بسیاری قادر به ترک الکل نیستند تا بتوانند بیشتر به بیماری HIV خود برسند.

در درمان بیماران الکلی، کنترل و مدیریت کافی نشانه‌های ترک بسیار اهمیت دارد. تا زمانی که بیمار ثبات پیدا نکرده و از نشانه‌های ترک رنج می‌برد، درمان سوء مصرف الکل نباید شروع شود. در غیاب عوارض پزشکی جدی، سندرم ترک الکل معمولاً گذرا بوده و خودبخود کاهش پیدا می‌کند. درمان ترک علامتی و پیشگیرانه است. در حال حاضر بنزودیازپین‌ها اثر دارویی انتخابی برای درمان ترک هستند. برای بیمارانی که بیماری کبدی هم دارند، اوکسازپیم پیشنهاد می‌شود. درمان نشانه‌های ترک بایستی شامل دوزهای بالایی از ویتامین‌ها به ویژه تیامین باشد تا مانع ایجاد نوروپاتی محیطی و سندرم ورنیکورساکوف گردد.

درمان الکلیسم دو هدف را دنبال می‌کند:

- ترک مصرف الکل

- بهبود بخشیدن به مشکلات روحی مرتبط با الکلیسم

بسیاری از بیماران تاثیر بازدارنده دی سولفیرام را در پایبندی به پرهیز خود موثر می‌دانند. برخی هم ممکن است از برنامه دوازده گام یا دیگر رویکردهای روان درمانی سود ببرند.

روانپزشک برای مارکو کلرودیازپوکساید تجویز می‌کند و برنامه‌ی دوازده گام را پیشنهاد می‌نماید اما مارکو زیر بار نمی‌رود. دو هفته بعد مارکو به واحد روانپزشکی باز می‌گردد و برای اتفاقی که در جلسه قبل افتاده اظهار ندامت می‌کند. او اقرار می‌کند که از زمان ویزیت قبلی خودش با زنی که نمی‌شناخته رابطه‌ی جنسی داشته اما از هیچ نوع وسیله ایمنی استفاده نکرده است. این نوع رفتار مخاطره آمیز اغلب بعد از مصرف الکل در پارتهای اتفاق می‌افتد.

آیا سوء مصرف الکل در رفتار جنسی تاثیرگذار است؟

مطالعات بسیاری تاثیر سوء مصرف الکل را بر رفتار جنسی مرتبط با انتقال عفونت HIV ثابت کرده‌اند (پتری، ۱۹۹۹)، افراد الکلی دید منفی نسبت به مصرف کاندوم دارند و بیشتر احتمال دارد که با افراد زیادی روابط جنسی داشته باشند نسبت به کسانی که از الکل سوء استفاده نمی‌کنند. این ممکن است ناشی از تاثیر بازدارنده‌ی الکل در رفتار جنسی باشد.

وقتی که روانپزشک درباره آگاهی مارکو درباره HIV و شکل انتقال آن می‌پرسد، درمی‌یابد که او تنها درک کمی از موضوع داشته و گیج است. به علاوه، نقش درمان ضدتروروپروسی برای او شفاف نیست. انگیزه مارکو برای تغییر سبک زندگی و پایبندی به داروهای HIV ضعیف است و به نظر نمی‌رسد که او مهارت‌های لازم جهت تغییر رفتار خود را داشته باشد. روانپزشک از یک مصاحبه‌ی ساختار یافته‌ای استفاده می‌کند که بر اساس آگاهی _ انگیزه _ رفتار^۱ (IMB) مدل مهارتی (فیشر و فیشر، ۱۹۹۲) است تا کمبودهای اطلاعاتی و انگیزه‌ای مارکو را بررسی کرده و مهارت‌های رفتاری مورد نیاز او را شناسایی کند.

مدل مهارتی (IMB) آگاهی - انگیزه - رفتار چیست؟

مدل (IMB) یک سازه نظری روا و پایا برای درک و تغییر رفتار مخاطره انگیز HIV در جمعیت‌های مختلف است. این مدل چهارچوب نظری برای تعیین رابط حساس بین آگاهی، انگیزه، و رفتار را در تلاش بیماران برای جلوگیری از گسترش HIV یا پایبندی به درمان و همچنین ایجاد مداخلات مناسب در اختیار مددکاران می‌گذارد.

آگاهی:

رفتار پیشگیری کننده با سطح آگاهی درباره عفونت HIV مرتبط است. هر چه بیماران باسرولوژی مثبت HIV بیشتر آگاهی داشته باشند، بیشتر احتمال دارد قادر به جلوگیری از انتقال و پایبند به درمان باشند.

انگیزه:

با اینکه آگاهی کمک کننده است، آگاهی به تنهایی برای جلوگیری از گسترش HIV کافی نیست. اشخاص آگاه ممکن است لزوماً انگیزه یا مهارت‌های رفتاری برای جلوگیری از انتقال HIV یا پایبندی به درمان را نداشته باشند. منابع شخصی و اجتماعی انگیزه از عوامل عمده موثر بر رفتار مخاطره آمیز یا عدم پایبندی هستند. انگیزه متأثر از دیدگاه‌های شخصی، مقررات اجتماعی همسو یا ناهمسو با پیشگیری، نگرش بیمار نسبت به جدی بودن نتایج پایبند نبودن به مقررات، و همچنین نگرش بیمار نسبت به آسیب پذیری خود است.

مهارت‌های رفتاری:

علاوه بر آگاهی و انگیزه، بیماران نیازمند مهارت‌های رفتاری خاصی هستند تا بتوانند از عفونت HIV جلوگیری کنند. (مثلاً جرأت مندانه بودن در مقابل شریک جنسی) یا بتوانند در حد بالایی پایبند باشند (مثلاً توانایی گفتن مشکلات خود نسبت به مصرف به موقع داروها برای پزشک معالج). بیمارانی که چنین مهارت‌هایی را ندارند (مثلاً توانایی مقابله با موقعیت‌های استرس بدون مصرف الکل) ممکن است رفتارهای ناکارآمدی از خود نشان دهند.

با شناسایی نیازهای مارکو نسبت به آگاهی، انگیزه، و بهبود مهارت‌های رفتاری، روانپزشک می‌تواند به همراه مارکو روی این موارد کار کند. او درک مارکو را درباره شدت و فراوانی اثرات جانبی داروهای ضد تروروپروسی محک می‌زند و همچنین از او درباره اثرات "سودآور" الکل بر اضطراب و افسردگی،

کنترل پذیری نشانه‌های ترک الکل، و پیامدهای منفی پایبند نبودن می‌پرسد. روانپزشک یک رویکرد عقلانی و غیر رهنمودی را انتخاب می‌کند تا از رفتار خشم‌آمیز و اجتنابی مارکو دوری کند. با استفاده از روش ایفای نقش، او به مارکو کمک می‌کند تا رفتارهای موثر ارتباطی را فرا گرفته و بتواند با پزشک خود درباره مشکلات احساسی صحبت کرده و از مصرف الکل قبل و بعد از رابطه جنسی دوری کند.

نتیجه‌گیری:

سوء مصرف الکل و مواد عوامل خطرناکی برای عفونت HIV بوده و می‌توانند به طور قابل توجهی بر مسیر بیماری‌های مرتبط با HIV تاثیر بگذارند. استراتژی‌های کاهش آسیب بر اساس رویکرد کاهش محدودیت قانونی، به همراه درمان جامعه‌نگر و برنامه‌های آموزشی می‌تواند به طور قابل ملاحظه‌ای مدیریت بالینی بیماران HIV و اختلال مصرف مواد را بهبود بخشد.

مراقبت HIV و مدیریت مواد یا الکل بایستی به طور مناسب توسط یک سرویس یکپارچه تأمین گردد که موارد پزشکی، روانشناختی، و عوامل اجتماعی کمک‌کننده به اختلال مصرف مواد بتواند بررسی شود. تاثیر مداخلات چند رشته‌ای در کمک به تغییر رفتار مصرف‌کنندگان الکل و مواد ثابت شده است. روان‌شناسان ممکن است نقش کلیدی در تنظیم تلاش‌های چند رشته‌ای برای مدیریت مشکلات شخصیتی، روانشناختی، و ادراکی داشته باشند که در مصرف‌کنندگان مواد با سرولوژی مثبت HIV بیشتر اتفاق می‌افتد.

منابع

1. Ball, J. C. and Ross, A. The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment. New York: Springer-Verlag, 1991.
2. Dole, V. P. Methadone treatment and the acquired immunodeficiency syndrome epidemic. Journal of the American Medical Association, 262(12) (1989): 1681-2.
3. Fisher, J. D. and Fisher, W. A. Changing AIDS-risk behavior. Psychological Bulletin, 3(3) (1992): 455-74.
4. Kleber, H. D. From theory to practice: the planned treatment of drug users. Interview by Stanley Einstein. International Journal of Addiction, 24(2) (1989): 123-66.
5. Petry, N. Alcohol use in HIV patients: what we don't know may hurt us. International Journal of STD, 10(9) (1999): 561-70.

6. Prochaska, J.O., diClemente, C. C. and Norcross, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47 (1991): 1102-14.
7. Starace, F., De Gaetano, A., Chirianni, A. et al. (2000). Non-adherence in HIV-seropositive persons: Psychosocial factors and implications for treatment. XII International AIDS Conference, Durban, South Africa, July 9-14,2000.
8. UNAIDS. HIV-AIDS statistics. Geneva: UNAIDS, June 27, 2000.
9. SUGGESTED READING
10. Dingle, G. A. and Oei, T. P. (1997). Is alcohol a cofactor of HIV and AIDS? Evidence from immunological and behavioral studies. *Psychological Bulletin*, 122(1)(1997): 56-71.
11. Fitterling, J. M., Matens, P. B., Scotti, I. R. and Allen, J. S. Jr. (1993). AIDS risk behaviors and knowledge among heterosexual alcoholics and non-injecting drug users. *Addiction*, 88(9) (1993): 1257-65.
12. Gordon, C. M., Carey, M. P. and Carey, K. B. Effects of a drinking event on behavioral skills and condom attitudes in men: implications for HIV risk from a controlled experiment. *Health Psychology*, 16(5) (1997): 490-495.
13. Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millmann, R. B. and Langrod, J. G. Substance Abuse. A Comprehensive Textbook. Baltimore: Williams and Wilkins, (1997).
14. Prochaska, I. O. and diClemente, C. C. *The Transtheoretical Approach, Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, ILL Dorsey Professional Books, (1984).
15. Ries, K. R. (1995). Assessment and treatment of patients with coexisting mental illness and alcohol and other drug abuse. Treatment Improvement Protocol Series 9. Department of Health and Human Services Publication No. 95-3061. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, 1995

فصل یازدهم

مشکلات روانی در کودکان مبتلا به HIV/AIDS

کونین جی لوری، ماریلند پاو، لاری کا براون و هیدر هانتر

مقدمه:

در حال حاضر بالاترین میزان انتقال ویروس HIV در میان زنان و جوانان اتفاق می افتد تا سایر گروه‌ها. در سراسر جهان، تقریباً ۲/۷ میلیون کودک زیر ۱۵ سال و بیش از ۱۰ میلیون نفر بین ۱۵ تا ۲۴ سال مبتلا هستند، و نیمی از تمامی عفونت‌ها در بین افراد جوان است (UNAIDS، ۲۰۰۱). برای مثال در آمریکا، به ازای هر مورد AIDS در نوجوان، حداقل سه جوان با سرولوژی مثبت HIV وجود دارد و تعداد گزارش شده موارد کودکان HIV بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۰۱ دو برابر شده است (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری آمریکا، ۲۰۰۱).

بیش از ۹۰ درصد عفونت در کودکان بصورت عمودی انتقال می یابد (مادر به فرزند). بیشتر نوجوانان (۱۳ تا ۲۴ ساله) که مبتلا می شوند، HIV را از طریق انتقال جنسی کسب می کنند و پس از آن مصرف از طریق تزریقی مواد (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری ۲۰۰۱).

با وجود پیشرفت در درمان‌های ضد رتروویروسی، مرگ و میر ناشی از AIDS کودکان همچنان قابل توجه است. از سال ۲۰۰۰ بیش از ۴/۳ میلیون کودک زیر ۱۵ سال به واسطه ی AIDS فوت کرده‌اند و بیش از ۱۳، میلیون مادر یا هر دو والدین خود را به علت AIDS از دست داده‌اند (UNAIDS, ۲۰۰۰). خوشبختانه پیشرفت‌های اخیر در درمان ضد رتروویروسی به کاهش بروز انتقال عمودی کمک کرده است، و بار درمان را بر دوش مبتلایان کاهش داده و امید به زندگی آنها را بیش از دو برابر نموده است. کودکان زیادی که HIV دارند بیش از ۱۰ تا ۱۵ سالگی زندگی می‌کنند. حتی بدون درمان دارویی، کودکان بسیاری که مبتلا به عفونت HIV هستند ممکن است تا یک دهه بدون هیچ نشانه‌ای باقی بمانند.

با وجود اینکه بیش از ۹۵ درصد تمامی موارد جدید عفونت در سال ۲۰۰۰ در کشورهای در حال توسعه که دسترسی به درمان‌های ضد رتروویروسی دشوار است اتفاق افتاده است، AIDS کودکان کم‌کم از یک بیماری حاد کشنده کودکی به یک بیماری مزمن تبدیل می‌شود. AIDS کودکان همچنان برای متخصصان کودک، روانپزشکان کودک، روانشناسان کودک و تمامی حرفه‌های مربوطه بسیار قابل توجه باقی می‌ماند. (براون و همکاران، ۲۰۰۰).

مطالعه‌ی موردی: ورود به مدرسه با مشکلات شناختی عصبی

کریستال، دختری ۵ ساله با عفونت HIV از طریق انتقال عمودی، از یک سالگی با نامادری، دو خواهر و برادر ناتنی، و دو برادرخوانده خود زندگی کرده است. بعلاوه اینکه مادر واقعی او به کوکائین اعتیاد داشت و به دلیل AIDS فوت کرده بود، او تحت مراقبت نامادری قرار گرفت. کریستال سالم بوده است، اما نامادری‌اش با توجه به نگرانی که از رفتار او داشت نزد متخصص کودکان می‌آورد. کارکنان مدرسه از او شاکی هستند زیرا او مشارکت خوبی نداشته و گاهی اوقات گوشه گیر است، اما کلاً فعالیت زیادی دارد و نمی‌تواند آرام نشسته و تمرکز کند. به علاوه، نامادری‌اش از اینکه کریستال دو تا سه شب در هفته شب ادراری دارد ناراحت است. با وجود اینکه کریستال بیش فعال است و گستره توجه کوتاهی دارد، نامادری‌اش نمی‌خواهد که او از داروهای روانپزشکی استفاده کند. کریستال برای آزمایش روانشناختی ارجاع می‌شود و عملکرد شناختی او کمی افت تا حد مرزی تشخیص داده می‌شود.

اختلالات شناختی عصبی که در کودکان HIV مشاهده می‌شوند کدامند؟

در کمتر از یک چهارم کودکانی که عفونت HIV دارند، کمپلکس حرکتی-شناختی مرتبط با (HACM) HIV^۱ ایجاد می‌شود. HACM با تغییرات سه گانه شناختی، حرکتی و رفتاری مشخص می‌گردد. این مساله در کودکان خود را به صورت اختلال در رشد مغز، اختلال حرکتی پیشرونده، و از دست دادن یا یکنواختی رشد و تکامل نشان می‌دهد. با وجود اینکه کودکانی که HIV دارند بدون نشانه هستند، بخش قابل توجهی از آنها

تا سن ۵ یا ۶ سالگی دستکم در زمینه‌های شناختی و زبان دچار اختلال ناشی از HIV می‌شوند (پاپولا و همکاران، ۲۰۰۴). کودکانی که HIV دارند، نمره‌های پایین‌تر از متوسط داشته، و همچنین دارای اختلال در عملکرد روانشناختی می‌باشند. مهارت‌های حرکتی-بینایی^۱ آنها نیز اغلب دچار اختلال می‌شود. کودکانی که پیش از تولد آلوده شده‌اند نسبت به آنهایی که پس از تولد از طریق انتقال خون یا رابطه‌ی جنسی مبتلا شده‌اند دارند.

خوشبختانه به نظر می‌رسد استفاده از درمان‌های ضدترتروویروسی می‌تواند آغاز HAcM را به تاخیر بیاورد. به هنگام تشخیص HAcM، باید بین اختلالات مرتبط با HIV و اختلال و عقب افتادگی ذهنی ناشی از عوامل دیگر مانند مصرف مواد یا الکل توسط والدین، مراقبت ناکافی پیش از تولد و بی‌اعتنایی افتراق داد.

نقص شناختی-عصبی در کودکان خردسال چگونه تظاهر می‌کند؟

تظاهر بالینی نقص شناختی-عصبی در نونهالان و کودکان سن مدرسه به شدت متغیر است. یک کودک ممکن است قادر به حرف زدن نباشد یا به زحمت بدون کمک دیگران راه برود و با وجود مداخلات فراوان، رشد مناسبی نداشته باشد، یا مشکلات شناختی عصبی ممکن است بعداً به شکل مشکلات آموزشی نمود پیدا کند. در واقع غیرعادی نیست که نشانه‌های رفتاری کودکان، ابتدا در مدرسه تشخیص داده شوند. برای مثال، ممکن است کارکنان مدرسه مشاهده کنند که کودک در تکالیف مدرسه پیشرفتی ندارد یا قادر به یادآوردن دروسی که قبلاً آموخته نیست.

به علت اینکه بروز HAcM بسیار متغیر است، مهم است که پزشکان به طور منظم توانایی‌های شناختی-عصبی کودکان مبتلا به HIV را ارزیابی کنند. اختلالات شناختی پیشرونده ممکن است نشان‌دهنده بدتر شدن بیماری HIV باشد و نه عفونت‌های همزمان دیگر یا فرآیندهای دیگر.

ارزیابی استاندارد کودک مشکوک به اختلال شناختی-عصبی ثانویه به HIV چیست؟

ارزیابی استاندارد شامل موارد زیر است:

۱) سابقه پزشکی و روانپزشکی جامع

در چه مرحله‌ای از تکامل مغز عفونت HIV اتفاق افتاده، در صورت آگاهی؟

نشانه‌های شناختی - عصبی کدامند؟
 آیا تاکنون مرحله رشدی را که پیش از این گذرانده بود از دست داده است؟
 آیا آسیب‌های پیش از تولد مانند در معرض مواد قرار گرفتن در دوران جنینی (مثلا کوکائین، الکل) یا عفونت ویروسی وجود داشته است؟
 آیا پیش زمینه ژنتیکی برای اختلالات شناختی عصبی وجود داشته است (مثلا سندرم داون)؟
 آیا سابقه ناتوانی یادگیری وجود داشته است؟

۲) سابقه اجتماعی

آیا شرایط محیطی مشکلات فعلی را باعث شده‌اند؟
 آیا به علت شرایط زندگی کمبود محرک شناختی وجود داشته است؟

۳) بررسی کامل وضعیت روانی

۴) ارزیابی استاندارد پزشکی - عصبی همراه با آزمایش‌های مرتبط با HIV.
 شمارش لنفوسیت‌های CD4

بار ویروسی

تعیین مقاومت دارویی توسط تشخیص ژنوتایپ HIV

۵) آزمایش عصبی - روان شناختی

نقاط قوت و ضعف شناختی کدامند؟

در صورت حضور، آیا اختلالات با آنچه در بیماری HIV دیده می‌شود همسو هستند؟

۶) تصویربرداری اعصاب

آیا ناهنجاری‌های داخلی مغزی وجود دارد که (مثلا آنروفی، ضایعات توده‌ای، ناهنجاری در ماده سفید) نشانه عفونت، بدخیمی، یا فرآیندهای نوروپاتی دیگر باشد.

بررسی کریستال نشان می‌دهد هیچ علت قابل برگشتی برای مشکلات شناختی او وجود ندارد. بار ویروسی او قابل تشخیص نبوده و درمان HIV او نیز خوب است. کریستال در یک برنامه آموزشی متناسب با قدرت تشخیص اش قرار می‌گیرد و رفتار درمانی می‌شود. اما در او تغییری حاصل نمی‌شود و مشکلات رفتاری او مانند برانگیختن خواهر و برادر و بی اختیار صداکردن در مدرسه و توجه ضعیف همچنان ادامه دارد که انجام کارهایش را برایش دشوار

می‌سازد. مشکل ادرار شبانه با رفتاردرمانی حل نمی‌گردد، اما بعد از تجویز داروی نورتریپیلین توسط یک روانپزشک کودکان، این مشکل برطرف شده و قدرت توجه و اخلاق او بهبود می‌یابد و او اجتماعی‌تر می‌شود. پس از مدتی، پزشک می‌تواند اعتماد نامادری را جلب کرده و رضایت او را برای امتحان محرک‌های روانی کسب کند.

گزینه‌های درمانی اختلالات شناختی-عصبی در کودکان مبتلا به HIV چیست؟

درمان فعالیت بالا ضد تروویروسی (HAART) درمان اصلی کمپلکس شناختی-حرکتی مرتبط با HIV است. (بروروز و همکاران، ۱۹۹۶). داروهای ضد تروویروسی مسمومیت عصبی مرتبط با HIV را که علت زیربنایی HADM است کاهش می‌دهند. این داروها زوال شناختی-عصبی را متوقف کرده، اغلب باعث بهبود عملکرد می‌شوند. در یک مطالعه اولیه توسط بریدی و همکاران (۱۹۹۶) وضعیت شناختی و عملکرد انطباقی کودکان مبتلا به AIDS پس از ۳۶ ماه درمان ضد تروویروسی بهبود یافت. این بهبود در بیماران ۶ سال به بالا بسیار مشهود بود. هرگاه امکان داشته باشد، در کودکان با HADM آغاز HAART اساسی است و باید هر کوششی جهت پایبندی به رژیم دارویی انجام گیرد (به بحث درباره پایبندی مراجعه کنید)

آزمایش‌های منظم عصب شناختی و روانسنجی به پزشکان کمک می‌کند تا بتوانند پیشرفت بیماری و پاسخگویی به درمان را پیگیری کنند. این نوع آزمایش‌ها در تعیین اینکه آیا مشکلات رفتاری، از بیماری ارگانیک مغزی ریشه می‌گیرد، و تسهیل برنامه‌ریزی درازمدت مفید خواهند بود (مثلا در آموزش و حضانت).

چه درمان‌های دیگری در مدیریت HADM موثر هستند؟

وقتی که از HAART به صورت بهینه استفاده شود، پزشک بایستی اختلالات روانی و رفتاری مرتبط با HADM را به صورت علامتی درمان کند. محرک‌های روانی، ضد افسردگی، داروهای ضد روانپریشی، ضد تشنج‌ها، و دیگر تثبیت‌کننده‌های خلق همگی ممکن است نقشی در درمان کودکان مبتلا به HADM داشته باشند. پزشک بایستی تداخل بالقوه دارویی بین داروهایی که برای درمان HIV هستند و عوارض آنها و داروهای روانگردان را در نظر داشته باشد (برای اطلاعات بیشتر به بخش ۳ مراجعه کنید).

با افزودن متیل فنی دیت، کریستال بهبود عملکردی در تمرکز خود و در تکانشگری و بیش‌فعالی نشان می‌دهد اما همچنان در مدرسه مشکلات اجتماعی دارد ولی بنظر می‌رسد که او کلاً آرام‌تر شده است.

مطالعه موردی: نوجوانی مبتلا به افسردگی

تامیکا دختر ۱۶ ساله‌ای که از راه انتقال عمودی مبتلا به HIV شده است، با شکایت ناامیدی به درمانگاه مراقبت‌های اولیه مراجعه می‌کند. او بیان می‌کند که افکار خودکشی داشته و تصمیم دارد این کار را با مصرف بیش از حد دارو انجام دهد.

پیش از این تامیکا به طور کلی سالم بوده و با وجود سابقه اجتماعی شلوغ و هیجانی، همواره به دبیرستان می‌رود و شغل پاره وقتی هم در مرکز خرید دارد. تا فوت مادرش، تامیکا با او زندگی می‌کرد. او با پدرش هیچ ارتباطی ندارد و در حال حاضر با خاله‌اش زندگی می‌کند. دیدن مرگ سریع به‌خاطر AIDS او را افسرده کرده است. همچنین او اخیراً به خاطر پانکراتیت ناشی از دارو برای اولین بار بستری شده بود. در این مدت او راضی شده بود که از ضد افسردگی استفاده کند، اما راضی نمی‌شد دوباره داروهای ضدتروویروسی که حال او را به هم می‌زدند مصرف کند. پس از مرخصی از بیمارستان، او نمی‌تواند به مدرسه بازگردد. او اغلب گریان و بیشتر طول روز خواب است. او از ضعف تمرکز و فراموشی مقطعی شاکمی است و از اینکه ممکن است مبتلا به دمانس ایدز شود می‌ترسد.

افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به HIV تا چه اندازه شایع است؟

طی دهه‌ی گذشته، بدنام‌سازی آشکار HIV/AIDS کاهش پیدا کرده است و پیشرفت‌های پزشکی به طور قابل توجهی بقا و کیفیت زندگی را در بیماران HIV بهبود بخشیده است. با این حال، بیماران خردسال HIV همچنان دچار پریشانی ذهنی قابل ملاحظه‌ای نسبت به همسالان سالم خود هستند (هنسل و همکاران، ۱۹۹۸). علاوه بر پریشانی احساسی مربوط به نشانه‌های فیزیکی بیماری (مثلاً زوال بدنی، شرایط پوستی) آنها مجبورند پریشانی احساسی بدنامی اجتماعی، انزوا، ناامیدی، افشای اجباری، فقدان و داغ‌بدگی، و اضطراب ناشی از پیش‌آگهی پزشکی خود را تحمل کنند.

هم در بزرگسالان و هم در کودکان مبتلا به HIV، استرس روانی، کنترل خشم، کنترل خارجی، و کمی حمایت اجتماعی با سازگاری کلی ضعیف ارتباط دارد (گراسی و همکاران، ۱۹۹۸). ناتوانی در سازگاری ممکن است منجر به انزوای بیشتر شده و موجب بدتر شدن نشانه‌های روانشناختی گردد. بچه‌ها به‌طور آسیب‌پذیرند زیرا فکر می‌کنند بیماری آنها به علت این است که آنها بد بوده‌اند.

مطالعات روی نوجوانانی که به درمانگاه HIV مراجعه کردند نشان داد ۴۴ درصد افسردگی داشتند، و ۸۵ درصد حداقل یک تشخیص مربوط به محور یک DSM-IV بر پایه مصاحبه ساختاری بالینی داشتند (باو و همکاران؛ ۲۰۰۰).

افسردگی کودکان و نوجوانان با سرولوژی مثبت HIV چگونه ظاهر می‌شود؟

نوجوانان افسرده مبتلا به HIV ممکن است در حالت بحران زده در برابر تیم پزشکی حاضر شوند. همین‌طور ممکن است با شکایات جسمی و مشکلات رفتاری حضور پیدا کنند (مثلاً رفتارهای جنسی پرخطر،

سوء مصرف مواد، یا ضعف پایبندی به مراقبت پزشکی). افسردگی در کودکان کم‌سال‌تر ممکن است با خلق تحریک پذیر، تمرکز ضعیف، رفتار آشفته و مردودی در مدرسه تظاهر کند (باس و همکاران، ۱۹۹۴).

ارزیابی کودک یا نوجوان با سرولوژی مثبت HIV افسرده شامل چه مواردی است؟

افسردگی با استفاده از معیارهای استاندارد DSM-IV تشخیص داده می‌شود. وقتی یک کودک یا نوجوان مبتلا به HIV برای افسردگی ارزیابی می‌شود، پزشک بایستی موارد زیر را در نظر بگیرد:

- فرسودگی یا بی‌اشتهایی را در تشخیص افسردگی به حساب بیاورد هر چند اینها ممکن است ناشی از HIV باشند.
- دلایل ارگانیک و بالقوه درمان شدنی افسردگی را ارزیابی کند، که به ویژه با نقص ایمنی کودک مرتبط است:

عفونت

ناهنجاری متابولیکی یا الکترولیتی

مسمومیت عصبی-روانی ناشی از دارو یا مصرف مواد

عفونت مغزی، بدخیمی

HACM

- اطلاعات پزشکی مهم مرتبط با HIV را پیدا کنید:

شمارش سلول CD4

بار ویروسی

سابقه‌ی نشانه‌ها و بیماری‌های مرتبط با HIV

سابقه‌ی بستری شدن‌ها

کیفیت رابطه با تیم پزشکی

رژیم ضد‌تروویروسی شامل عوارض جانبی (به ویژه عوارض جانبی عصب شناختی و روانپزشکی)، تحمل رژیم دارویی، پایبندی به رژیم دارویی.

داروهای دیگر شامل داروهای گیاهی، و داروهای بدون نسخه، درمان‌های جایگزین برای

HIV

سوء مصرف مواد

- درباره افکار و رفتارهای خودکشی پرسش کنید.

• درد را ارزیابی کنید. درد اغلب مشکل مشترک و کمتر تشخیص داده شده HIV/AIDS است، و دردهای مزمن افراد را آماده ابتلا به افسردگی می‌کند. درد به صورت منفی بر کیفیت زندگی والگوی خواب تاثیر می‌گذارد. در کودکان و نوجوانان که به علت درد گوشه‌گیر می‌شوند ممکن است تشخیص اشتباه افسردگی داده شود. در این موارد، مداخلات خوب دارویی همراه با مسکن کافی اغلب افسردگی را از بین می‌برد.

وقتی که درباره سابقه اجتماعی پرسش می‌شود، پزشکان باید شرایطی را که بسیاری از کودکان و نوجوانان مبتلا به HIV با آن روبرو هستند در نظر بگیرند. برای مثال؛ در برخی موارد، یکی از والدین یا اعضای دیگر خانواده آنها به شدت بیمار باشد و نگرانی‌هایی درباره آینده و سرپرستی خود داشته باشند. برخی ممکن است مراقبین جایگزین داشته باشند، یا به فرزندخواندگی پذیرفته شوند، یا زیر نظر موسسه‌های حمایت از کودکان باشند.

همچنین پزشکان بایستی درباره‌ی سابقه سوء استفاده جنسی، احساسی، یا فیزیکی تحقیق کنند. آنها باید درباره‌ی سابقه افشای راز کودک گفتگو کنند (یعنی چه کسانی درباره عفونت HIV بیمار اطلاع دارند، چه کسی این راز را افشا کرده است). آنها همچنین باید تعیین کنند که آیا کودک نگرانی‌های جنسی که سلامت فکری او را تحت تاثیر قرار می‌دهد دارد.

تشخیص افتراقی افسردگی در کودکان و نوجوانان افسرده مبتلا به HIV/AIDS

چیست؟

- بیماری داخلی که در بالا ذکر شد.
- طیف اختلالات افسردگی DSM-IV: اختلال سازگاری با خلق افسرده، اختلال افسرده خویی^۱، افسردگی دو قطبی، اختلال خلق ناشی از مواد
- داغدیدگی

به علت نگرانی درباره احتمال خودکشی، تامیکا بستری شده و تحت نظر یک نفر است. نتایج غیر عادی آزمایش‌ها شامل موارد زیر است: بالا بودن قابل توجه آمیلاز، شمارش $CD4$ ۱۰ سلول در میلی متر مکعب، و بار ویروسی ۳۵۰ هزار نسخه در میلی لیتر. بر پایه درجه نقصان ایمنی تامیکا و مشکلات شناختی او، روانپزشک انجام MRI مغزی را تجویز می‌کند که نتیجه قابل توجهی ندارد. در غیاب تب یا هرگونه نشانه موضعی دیگر، پزشک تصمیم می‌گیرد که هیچگونه آزمایش عصب شناختی دیگر لازم نیست.

چندین روز پس از درمان با مسکن و استراحت کامل دستگاه گوارش، مشکل پانکراتیت تامیکا حل می‌شود. روانپزشک درمان با سیتالوپرام را آغاز می‌کند و پس از یک هفته خلق و خوی تامیکا بهبود می‌یابد. او با یک رژیم تازه ضد رترو ویروسی موافقت می‌کند. همچنین تامیکا با درمانگر خود همکاری می‌کند تا مشکل اعتقاد او به اینکه درد و بیماری او سزای بد بودن اوست و ترس او از زجر کشیدن و مردن مثل مادرش برطرف گردد.

عوامل روانشناختی موجود در تظاهر درد در جوانان چیست؟

همانند بیماری‌های مزمن دیگر، پزشکان بایستی درد را در زمینه بیماری ایجاد کننده آن بررسی کنند و جهت کاهش پریشانی، استراتژی‌های مداخله‌ای درمانی و پیشگیرانه را شناسایی کنند. کودکان و نوجوانان ادراک کاملاً متفاوتی از درد دارند. فراتر از مدیریت داروشناختی درد، مددکاران باید سعی کنند مفهوم درد را از دیدگاه کودک درک نمایند. برای مثال: برای کودکی که می‌ترسد مراقب او را ترک کند، درد ممکن است راهی ارتباطی با هدف نگه داشتن مراقب باشد. ایجاد مداخله روان درمانی برای خانواده یا فرد به منظور درک آنچه کودک می‌خواهد بیان کند و رسیدگی به معنای درد می‌تواند کودک را از نظر هیجانی بهبود بخشد و نیاز به داروهای مسکن را کاهش دهد.

به هنگام تجویز داروهای روان‌گردان برای کودکان و نوجوانان افسرده با عفونت HIV

چه اصولی باید رعایت شود؟

به هنگام تجویز داروهای روان‌گردان، پزشکان باید در نظر داشته باشند که جوانان مبتلا به HIV بیشتر به عوارض جانبی حساس هستند و دوزهای پایین‌تری نسبت به همتهای سالم خود نیاز دارند. به علاوه، ملاحظات ایمنی باید در انتخاب دارو برای بیمارانی که چند دارویی هستند در نظر گرفته شوند. پزشکان بایستی نسبت به تداخل بالقوه دارو به دارو بین عوامل ضد رترو ویروسی و عوامل روان‌گردان آگاهی داشته باشند (به فصل سه مراجعه شود).

انتخاب داروهای ضد افسردگی هم به نشانه شناسی بستگی دارد. اگر نشانه آشکار یک کودک، کمی انرژی و یا پرخوابی باشد، دارویی که فعالیت را می‌افزاید مناسب است. اگر نوجوان مشکل خواب داشته باشد، یک داروی آرام‌بخش به هنگام خواب موثر است. محرک‌های روانی مانند متیل فنی دیت یا دکستروآمفتامین ممکن است بعنوان داروی همراه برای کودکانی که نشانه‌های افسردگی مقاوم، بی‌تفاوتی، بی‌حالی، کندذهنی، یا کمبود توجه دارند، مفید باشند. استفاده منطقی از داروهای روان‌گردان در کودکان و نوجوانان ممکن است عملکرد و کیفیت زندگی بسیاری از جوانان مبتلا به HIV را بهبود بخشد. مؤسسات نظارتی بریتانیایی،

کانادایی و آمریکایی هشدارهای جدیدی برای تشدید محافظت کودکان و نوجوانانی که با داروهای ضد افسردگی درمان می‌گردند اعلام نموده‌اند. هنگام افزودن این داروها به رژیم درمانی HIV، درمانگران بایستی اطلاعات مربوط به مواردی که این داروها تایید شده‌اند یا اگر مورد مصرف روی برچسب دارو نباشد اما اندیکاسیون بالینی داشته باشد را اعلام نمایند. مانند همیشه، در یک گفتگوی متعادل، خطرات و مزیت‌ها برای وضعیت خاص یک کودک بایستی مرور گردد. بهبودی یا بدتر شدن وضعیت بالینی، امکان خودکشی و تغییرات غیرعادی دیگر در رفتار به ویژه در مراحل اولیه درمان بایستی از نزدیک بررسی شوند.

چه نوع درمان و مداخلات سیستمیک برای کودکان و نوجوانان افسرده مبتلا به HIV

مفید است؟

از تکنیک‌های رفتاری-شناختی جهت آموزش استراتژی‌های "فعال"، مانند حل مشکل و درخواست کمک استفاده می‌شوند، تا اینکه استراتژی‌های "غیرفعال" مانند سرزنش خویشتن، کناره‌گیری، و تظاهر. این رویکرد برای بهبود مهارت‌های سازگاری مفید می‌باشد.

روان درمانی بینش-محور اجازه می‌دهد کودکان و نوجوانان تجربیات خود را با HIV توصیف کرده، مشکلات رابطه‌ای خود را مرور کرده، و برای از دست رفتگان نشان سوگواری کنند (مثلا والدین یا عزیزان دیگری که HIV داشتند، همراه با امید به رابطه عاشقانه در آینده، و بچه‌دار شدن).

روان درمانی بین فردی در نوجوانان موثر بوده (موفسون و همکاران، ۱۹۹۴) و همینطور در بزرگسالان افسرده با سرولوژی مثبت HIV موفق بوده است (مارکوویچ و همکاران، ۱۹۹۱).

حمایت اجتماعی بستگان و هم‌تایان^۱ عامل مهم دیگری در سلامت هیجانی نوجوانان و توانایی آنها برای سازگاری است. بررسی و مداخله زودهنگام با بستگان می‌تواند سیستم حمایتی نوجوانان را استحکام بخشد. عوامل عمومی‌ای که مطرح هستند شامل مادران بیولوژیکی که خود نیز بیمارند، احساس گناه و خود-انتقادی، پدربزرگ و مادربزرگان و پدر و مادر جایگزین که تمایل به نگهداری از یک خانواده دیگر ندارند، خواهر و برادرانی که از سرایت وحشت دارند یا از توجه خاصی که به کودک بیمار می‌شود خشمگین هستند.

خاله تامیکا که مراقبت اصلی اوست، همراه با تامیکا و بدون او تیم مددکار اجتماعی

ملاقات می‌کند. با این امید که پدر بیولوژیکی‌اش حمایت کند، تامیکا تصمیم می‌گیرد دوباره با

او تماس برقرار کند.

تامیقا به اندازه کافی بهبودی پیدا می کند که به کار برگردد، و برای مدت کوتاهی به عنوان نماینده نوجوانان مبتلا به HIV به سراسر کشور سفر می کند. طی دو سال بعد او دوره هایی از بازگشت افسردگی دارد و در این مدت همه ی داروهای HIV خود را کنار می گذارد. سلامت شکننده او رو به زوال می رود و لنفومای شدید در او تشخیص داده می شود. در آخرین مدت بستری اش، تامیقا از همه درمان ها وحتى مراقبت سرباز می زند. خاله و پدر او تقاضای احیای کامل او را می کنند و برای ملاقات تامیقا در بیمارستان مشکل دارند. تیم مشاوره روان پزشکی هم به بستگان و هم به کارکنان پزشکی کمک می کنند تا بتوانند با وضعیت غیرقابل برگشت تامیقا کنار بیایند. سه ماه بعد تامیقا به علت پنومونی فوت می کند.

سن چگونه روی عکس العمل کودک به مرگ و مردن تاثیر می گذارد؟

درک کودکان از مرگ و مردن، به هر دلیلی که باشد، نسبت به سن متغیر است (لولئیل، ۱۹۹۶). کودکان خیلی جوان درد را با تنبیه مرتبط می پندارند و از خود افکار جادویی درباره ی مرگ بروز می دهند، البته تا اندازه ای که برایشان قابل درک باشد. به همه بیماران کودک بایستی اطمینان داده شود که نشانه های آنها تقصیر آنها نیست. بچه های کوچکتری که بیماری مزمن دارند باید هرچه بیشتر به اعضای خانواده نزدیک شوند تا جلوی اضطراب حاد جدایی و انزوا گرفته شود.

کودکان بین ۵ تا ۱۰ ساله بیش از دیگران دچار سردرگمی درباره مرگ، علل نشانه های حاد و تعارض در مورد بدن خود و رشد زود هنگام جنسی ناشی از بیماری مزمن می شوند. در حالی که عکس العمل آنها اغلب انکار و تمایلات واپسگرا^۱ است، والدین و کادر پزشکی می توانند سعی کنند نگرش گناه و خودپنداره^۲ منفی آنها را برطرف کنند.

استراتژی های سازگاری مثبت شناختی به کاهش ناامیدی آنها کمک خواهد نمود.

کودکان بین ۱۱ تا ۱۵ ساله با وجود این که در تنظیم کارهای روزانه و فرآیندهای فکری به عنوان بخشی از زندگی دشواری فراوان دارند اغلب نهایی بودن بیماری و مرگ را درک می کنند. احتمال عصبانی شدن و رفتارهای برانگیختگی^۳، و توسل به افکار ناکارآمد و رفتارهای پر خطر برای سازگاری با ناامیدی ریشه دار در این گروه بیشتر است.

1 Regressive tendency

2 Self concept

3 Acting out behavior

متخصصان سلامت روانی چگونه می‌توانند به کودکی با سرولوژی مثبت HIV کمک

کنند تا با مرگ پدر یا مادر کنار بیاید؟

کودکان مبتلا به HIV که به تازگی عضوی از خانواده خود را از دست داده‌اند ممکن است نشانه‌های متعددی پیدا کنند از جمله افسردگی، فکر خودکشی، جسمی‌سازی^۱، اختلال رفتار، افت تحصیلی و اعتماد به نفس پایین (رادراموبوروس و همکاران، ۲۰۰۱). آنها اغلب حمایت والدین بیمار خود را کم دارند و ممکن است از حمایت اجتماعی هم برخوردار نباشند. آنها ممکن است بدنامی و انگ را هم تجربه کنند.

کودکان مبتلا به بیماری AIDS نیاز دارند تا بتوانند ترس‌ها و رویاهای خود را بیان کنند، با عکس العمل خود به بیماری والدینشان کنار بیایند و پس از مرگ پدر و مادر بتوانند به اندازه لازم سوگواری کنند. اگر به آنها این فرصت داده نشود، ممکن است واکنش‌های غم‌انده پاتولوژیکی پیدا کنند. هر عصبانیت حل نشده‌ای که آنها نسبت به والدین بیمار خود احساس می‌کنند می‌تواند باعث کمرنگ شدن حمایت هیجانی قابل دسترس آنها بشود. وقتی که کودکان نمی‌توانند اندوه خود را ابراز کنند، نشانه‌هایی که مربوط به غم‌انده است (مثلاً افسردگی، اختلال رفتاری) ممکن است بدتر شده و منجر به این اعتقاد کودک بشود که مرگ والدین آنها شرم‌آور بوده است.

برای کمک به کودک برای ابراز اندوه خود و کنار آمدن با مرگ، پزشک باید حمایت دوستان، خواهر و برادران، و بستگان دور را جويا شود. اگر کودکی پدر یا مادر را ازدست داده باشد، کسی که از او مراقبت خواهد کرد باید کسی باشد که کودک بتواند با او پیوند موثری برقرار کند و او نیز بتواند این علاقه را متقابلاً ایجاد کند. افزون بر همکاری با کودک، تیم درمانگر بایستی به بستگان کودک مبتلا برای سازگاری با حس از دست دادن و ترس آنها از مرگ کودک نیز کمک کنند.

کارگاه‌ها یا جلسات خانوادگی درباره مهارت‌های سازگاری و داغ‌دیدگی می‌تواند ارتباط را تقویت کند. برای مثال، این کارگاه‌ها می‌توانند والدین را حمایت کنند و به آنها کمک کنند مهارت لازم برای آگاهی دادن به کودکان از وضعیت سرولوژی‌شان را کسب کنند. همچنین آنها می‌توانند به اعضای خانواده و دوستان کمک کنند با بیماری سازگاری پیدا کنند و کودک مبتلا را کمک کنند تا احساسات خود را درباره‌ی از دست دادن والدین یا مراقبتش و ترس از بیماری‌اش و امکان مرگش بیان کند.

مطالعه موردی: مشکلات پایبندی

جان ۱۴ ساله مبتلا به HIV عمودی، پس از مرگ مادرش از AIDS، چندین سال است که با مادربزرگ سالمند خود زندگی می‌کند. مادربزرگش به علت پیری بیشتر فراموش کار شده است. همچنین او دیگر داروهای جان را کنترل نمی‌کند چون جان دیگر "بزرگ" شده است.

وقتی جان کوچکتر بود با نظارت کمی پایبند به رژیم دارویی خود بود ولی اکنون، به عنوان یک نوجوان، می‌خواهد "نرمال" باشد (مثل دیگر بچه‌ها) و گاهی اوقات فراموش می‌کند داروهایش را به همراه خود داشته باشد. با وجود اینکه او بیشتر داروهای روزانه‌اش را مصرف می‌کند، برای او آسان نیست که تمام دوزها را مصرف کند و بعضی‌ها را از یاد می‌برد. هیچکس تا به حال به او نگفته که در صورت عدم مصرف یا خواب بودن وقتی که باید دارو مصرف کند چه کار باید بکند. خواست جان برای پایبندی به رژیم درمانی تحت تاثیر خستگی، اسهال و نفخ شکم است که او به هنگام مصرف داروها تجربه می‌کند و نیز اینکه مصرف دارو زندگی مادرش را نجات نداده است (با وجود اینکه HAART در آن زمان در دسترس نبود). او اغلب از خود می‌پرسد که آیا اصلاً مصرف داروها برای او تفاوتی ایجاد کرده است.

چه مسائلی مربوط به پایبندی در کودکان و نوجوانان با سرولوژی مثبت HIV**وجود دارد؟**

رژیم‌های پیچیده ضد رتروویروسی، نسخه‌سازی و ویروسی را سرکوب کرده، بار ویروسی بیمار را کاهش می‌دهند و وضعیت ایمنی بیمار را بهبود می‌بخشند. برای اینکه میزان خاصی از دارو در سیستم بیمار بماند، باید آنها به طور جدی به رژیم درمانی ضد رتروویروسی خود پایبند باقی بمانند. هر گونه غفلت در میزان دارو ناشی از مصرف نکردن یک دوز ممکن است منجر به مقاومت دارویی گردد.

پیروی از برخی رژیم‌های ضد رتروویروسی حتی برای دقیق‌ترین بیمار هم کار بسیار دست و پاگیری است. وقتی روان‌درمانگران با کودکان و نوجوانان HIV سر و کار دارند، بایستی هم میزان درک مراقبت‌کننده را نسبت به پایبندی بسنجند و هم توانایی و خواست کودک برای مصرف دارو را. همچنین آنان باید شرایطی را که کودک در آن مراقبت می‌شود و میزانی که افراد از وضعیت کودک آگاهی دارند بررسی کنند. اگر خانواده سعی دارد عفونت HIV کودک را مخفی نگه دارد، ممکن است آنها برچسب روی داروها را عوض کنند، یا به کودک اجازه دهند دوزهای خارج از منزل را مصرف نکنند، یا از خرید دارو از داروخانه محل خودداری کنند. در واقع، بدنامی اجتماعی و وحشت از برملا شدن ممکن است به همان اندازه روی پایبندی تاثیرگذار باشد که عوامل دیگر، مثلاً وضعیت اقتصادی اجتماعی و روش زندگی پرخطر.

وقتی کودکان رابطه خوبی با مراقب خود داشته باشند، تمایل به پایبندی خوبی از خودشان می‌دهند. پزشکان می‌توانند از مشاوران رفتاری برای آموزش روش قورت دادن قرص به کودکان کمک بگیرند.

در ابتدا جان در مقابل تلاش‌های مراقب اش برای اینکه او داروهایش را به طور منظم‌تری مصرف کند مقاومت می‌کرد. ولی پس از مدتی، اعتمادش به کارکنان درمانگاهی که برای درمان HIV آنجا می‌رفت جلب شد. آنها مرتب به او یادآوری می‌کردند تا داروهایش را به موقع مصرف کند. حالا جان احساس می‌کند بیشتر برای او دلسوزی می‌شود و رفتار لجبازی^۱ او کاهش یافته است.

چه تکنیک‌هایی پایبندی را در کودکان و نوجوانان تسهیل می‌کنند؟

نوجوانانی که بیماری‌های پزشکی مزمن دارند تمایل به آزمایش داروها را دارند، بنابراین پزشکان باید تا حدودی انتظار پایبند نبودن به HAART را داشته باشند. با این حال، میزان رفتار پرخطر نوجوانان پایبند نبودن را پیش بینی نمی‌کند (بلزر و همکاران؛ ۱۹۹۸).

تهدید افراد جوان یا سعی در "ترساندن" آنها برای پایبندی معمولاً موثر واقع نمی‌شود. همکاری با نوجوانان در جهت ایجاد اهداف مشترک، و توضیح مکرر اما بی‌منظور درباره مزیت‌های پایبندی موثرتر می‌باشد. برای تسهیل پایبندی، درمان‌ها و داروهای زیادی در مراکز میان رشته‌ای و خانواده-محور آزمایش می‌شوند (رمفادی، ۱۹۹۸)، که منجر به حضور بهتر در درمانگاه و استفاده‌ی کمتر از خدمات اورژانس می‌شود. با توجه به این موضوع، می‌توان برای کودکان مبتلا به HIV همان مراکز درمانی را ایجاد کرد. گروه‌های حمایتی هم‌تایان نیز می‌تواند یک استراتژی موثر باشد. آنها نه تنها برای جوانان مبتلا راهی برای یاد گرفتن تکنیک‌های مدیریت استرس ارائه می‌کنند بلکه به آنها فرصت ایجاد و مشارکت در استراتژی‌های خاص برای مصرف دارویشان را نیز می‌دهند.

درمانگران بایستی به خاطر داشته باشند که پایبندی نمی‌تواند ثابت باشد. جوانان اغلب در شرایط استرس بازگشت می‌کنند. مهم این است که وضعیت پایبندی کودکان بیمار را همواره سنجش نمود و اهدافی را ایجاد کرد که استرس‌های اثرگذار که روی تمایل و یا توانایی مصرف داروهای تجویز شده را محدود کرد. جهت تأمین مراقبت موثر برای جوانان مبتلا به HIV و بستگان آنها، تیم درمان باید با پشتکار و انعطاف پذیر باشد.

مطالعه موردی: کودکی که روی افشا کار می‌کند

درل پسر ۷ ساله‌ای است که از طریق انتقال عمودی مبتلا شده است. مادرش به کمتر کسانی وضعیت سرولوژی او را گفته است حتی به نامزد فعلی‌اش. و با افشای عفونت درل مخالفت می‌شود. چون او نامزد خود را برای ویزیت‌های درل به کلینیک می‌آورد بنابراین پزشکان بایستی مواظب موضوعاتی که آنها گفتگو می‌کنند باشند.

موقع مناسب برای افشای وضعیت سرولوژی HIV چه زمانی است؟

والدین یا سرپرستان اغلب اطلاعات راجع به سرولوژی مثبت HIV را از کودکان مخفی نگه می‌دارند. از ترس اینکه ممکن است باعث افسردگی، اضطراب، یا کاهش سلامت آنها بشود. زیرا که افشا نمودن اغلب شامل گفتگو درباره فعالیت جنسی یا مصرف مواد می‌گردد، بسیاری خانواده‌ها سعی می‌کنند پنهان کاری کنند. بدنامی و شرم از پنهان نمودن HIV ممکن است باعث شود خانواده‌ها احساس کنند که بیشتر تنها هستند، و به احساسات کودک صدمه وارد شود.

هیچگونه راه آسانی برای تصمیم‌گیری درباره اینکه چه موقع و یا به چه کسی باید درمورد عفونت HIV گفتگو کرد وجود ندارد. با وجود اینکه پزشکان کلاً معتقدند که بلوغ شناختی و احساسی کودک مهمتر از سن او برای تعیین موقع افشا می‌باشد.

پزشکان و خانواده‌ها با افشای واقعیت‌های بیماری متناسب با رشد کودک، می‌توانند به کودکان کمک کنند تا از نظر روانشناختی با موضوع کنار آمده و حس بی‌اعتمادی، تنهایی، گیجی، و افسردگی را در او کاهش دهند (آکادمی متخصصان اطفال آمریکا، ۱۹۹۹). پنهان کاری کمتر درباره HIV به کودکان کمک می‌کند تا احساس شرمندگی کمتری داشته باشند و این منجر به نزدیکی بیشتر روابط خانوادگی می‌گردد. در مواقع خاصی، ممکن است افشاگری به نفع کودک نباشد. برای مثال؛ وقتی کودک به شدت بیمار است، یا به خاطر HACM یا مشکلات شناختی پیشین، دچار رفتار تکانشی یا خشم باشد، پزشکان و خانواده‌ها ممکن است تصمیم بگیرند که چیزی به کودک نگویند. نگرانی این است که این وضعیت بدنامی و تبعیض را افزایش دهد. به هر حال وضعیت HIV کودک پیش از اینکه او از نظر جنسی فعال شود باید افشا و بررسی گردد.

چگونه یک کودک را برای افشای بیماری‌اش آماده کنیم؟

افشا در طول چند جلسه فردی و خانوادگی انجام می‌شود. این در جهت تامین اطلاعات متناسب با رشد کودک شکل گرفته و باید شامل موارد زیر باشد: ویروس چیست، چه کسی ممکن است آن را بگیرد، چگونه انتقال پیدا می‌کند، و تفاوت بین "ویروس و بیماری چیست". پس از هر جلسه، پزشک باید به مراقبان بگوید که چگونه با سوالاتی که پیش می‌آید روبرو شوند. نهایتاً کودک متوجه می‌شود که او مبتلا شده است و برای کمک چه باید انجام شود.

برای اطمینان از درک کودک، پزشک باید اطلاعات را در بخش‌های کوچک در اختیار کودک قرار داده و از او بپرسد تا هر بخش را تکرار کند. بسته به سن و توانایی‌های شناختی کودک، اطلاعات می‌توانند به

صورت تصویری و داستانی به کودک داده شود (مثلا جیمی و ویروس تخم‌مرغ‌ها) برگه‌های رنگ‌آمیزی یا ویدئو (مرکز ملی منابع HIV برای کودکان و خانواده، ۱۹۹۹).

برای اطلاعات بیشتر درباره استراتژی‌های افشا برای مراحل مختلف رشد، لطفاً به سایت WWW.Pedhivaid.org/education مراجعه کنید.

وقتی خانواده نمی‌خواهد به کودک اطلاع دهد چه باید کرد؟

برخی والدین یا سرپرست‌ها نمی‌خواهند متقاعد بشوند که افشا کردن به کودک کمک می‌کند. در چنین مواردی، تیم باید به حمایت از خانواده ادامه داده و سعی کند ترس آنها را از افشا شدن درک کند. با گذشت زمان، با کار کردن با خانواده و متحد شدن با آنها در جهت اهداف مشترک، ممکن است پزشک بتواند از وحشت آنها کاسته و دیدگاه آنها را تغییر دهد.

وقتی که احساس می‌شود که درل از نظر درک به اندازه کافی بزرگ شده است، بدون آشکارسازی برای همگان، پزشکان شروع به آگاه ساختن او می‌کنند. بالاخره آنها می‌توانند مادرش را متقاعد کنند که این اطلاعات به او کمک می‌کند تا اضطرابش را کاهش دهد. همچنین درمانگر به مادر درل می‌فهماند که او بایستی موضوع را با نامزد فعلی خود نیز در میان بگذارد.

چگونه کودک و خانواده را برای انتقال از بخش کودکان به بخش بزرگسالان آماده

می‌سازیم؟

برای همه بچه‌های مبتلا به بیماری‌های مزمن و خانواده‌شان انتقال از مجتمع کودکان به بزرگسالان دشوار است. این انتقال زمانی به آسانی انجام می‌شود که پزشکان هر بخش بتوانند به بیمار و خانواده نشان دهند که:

- می‌توانند با هم به خوبی ارتباط داشته باشند
- و اطلاعات مهم پزشکی از بین نخواهد رفت

برای هر بیماری که مدتی است به درمانگاه کودکان مراجعه می‌کند کار انتقال بایستی در همان سال اول شروع شود. پزشکان هر کدام از درمانگاه‌ها باید با نوع کار و خدمات یکدیگر آشنایی داشته و از چگونگی تفاوت‌ها نیز مطلع باشند تا بتوانند بیماران را برای هرگونه تغییری آماده سازند.

در طول این انتقال برخی کودکان ممکن است با پایبند نبودن، مخالفت خود را نشان دهند. پزشکان بایستی با این موضوع آشکارا برخورد کرده و خطرات بالقوه آن را به کودکان توضیح دهند. برای حصول

اطمینان از اینکه کودک احساس نکند که فراموش شده است پزشکان باید روش‌های متعددی را امتحان کنند، مانند ترتیب دادن یک دیدار از درمانگاه کودکان یا نصب یک تابلو عکس از دانش‌آموختگان درمانگاه کودکان.

نتیجه‌گیری

برای بسیاری از کودکان و نوجوانان که دسترسی به درمان‌های ضدترتروویروسی دارند، HIV بیشتر به شکل یک بیماری مزمن درآمده است تا یک بیماری کشنده. ولی با این حال، رژیم درمانی ضدترتروویروسی می‌تواند دست و پاگیر باشد و پایبند شدن برخی افراد جوان مشکل جدی است. روان‌درمانگران می‌توانند نقش کلیدی در افزایش پایبندی به رژیم‌های دارویی داشته، درد را مدیریت کرده، و روان‌درمانی برای خانواده فراهم کنند.

چون در حال حاضر کودکان مبتلا به HIV بیشتر عمر می‌کنند، توانایی آنها برای رسیدن به نقاط عطف رشد و تکامل طبیعی و فراهم آوردن نیازهای آموزشی آنها اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. روان‌درمانگران می‌توانند با بررسی مسایل رشدی مثلاً به خانواده‌هایی که فرزندان دارند که مبتلا به اختلال شناختی هستند کمک کنند تا برنامه‌های آموزشی مناسب داشته باشند. یا برای مشکلات جنسی نوجوانان و خانواده آنها به‌ایشان کمک کنند یا آموزش لازم برای کاهش رفتارهایی را که می‌تواند دیگران را در خطر بیاندازد فراهم نمایند.

درمان موثر کودکان و نوجوانان مبتلا به HIV، نیاز به همکاری متخصصان کودکان، مددکاران اجتماعی، روان‌شناسان، روانپزشکان، مدیران مورد^۱ و کاردرمانگران، فیزیوتراپیست‌ها، گفتار‌درمانگران را دارد. هر گاه ممکن باشد، استراتژی‌های درمانی کودک و مدیریت مورد بایستی با سازمان‌های مدنی هماهنگ شود.

منابع

1. American Academy of Pediatrics. Disclosure of illness status to children and adolescents with HIV infection. *Pediatrics*, 103(1) (1999): 164-6.
2. Belzer, M., Fuchs, D., Tucker, D. and Slonimsky, G. High risk behaviors are not predictive of anti-retroviral non-adherence in HIV + youth. 12'11 World AIDS Conference, Geneva, June 28-July 3, 1998.
3. Bose, S., Moss, H. A., Brouwers, P. et al. Psychologic adjustment of HIV-infected school-age children. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15 (1994): S26-33.

4. Brady, M. T., McGrath, N., Brouwers, P. et al. Randomized study of the tolerance and efficacy of high- versus low-dose zidovudine in human immunodeficiency virus - infected children with mild to moderate symptoms (AIDS clinical trials group 128). *Journal of Infectious Diseases*, 173(5) (1996): 1097-106.
5. Brouwers, P., Charles, D., Heyes, M. P. et al. Neurobehavioral manifestations of symptomatic HIV-1 disease in children: can nutritional factors play a role? *Journal of Nutrition*, 126 (1996): 2651S--62S.
6. Brown, L. K., Lourie, K. J. and Pao, M. . Children and adolescents living with HIV and AIDS: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1) (2000): 81-96.
7. Centers for Disease Control and Prevention, HIV AIDS Surveillance Report. Mid-year edition, 13 (2001).
8. Grassi, L., Righi, R., Sighinolfi, L. et al. Coping styles and psychosocial-related variables in HIV-infected patients. *Psychosomatics*, 39 (1998): 350-9.
9. Hansell, P. S., Hughes, C. B., Caliandro, G. et al. The effect of a social support boosting intervention on stress, coping and social support in caregivers of children with HIV/AIDS. *Nursing Research*, 47 (1998): 79-86.
10. Lewis, M. (ed.) *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 2nd edn. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996.
11. Markowitz, J. c., Klerman, G. L. and Perry, S. Interpersonal psychotherapy of depressed HIV-seropositive outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 43 (1991): 885-90.
12. Mufson, I., Moreau, D., Weissman, M. et al. Modifications of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A): Phase I and II studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(5) (1994): 695-705.
13. National Pediatric and Family HIV Resource Center (NPHRC). (1999). Complex issue of HI V disclosure to children and adolescents in the forefront. www.thebody.com/nphrc/disclosure.html
14. Pao, M., Lyon, M., D'Angelo, I. D. et al. Psychiatric diagnoses in HIV seropositive adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154(3) (2000): 240-4.
15. Papola, P., Alvarez, M. and Cohen, H. Developmental and service needs of school-age children with human immunodeficiency virus infection: a descriptive study. *Pediatrics*, 94(6) (1994): 914-18.
16. Remafedi, G. The University of Minnesota Youth and AIDS Projects' Adolescent Early Intervention Program. *Journal of Adolescent Health*, 23 (1998): 115-21.
17. Rotherarn-Borus, M. J., Lee, M. B., Gwadz, M., and Draimin, B. An intervention for parents with AIDS and their adolescent children. *American Journal of Public Health*, 91(8) (2001): 1294-302.

18. UNAIDS. Global summary of the HIV/AIDS epidemic, December 2000. World AIDS Campaign, 2000. (Available as a living document at www.unaids.org/wac/2000).
19. AIDS Epidemic Update. Children and young people in a world of AIDS. Joint United Nations Program on HIV/AIDS, (2001). (Available as a living document at www.unaids.org/epidemic_update)
20. WEB SITES
21. Disclosure strategies for different developmental stages (Available as a living document at www.pedhivaids.org/education.)

فصل دوازدهم

کودکان غیر مبتلا از والدین مبتلا به HIV

سیتیا. جی. تلینگاتور

مقدمه

بر اساس گزارش‌های ارائه شده در یک جلسه ویژه HIV/AIDS در سازمان ملل متحد در ماه جون سال ۲۰۰۱، "پیش بینی شده است که تعداد کل کودکان یتیم شده در اثر این بیماری همه گیر که از زمان آغاز بیماری ۱۳.۲ میلیون نفر است در سال ۲۰۱۰ بیش از دو برابر خواهد شد" (برنامه ایدز سازمان ملل، سازمان بهداشت جهانی). بیشترین تعداد این کودکان در منطقه جنوب صحرای آفریقا زندگی می‌کنند ولی انتظار می‌رود که جزایر واقع در دریای کارائیب و آسیا نیز افزایش زیادی را در تعداد کودکان یتیم با والدین مبتلا به AIDS تجربه کند. کودکانی که والدین آنها مبتلا به HIV هستند باید در سکوت خود عواقب روانی، اقتصادی، اجتماعی و فیزیکی این بیماری را تحمل کنند. این کودکان والدین، جامعه و دیگر منابع مهم حمایتی خود را از دست می‌دهند. آنها چندین پیامد دیگر از قبیل: احساس از دست دادن، خجالت، مسوول بودن و انزوا و تنهایی را نیز تجربه می‌کنند. در بیشتر نقاط جهان، زیرساخت اجتماعی برخورد با HIV ضعیف و نامناسب است.

کار بر روی این کودکان و خانواده‌های آنها ممکن است دشوار باشد اما ثمربخش است. بسیاری از مشکلات آنها شبیه به مشکلات کودکانی است که به خاطر مسایل دیگری دچار سوگ و اندوه هستند اما بسیاری دیگر از مسایل مربوط به آنها مسایلی ویژه می‌باشد.

بررسی موردی: یک کودک پیش دبستانی غیر مبتلا

یک زن مبتلا به HIV که در چندین درمانگاه HIV با روش‌های مختلف درمانی تحت درمان بود نگران تأخیر یادگیری زبان و حرف زدن دختر بچه ۳ ساله خود "آنجلا" بود و درخواست کرده بود که ارزیابی‌هایی روی این کودک انجام شود. اگرچه والدین وی نخستین نسل مهاجران کشورهایی بودند، آنجلا در آمریکا به دنیا آمده بود. والدین او به زبانی مخلوط از زبان مادری و انگلیسی^۱ صحبت می‌کردند ولی می‌توانستند به انگلیسی هم صحبت کنند. کارکنان درمانگاه دریافتند که پدر او هم مبتلا به HIV است اگرچه خواسته بود که مبتلا شدن وی به این بیماری از همسرش مخفی بماند.

یک روانپزشک کودک در درمانگاه شروع به ارزیابی و بررسی او کرد. با توجه به این که این کودک نشانه‌های اکولالیا^۲ و اکوپراکسیا^۳ را داشت بنابراین روانپزشک مقدمات کار را فراهم کرد تا متخصص اعصاب و متخصص گفتار درمانی هم او را ببیند. روانپزشک بر اساس این ارزیابی‌ها می‌توانست دلایل رفتار اضطرابی کودک را بفهمد. آنجلا مورد خشونت خانگی قرار گرفته بود اما شاهد این بود که والدین وی به خاطر تأثیر HIV بر روی سلامت روانی و جسمی‌شان تغییر کرده بودند.

کمی بعد از ارجاع، حال مادر خیلی سریع رو به وخامت گذاشت. او دچار مشکلات شناختی و روان‌پریشی شد. روان‌پریشی و دمانس مادر باعث گیج شدن آنجلا شده بود و بیچاره و درمانده شاهد بدتر شدن وضعیت روانی و جسمی مادرش بود. آنجلا به پیش دبستانی می‌رفت که بقیه کودکان هم دارای والدین مبتلا به HIV بودند. یک درمانگر از آن درمانگاه، آنجلا را طی جلسات گروه‌درمانی دو بار در هفته در این مدرسه معاینه می‌کرد. با گذشت زمان آنجلا یاد گرفت چگونه احساسات خود را بیان کند و آنها را بشناسد و مهارت‌هایی را برای توصیف تجارب خود کسب کند و کم‌کم از لاک خود بیرون آمد. این درمانگر و معلم آنجلا با او و دیگر کودکان کار کردند و به ارزش‌گذاری تغییراتی پرداختند که در والدین آنها مشاهده کردند و این تغییرات را با عنوان پیامدهای بیماری آنها نامگذاری کردند. زمانی که اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه آنجلا در این درمان مورد ارزیابی قرار گرفت آن‌گاه بیشتر این نشانه‌ها کاهش پیدا کردند. با گذشت زمان بین درمانگر و آنجلا، والدین وی و دیگر اعضای خانواده وی اعتماد ایجاد

1 Creole

2 Echolalia

3 Echopraxia

شد. زمانی که مادر آنجلا به مدت طولانی در یک مرکز درمانی بستری شده بود، کودک با پدرش در آپارتمانشان ماند. اما در طول یک ماه دوری مادر از خانه، برای پدرش تشخیص سارکوم کاپوزی داده شد و سلامتی وی خیلی سریع رو به وخامت رفت. بدتر شدن وضعیت سلامتی پدر شامل عدم توانایی وی در نگهداری از فرزندش هم می‌شد. هیچ برنامه‌ریزی برای نگهداری و سرپرستی آنجلا انجام نشده بود چون مادر آنجلا فکر می‌کرد پدرش سالم است. پنهان بودن این مساله موجب شده بود که بقیه خانواده آنجلا هم برنامه خاصی برای نگهداری از او نداشته باشند. با نزدیک شدن مرگ پدر، او تصمیم گرفت که بیماری خود و همسرش را به خانواده‌ها اطلاع دهند. سپس، آنجلا که دو ماه در یک آسایشگاه ویژه نگهداری شده بود به خانه یکی از بستگان نقل مکان کرد. چند هفته بعد پدرش مرد و بعد از پدرش مادرش هم مرد. او در سن ۴ سالگی به خاطر AIDS یتیم شد.

درمانگر چگونه باید به یک کودک کم سن و سال مبتلا به HIV نزدیک شود؟

ارزیابی و آزمایش هر کودک و یا نوجوان مبتلا به HIV باید در بافت خانواده انجام شود. بر اساس بسیاری از تحقیقات، تاثیر روانشناختی مرگ یکی از والدین نشان می‌دهد که توانایی یکی از والدینی که پس از مرگ والد دیگر زنده مانده است در پشتیبانی و حمایت از کودک در فرآیند سوگواری کودک مهم‌ترین عامل در سلامت روانی کودک می‌باشد. (راویس و دیگران، ۱۹۹۹). کودکانی مانند آنجلا که یتیم شده‌اند برخلاف کودکانی که والدین خود را در جنگ از دست می‌دهند جامعه از آنها حمایت نمی‌کند. خجالت و ننگی که به خاطر بیماری HIV وجود دارد خانواده آنها را منزوی می‌کند و این جدایی و انزوا حتی پس از مرگ والدین هم باقی می‌ماند.

در این موقعیت تماس طولانی مدت و دوره‌ای با درمانگر کمک خیلی زیادی به خانواده می‌کند. اگر چه ممکن است خانواده در ابتدا درخواست درمانگر برای صحبت در مورد مسایل روانی و تجارب خود را رد کنند اما غالباً آنها این کمک و سیستم بسیار مفید را برای دریافت مزایا و خدمات می‌پذیرند.

آرام آرام درمانگر می‌تواند اعتماد خانواده را به دست بیاورد و والدین کم کم اعتماد می‌کنند به ویژه زمانی که نگران سلامت روانی کودکان خود می‌شوند. در این جا درمانگر باید خواسته‌های والدین را درباره پرسش‌هایی که کودکان در مورد بیماری والدین و یا خواهر و برادر خود می‌پرسند به گفتگو بگذارد. این فرصتی است که درمانگر می‌تواند درباره روش‌های ارزیابی درک می‌کند ارزیابی کرد کودک صحبت کند حتی اگر نام این بیماری گفته نشده باشد. به این صورت از والدین و کودکان درخواست می‌شود تا در مورد احساسات، ترس‌ها، و امیدهای خود برای آینده و سرنوشت اعضای خانواده در آینده صحبت کنند.

آنجلا چگونه باید مورد ارزیابی قرار بگیرد؟

پیچیدگی مساله آنجلا حاصل بسیاری از عوامل داخلی و خارجی است. در ارزیابی مساله او، درمانگر باید

به این موارد توجه کند:

- به بررسی بسیاری، عواملی بپردازد که قبل از بروز HIV وجود داشته است و بر رشد اولیه او تاثیر گذاشته است مانند خشونت خانگی، افسردگی مادر و فقر
- این مساله را مشخص کند که چگونه تماشای مرگ روانی و فیزیکی پدر و مادر می‌تواند آزارهایی که او قبلاً تحمل کرده است را از نظر روانی پیچیده‌تر کند
- مشکلات پزشکی را که می‌تواند چنین تظاهراتی داشته باشد را در او رد کند
- مسایل فرهنگی و زبانی که به رفتار آنجلا و تاخیر در حرف زدن وی مربوط می‌شود را درک کند.

سرپرستان آنجلا اجازه دادند تا درمانگر پس از مرگ والدین وی با او در ارتباط باشد. آنجلا علیرغم داستان غم‌انگیز زندگی‌اش و برخلاف بسیاری از کودکان یتیم شده در اثر AIDS پس از مرگ والدین خود یک محیط ثابت و آرامی داشت. همچنین او دائماً با درمانگر خود در ارتباط بود. این مساله به او کمک کرد تا به زندگی خود ادامه بدهد، پایگاهی برای خود داشته باشد و به او این امکان را داد تا پیشرفت کند.

درمانگر در زمان درمان کودکان دارای والدین مبتلا به HIV مثبت باید چه مسایل

فرهنگی را مد نظر داشته باشد؟

درمانگران باید خودشان آموزش دیده باشند و به باورهای مذهبی و فرهنگی خانواده‌هایی که آنها را درمان می‌کنند حساس باشند. آگاهی و حساسیت فرهنگی نیز با این خانواده‌ها همراه می‌باشد و توانایی درمانگران را در کار با خانواده‌هایی که دارای پیش زمینه‌های فرهنگی متفاوت هستند افزایش می‌دهد (فصل 16A را درباره تنوع فرهنگی مشاهده کنید).

بسیاری از والدین برای پذیرش مراقبت‌های روان‌درمانی فرزندان خود باید بر این برچسب ننگ ناشی از بیماری شان، احساس عدم کفایت و گناهی که به علت ابتلا به HIV دارند غلبه کنند. این مساله مانع عمده در انجام اقدامات پیشگیرانه در مورد این خانواده‌ها می‌باشد. این خانواده‌ها معمولاً قبل از این که اجازه دهند فرزندان آنها مورد مراقبت روان‌درمانی قرار بگیرند نیاز به مشاوره گسترده دارند.

والدین آنجلا باید بر مشکلات زیادی غلبه می‌کردند تا درمان رواندرمانی را بپذیرند. مادر آنجلا نگران بود که دیگران فکر کنند آنجلا دیوانه است. این بر اساس باوری بود که بیشتر افراد جامعه‌ای که او در آن زندگی می‌کرد به فردی داشتند که مورد مراقبت رواندرمانی قرار می‌گرفت و دیوانه خطاب می‌شد. مادر آنجلا در برخورد با این مساله و برای از بین بردن این ننگ بسیار غیر معمول عمل کرد و آنچه که فکر می‌کرد بهترین درمان درازمدت برای دخترش است برگزید.

توانایی کودک چه نقشی در شکل‌گیری دلبستگی‌ها و توانایی وی برای استفاده از

درمان دارد؟

سابقه و تاریخچه اولیه دلبستگی کودک و توانایی او در شکل‌گیری دلبستگی‌ها می‌تواند بر توانایی کودک در فائق آمدن بر غم از دست دادن والدین و بهبودی او بسیار کمک کند. شکل‌گیری استراتژی مداخله‌ای برای کودکان که متأثر از HIV هستند باید همراه با آگاهی از توانایی کودک در شکل‌گیری دلبستگی و استفاده از ابعاد درمانی باشد که به بررسی این مساله می‌پردازد.

آیا افشا سازی برای درمان موفق ضروری است؟

درمان کودکان متأثر از HIV باید بر اساس نیازهای فردی کودکان در بافت خانواده باشد. درمانگران باید از نیازهای والدین مطلع باشد و به افشا سازی و برملا شدن این مساله احترام بگذارد و چه نام این بیماری برملا شود و یا این که مخفی بماند، فرقی نمی‌کند و چیزی که حائز اهمیت است این است که درمانگر راهی برای صحبت کردن درباره آن چه در زندگی تمام افراد خانواده اتفاق می‌افتد پیدا کند. درمانگر با شناخت تغییرات اجتماعی، اقتصادی و فیزیکی که کودک در اثر این بیماری شاهد آنها بوده است می‌تواند احساس مسوولیت و سردرگمی کودک را کاهش دهد. این گفتگوی دوطرفه همچنین می‌تواند به والدین کمک کند تا برنامه‌های حمایتی برای سرپرستی کودک تعیین کنند و دلبستگی کودک را به سرپرست‌های جدیدش بیشتر کنند.

اگر آنجلا دارای خواهر و برادرهایی بود که HIV مثبت داشتند آن گاه زندگی اش چه تفاوتی می کرد؟ آیا تفاوتی میان تجربه افرادی که خواهر و برادرهایی با HIV مثبت دارند با تجربه کودکانی که خواهر و برادران آنها از بیماری های دیگری غیر از ایدز رنج می برند وجود دارد؟

یک کودک غیر مبتلا در خانواده ای با یک کودک مبتلا باید با ترس از دست دادن او و گناه زنده ماندن خود زندگی کند. این تجربه خیلی متفاوتی نسبت به فردی ندارد که دارای خواهر و برادرهایی هستند که از بیماری های دیگر رنج می برند. در کشورهایی که درمان HIV موجود می باشد، مسیر HIV تغییر یافته و از یک بیماری حاد به یک بیماری مزمن تغییر یافته است. خواهر و برادرهایی که اعضای خانواده آنها ایدز دارند مانند خانواده هایی که در آنها بیماری های دیگر وجود دارد یاد می گیرند تا حاد بودن این بیماری و مداخله های دارویی مداوم و درمانها و همچنین تغییرات پویای خانوادگی را تحمل کنند. در خانواده هایی که دچار بیماری HIV هستند تنها تفاوتی که وجود دارد این است که یکی از اعضای خانواده و یا هر دوی آنها دارای یک بیماری مشابه هستند.

گاهی که والدین احساس می کنند اغلب ناشی از انتقال این بیماری به فرزندی است که مبتلا شده است. خواهر و برادرهایی که مبتلا نیستند نیز از این که مبتلا نیستند هم احساس گناه می کنند و هم احساس آسودگی و از اینکه این همه توجه و وقت نصیب کودک مبتلا می شود حسودی می کنند. همچنین از خواهر و برادرهایی که مبتلا نیستند خواسته می شود که راز این بیماری را مخفی نگه دارند. آنها در برابر کودک بیمار در زمانی که والدین آنها حضور ندارند احساس مسوولیت می کنند. کودکان غیر مبتلا به دلیل این که باید این بیماری را مخفی نگه دارند از دوستان خود کناره گیری می کنند و همچنین از دیگر افراد بزرگسال که می توانند آنها را از نظر احساسی و تکاملی حمایت کنند نیز کناره گیری می کنند.

مطالعه موردی: کار با یک نوجوان غیرمبتلا

وندی یک دختر ۱۵ ساله سفیدپوست (نژاد قفقازی) است که مادرش دارای سابقه استفاده از مواد مخدر است. زمانی که وندی و خواهر و برادرهایش هنوز به مدرسه نرفته بودند به دلیل این که مورد بی توجهی مادر بودند از خانه خودشان جدا شدند. وندی در همان زمان مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفت. زمانی که مادرش مواد مخدر را ترک کرد دوباره به خانه خودشان برگردانده شد. جدیداً خانواده آنها شامل وندی، برادر ۸ ساله اش جو، خواهر ۱۳ ساله اش جان که در یک بیمارستان روانی بستری شده و مادرش است. زمانی که مادرش فهمید HIV دارد این مساله را به وندی گفت و از او خواست که به خواهر و برادرهایش چیزی نگوید. بنابراین وی در غم و اندوه خود بسیار منزوی شده بود.

به تازگی کارکنان درمانگاه بدون اجازه مادر، بیماری مادر را به جان اطلاع دادند و به همین دلیل جان تماس خود را با همه قطع کرده است. وندی و مادرش فکر می‌کردند که "جو" در مورد این مساله اطلاعی ندارد اگرچه وی در موقعیت‌هایی قرار داشته است که درباره بیماری مادر بی‌پرده گفتگو شده است.

از زمانی که وندی فهمید مادرش دچار HIV شده است دو بار سعی کرد خود را بکشد که هر دو بار از داروهایی که برای مادرش و بیماری او تجویز شده بود برای این کار استفاده کرد. وی در این دو اقدام به خودکشی هم ناامیدی و عصبانیت خود از مادر را نشان داد و هم با بیمار و در حال مرگ نشان دادن، خودش را با مادرش همانند سازی کرد. به دنبال دومین خودکشی، وندی برای ارزیابی و بررسی‌های روانشناختی ارجاع داده شد.

زمانی که وندی با روانپزشک روبرو شد در مورد فرآیند دردناک تماشای بدتر شدن حال مادرش، و تلاش مادرش برای حفظ ارتباط با او با وجود احساس خشم، گناه و غم صحبت کرد. تغییراتی که وی در مادرش مشاهده کرد ترسناک و گیج کننده بود. وندی مادرش را با ترسی که در چشمانش آشکار است برای روانپزشک توصیف می‌کند: "پاهای او لاغر و شکمش بزرگ شده است اما چرا کاری نمی‌کند تا معمولی‌تر به نظر برسد. حالا لباس‌های من اندازه او شده است."

پس از این جلسه و در آخر هفته مادرش او را به بیرون برد تا برای او لباس مدرسه بخرد. او می‌خواست برای مادرش شلواری خیلی کوچک بخرد که آن دو را از هم متمایز کند چون مادرش از نظر جسمی و روانی آن قدر ترسناک شده بود که وندی نمی‌توانست او را تحمل کند. آن دو با هم دعوا کردند و وندی به مدت دو روز به خانه برنگشت. بعد از تشکیل یک جلسه خانوادگی پس از بازگشت وی به خانه، وندی توانست برخی از ترس‌های خود را بروز دهد و از مادرش خواست به محل زندگی فرزندان پس از مرگش فکر کند. حالا وندی بیشتر می‌توانست در مورد آینده خود، آرزو و ترس‌هایش صحبت کند. چون حالا او آرزو دارد بیش از مادرش تلاش کند، با احساسات خیانت و وفاداری دست و پنجه نرم می‌کند. حالا او نگران این است که چه کسی برادر کوچک‌ترش را بزرگ می‌کند. او می‌داند که مادرش می‌خواهد پس از مرگش او سرپرستی برادرش را به عهده داشته باشد.

وندی مانند تمام نوجوانان هم سن و سال خود که در این موقعیت هستند بسیار در معرض حاملگی و اعتیاد و HIV می‌باشد. او اخیراً در جلسه‌ای گفته است "من می‌خواستم زمانی که ۱۶ ساله شدم خانه را ترک کنم اما اگر بخوام از برادرم هم مراقبت کنم ممکن است که بخوام خودم هم بچه دار شوم. او مصرف مشروب و فعالیت جنسی را شروع کرده است. اگر چه او در مورد رابطه جنسی ایمن اطلاعاتی دارد و تا به حال آنها را رعایت کرده است، به تازگی گفته است "من ممکن است برادرم شوم اما HIV نخواهم گرفت." این نشان‌دهنده احساسات دوگانه وی نسبت به مادرش و همزادی او با مادرش در مواجهه به از دست دادن مادرش در آینده نزدیک می‌باشد.

دل‌بستگی کودک چه نقشی در توانایی وی در استفاده از درمان ایفا می‌کند؟

وندی برخلاف آنجلا دل‌بستگی نامطمئنی به مادر قبل از بیمار شدن وی داشت. رفتارهای دل‌بستگی وی در بافت درمان دوباره ایجاد شد. وندی تنها هر از گاهی می‌توانست با درمانگر ملاقات داشته باشد و تحمل می‌کرد تا در مورد احساسات خود نسبت به مادرش صحبت کند.

چه مسایلی در رشد نوجوان متأثر از HIV تاثیر دارد؟

چون احساسات خشونت و میل جنسی در دوران نوجوانی افزایش می‌یابد، بنابراین خود بیماری HIV یک تهدید واقعی است. این بیماری ابزاری است برای همزادی با والدینی که می‌میرند، از این طریق بچه‌ها به آنها می‌پیوندند و جلوی تنها شدنشان گرفته می‌شود، و این راهی برای مقابله با پدر یا مادر و حتی مقابله با خود به خاطر احساس گناه از زنده ماندن می‌باشد. معمولاً نوجوانان با مسایل رشدی مانند جدایی و استقلال مشکل دارند. در نوجوانانی که پدر یا مادر آنها مبتلا به HIV است، این مبارزه خیلی سخت می‌شود چرا که می‌دانند برای همیشه والدین خود را از دست می‌دهند.

نوجوانان در خانواده‌های متأثر از HIV ممکن است کارشان به مراجع قانونی کشیده شود چون آنها به دنبال فرد یا افراد قوی تری هستند تا احساسات خشونت، انتقام و ترس را کنترل کنند. این وضع در نوجوانان ممکن است به صورت افزایش رابطه جنسی تظاهر کند، که در واقع راهی است برای تنبیه کردن خود به خاطر بیماری والدین و مرگ آنها یا این که ناخواسته می‌خواهند پدر و مادر از دست رفته خود را با یک بچه جایگزین کنند. نوجوانان فکر می‌کنند به دنیا آوردن یک نوه دلیلی برای امید والدین به زندگی می‌شود و سعی می‌کنند تا با این کار جای خالی والدین خود را پر کنند. روش سازگاری هر نوجوان با این مساله متفاوت است ولی بیشتر آنها به خاطر رفتارهای پرخطر در معرض آسیب قرار دارند.

وندی در نهایت از یک مرد جوان که از او سوء استفاده کرد و او را رها کرد
باردار شد. پس از این که فرزندش به دنیا آمد، مادر وندی از او خواست به خانه
بازگردد و وندی به همراه نوه کوچک به خانه بازگشت. مادرش با استفاده از
داروهای مهارکننده پروتئاز وضعیت نسبتاً ثابتی پیدا کرده بود. چون مادرش به
او گفته بود که درمانگر گفته است بچه‌اش را از او می‌گیرند تا در مرکز
بهبیستی نگهداری شود بنابراین او از ملاقات مجدد با درمانگر سرباز زد. او
درمانگر را قربانی کرد تا خانواده جدید خود را حفظ کند و امید داشت که
مادرش زنده بماند.

وندی چند سال بعد به نزد درمانگر بازگشت تا برای حل مشکل اضطراب خود از او کمک بگیرد. او مواد مخدر را ترک کرده بود و یک زندگی برای خودش درست کرده بود. او به مدرسه بازگشته بود تا مدرک دانشگاهی بگیرد و یک کار تمام وقت داشت. او مدت کوتاهی پس از درمان برای بار دوم باردار شد.

تاریخچه زندگی وندی مانند تمام خانواده‌هایی که دارای بیماری HIV هستند دربرگیرنده از دست دادن اعضای خانواده در چند نسل می‌شود و داستان نسل قبلی همیشه تکرار می‌شود بدون این که امیدی برای نتایج امید بخش‌تر وجود داشته باشد.

مسایل انتقال متقابل که درمانگر باید به آنها پردازد کدامند؟

مسایل انتقال متقابل بسیار پیچیده است و این احساسات غالباً خیلی طاقت فرسا می‌باشند. درمانگر سلامت روانی باید فرد با احساسات درماندگی خود در رویارویی با یک بیماری مواجه شود که می‌تواند خانواده‌ها را نابود کند و از هم بپاشد. درمانگر مانند کودک ممکن است عقب نشینی کند و بدتر شدن وضعیت کودک و یا افراد بزرگسال آلوده به HIV را در نتیجه اقدامات و عدم توجه خودش بداند. درمانگر برای دفاع از خود در برابر این ترس و همچنین بیان آرزوهای وابسته خود^۱ ممکن است ناخودآگاه تاثیر این از دست دادن‌ها را انکار کند.

درمانگر برای کمک به تحمل آسان‌تر این غم و اندوه باید بتواند تاثیر سوگواری و اندوه چند مورد از فقدان‌ها را تحمل کند. درمانگر باید هم از فواید و هم تاثیر مخرب انکار این مساله توسط وی و در نهایت عزاداری خانواده اطلاع داشته باشند. درمانگر با کار بر روی خانواده‌های متاثر از HIV ممکن است به مقابله با احساسات پیچیده همزادی با والدین و فرزندان پردازد که سعی می‌کنند مسایل مختلف روانشناختی و پزشکی پیچیده را حل کنند. او همچنین باید با گناه زنده ماندن خود مقابله کند.

درمانگر باید متوجه آسیب‌های روحی باشد که باعث می‌شود بیش از اندازه درگیر مسایل، یا منزوی و یا دور از دسترس شود. درمانگر برای مقابله با این موارد به پشتیبانی و کنترل و نظارت نیاز دارد:

- خواسته‌های کودک، والدین و خود او برای ایفای نقش والدین
- گناهی که همراه با این خواسته‌ها و عدم توانایی در عمل به آنها وجود دارد.

این کار در دراز مدت انجام می‌شود و شاخه‌های متعدد این بیماری در سیستم خانوادگی برای مدت طولانی احساس می‌شود.

دوره‌های درمانی در کشورهای که درمان HIV در دسترس است چگونه تغییر کرده است؟

درمان کودکان غیر آلوده ممکن است برای مدت زمان زیادی به طول بیانجامد. تماس‌های زودرس می‌تواند به خانواده کمک کند. به این صورت که این امکان را برای درمانگر فراهم می‌کند تا در درمان‌های روانی پیشگیرانه شرکت داشته باشند. اقدامات و مداخله‌های مختصر می‌تواند به درگیری‌های احساسی کمک کند که با مسایل رشد در ارتباط می‌باشد. اعضای مختلف خانواده ممکن است مجدداً بارها و بارها در زمان‌های مختلف زندگی خود با درمانگر ارتباط برقرار کنند.

درمان با تشخیص بیماری آغاز می‌شود ولی با مرگ اعضای خانواده به پایان نمی‌رسد. باید هر اقدامی انجام شود تا ارتباط درمانی با کودکان غیرآلوده پس از مرگ والدین و یا خواهرها و برادرها برقرار شود. در بسیاری از درمانگاه‌ها این پرونده زمانی که اعضای خانواده می‌میرند بسته می‌شود. برای ادامه این روند در خانواده باید در داخل و خارج از درمانگاه اقداماتی انجام شود تا در خانه هم مانند درمانگاه مراقبت‌های سلامت روانی در زمان بیماری و بعد از مرگ افراد خانواده انجام شود. خانواده ممکن است پس از مرگ بیمار به دلیل احساس شرمندگی، ننگ و ناآگاهی از چگونگی نشان دادن غم و اندوه در کودکان در انجام مراقبت‌های سلامت روانی تردید کنند. ولی هنگامی که از قبل خانواده تحت مراقبت درمانگاه قرار گرفته باشد آنگاه سرپرست‌های جدید خانواده می‌دانند که درمانگران عضو معتمد تیم مراقبت و سلامت روانی فرد هستند و به درمانگر این امکان را می‌دهند تا به کار درمانی خود با کودکان غیرآلوده پس از مرگ والدین ادامه دهند.

نتیجه‌گیری

تاثیر HIV بر روی خانواده بسیار مخرب است. این یک جنگ بدون سلاح است و کودکان یتیم سوگوار از دست دادن کسی می‌شوند که غالباً جامعه از آنها دوری می‌کند. درمانگر به ارائه مجموعه‌ای می‌پردازد که در آن کودکان غیرآلوده می‌توانند با والدین خود با عشق و نفرت در تماس باشند. این مساله تفاوت مهمی را ایجاد می‌کند و به کودکان این امکان را می‌دهد تا با چالش‌های رشدی در زمانی مواجه شوند که با غم و اندوه خود مبارزه می‌کنند. HIV یک بیماری همه‌گیر است که دارای تاثیر عمیق پیوسته بر زندگی بسیاری خانواده‌ها در سراسر جهان می‌باشد ولی هر مداخله کوچکی می‌تواند به کودک، نوجوان و فرد بزرگسال کمک کند که به آینده امیدوار شود.

منابع

1. Raveis, V. H., Siegel, K. and Karus, D. Children's psychological distress following the death of a parent. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(2) (1999): 165-180.
2. UNAIDS/WHO. Fact Sheet: Orphans and Children in a World of AIDS. United Nations Special Session on HIV/AIDS, New York: June 25-27, 2001. Available at www.unaids.org
3. SUGGESTED READING
4. Boyd-Franklin, N., Danovsky, M. and Lowrie, K. (eds.) *Children, Families, and HIV/AIDS*. New York: Guilford Press, 1995.
5. Committee on Pediatric AIDS. Disclosure of illness status to children and adolescents with HIV infection. *Pediatrics*, 103 (1999): 509-10.
6. Foster, G. Supporting community efforts to assist orphans in Africa. *New England Journal of Medicine*, 36(24) (2002): 1907-10.
7. Gabelle, S., Greendel, J. and Andriaman, W. (eds.) *Forgotten Children of the AIDS Epidemic*. New Haven: Yale University Press, 1995.
8. Michaels, D. and Levine, C. Estimates of the number of motherless youth orphaned by AIDS in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 268 (1992): 3456-61.
9. Schuster, M. A., Kanouse, D. E., Morton, S. C. et al. HIV-infected parents and their children in the United States. *American Journal of Public Health*, 90(7) (2000): 1074-81.
10. TeVingator, C. Children, adolescents, and families infected and affected by HIV and AIDS. *Child and Adolescent Clinics of North America*, 9(2) (2000): 295-312.

فصل سیزدهم

زوجین و HIV

باربارا هج

مقدمه

بیشتر افرادی که مبتلا به HIV هستند، خواه از گروه دگرجنس‌گرا، همجنس‌گرا، یا هر دو جنس‌گرا، حداقل مدتی را با یک شریک زندگی می‌کنند. بیشتر بررسی‌های انجام شده در مورد شرکای افراد مبتلا به HIV بر نقش مراقبتی آنها متمرکز بوده‌اند. لیکن، بسیاری از افرادی که با HIV زندگی می‌کنند چندین سال تندرست هستند و اثر روان‌شناختی بر شرکا پیش از نیاز به مراقبت جسمانی آغاز می‌شود که می‌تواند مدت‌ها بعد از آن نیز ادامه یابد.

این بخش به اثر ابتلا به HIV بر روابط زوجین نگاهی می‌اندازد و اقدامات درمانی را که می‌تواند به بهبود توانایی زوجین برای سازگاری و کیفیت زندگی کمک کند پیشنهاد می‌دهد.

بررسی موردی: اثر HIV در زوجی که تنها یکی از آنها مبتلاست^۱

روبین و دیوید از زمانی که دانشجوی دانشکده حقوق بودند به عنوان شریک در کنار هم زندگی می‌کردند. آنها در اوایل دهه ۱۹۸۰ از بیماری ایدز آگاه شدند و فهمیدند که رفتارهای جنسی گذشته‌شان آنها را در معرض خطر آلودگی به HIV قرار داده است. بعد از چندین سال مشاوره، تصمیم گرفتند آزمایش دهند. آزمایش روبین مثبت بود اما دیوید آلوده نشده بود.

روبین که مطمئن نبود چه مدت سالم خواهد ماند از کار کناره‌گیری کرد و هر دو شریک تصمیم گرفتند تلاش کنند تا کیفیت زندگی خود را بهبود دهند و معاشرت و مسافرت خود را افزایش دهند. چند سال بعد، روبین چندین حمله شدید زونا^۲ داشت و شدیداً احساس خستگی می‌کرد. شمارش CD4 وی کاهش یافت، بار ویروسی وی سریعاً افزایش یافت و تحت درمان ضدویروسی بسیار فعال HAART شامل بازدارنده پروتداز (PI) قرار گرفت. اگرچه روبین در ابتدا تحت تاثیر عوارض دارویی بسیاری قرار گرفته بود، برنامه دارویی خود را ادامه داد. بعد از ۶ هفته، بار ویروسی وی قابل شناسایی نبود، شمارش سلولی CD4 افزایش یافت و شروع به افزایش وزن کرد و انرژی و اشتیاق خود را دوباره به دست آورد.

با وجودی که دیوید و روبین در گذشته با هم در مورد زندگی اجتماعی و مسافرت خود را انجام برنامه‌ریزی می‌کردند، اکنون روبین تصمیم گرفت تا مسوولیت برنامه‌ریزی را خود به عهده بگیرد. مواجهه با استقلال روبین برای دیوید بسیار دشوار است. زمانی که روبین به تنهایی بیرون می‌رود، دیوید نگران می‌شود و از وی می‌خواهد تا در خانه بماند. اگرچه وضعیت روبین بسیار بهبود یافته است، وی از رابطه جنسی امتناع می‌کند. ارتباط دیوید و روبین کمتر و کمتر می‌شود. گفتگوهای آنها معمولاً منجر به جر و بحث می‌شود. دیوید الکل بیشتری می‌خورد. وی از این آشفته است که روبین ممکن است روزی او را ترک کند. الکل احساسات او را محو می‌کند.

مشاور بیماری‌های عفونی این زوج را جهت درمان مسایل جنسی به واحد سلامت روانی ارجاع می‌دهد.

HIV چه اثری ممکن است بر یک رابطه داشته باشد؟

HIV یک مرحله گذار در زندگی هر دو شریک به عنوان یک زوج است. هر یک از شریکان با مشکلاتی روبرو می‌شوند از قبیل از دست دادن سلامتی، استقلال، صمیمیت، حریم شخصی و احتمالاً مرگ فرد مبتلا به HIV و از دست رفتن آینده مشترکشان.

1 Serodiscordant

2 herpes

اگرچه HAART درمان موثری است و کاهش مرگ و میر ناشی از ایدز را منجر شده است، درمانی معجزه‌گر نیست. پیش‌آگهی کلی برای افراد مبتلا به HIV هنوز مشخص نیست. در مورد روبین، او و دیوید امیدوار بودند که تا زمانی که به آن نیاز داشتند یک درمان قطعی پیدا شود. درک این که وی وابسته به درمان HAART است، فکر مرگ را در روبین و دیوید ایجاد کرد.

روان‌درمانگر به صورت جداگانه با دیوید و روبین مصاحبه کرد و به هر کدام قول داد که این صحبت‌ها محرمانه خواهد ماند.

روبین گزارش می‌دهد که دیوید هرگز دوست ندارد از کاندوم استفاده کند و به خوبی درک می‌کرد که روبین احساس خوبی برای رابطه جنسی ندارد. اکنون که بار ویروسی دیوید قابل شناسایی نیست، دیوید پیشنهاد داده است که رابطه جنسی محافظت نشده داشته باشند. روبین مصمم است که کسی را آلوده نکند، به ویژه دیوید را که بسیار دوست دارد. او که می‌ترسد نتواند دیوید را از روابط جنسی ناایمن دور نگه دارد، در صورت امکان از انجام رابطه جنسی پرهیز می‌کند.

دیوید گزارش می‌دهد که روبین هیچ علاقه‌ای به رابطه جنسی ندارد و از نظر وی این یعنی این که روبین دیگر برای وی جذابیت ندارد. وی تلاش می‌کند تا به روبین نشان دهد که او را دوست دارد و همکاری حتی رابطه جنسی ناامن را برای داشتن وی خواهد پذیرفت. لیکن، هرچه بیشتر روبین تقاضا می‌کند، وی از او دورتر می‌شود. این امر نظر دیوید را که وی دیگر به او توجهی ندارد تایید می‌کند. وی برای غرق شدن در غم و اندوه خود، بیشتر الکل می‌خورد؛ بنابراین دیگر تمایلی به رابطه جنسی ندارد.

عفونت HIV چه تاثیری بر تمایلات جنسی زوجین دارد؟

مشکلات جنسی در افراد مبتلا به HIV و شرکای آنها به صورت گسترده‌ای گزارش شده است (کاتالان و همکاران، ۱۹۹۵). افراد مبتلا به HIV معمولاً بسیار مشتاق هستند که شرکای جنسی خود را از ابتلا به HIV محافظت کنند و شرکایی که مبتلا به HIV نیستند معمولاً مشتاق هستند همچنان شریک آنها باقی بمانند. بحث و بررسی درباره رابطه جنسی ایمن حتی با شریک دائمی که به این عفونت آگاه است می‌تواند آزاردهنده باشد زیرا این بحث یادآور خطرات عفونت، بیماری و مرگ است. این تفکرات می‌توانند تمایل جنسی را کاهش دهند و ترس از ابراز جنسی را ایجاد کنند. این امر می‌تواند باعث شود افراد از هرگونه تماس

فیزیکی منجر به رابطه جنسی پرهیز کنند. تفسیر نادرست از کناره‌گیری و پرهیز شریک از تماس فیزیکی به آسانی انجام می‌شود. از آنجایی که علایم عشق و صمیمیت نظیر نوازش، در آغوش گرفتن و بوسیدن عزت نفس فرد را افزایش می‌دهند، فردی که از آسایش فیزیکی محروم است ممکن است احساس عدم جذابیت و بی‌ارزشی کند. این امر ممکن است منجر به کج خلقی و کاهش کیفیت زندگی شود که می‌تواند هر نوع رابطه‌ای را سست کند.

اغلب بیان ساده تمایلات و مساله جنسی برای یک زوج کافی است تا در مورد احساسات خود و گزینه‌های جنسی امن‌تر گفتگو نمایند و زندگی جنسی خود را از نو آغاز کنند. ارزیابی مشکلات جنسی روبین و دیوید یک مشکل اساسی ارتباطی را نشان می‌دهد. روان‌درمانگر پیشنهاد می‌کند که روبین و دیوید در زوج‌درمانی شرکت کنند.

نقش زوج‌درمانی در رسیدگی به مشکلات ارتباطی چیست؟

گفتگو درباره مسایل دشوار ولی مهم هرگز آسان نبوده است. این کار اغلب برای زوج‌هایی که خیلی به یکدیگر علاقمندند مشکل‌سازتر است. هیچکدام از طرفین نمی‌خواهند که شریک خود را آندوهگین و آشفته کنند و بنابراین از مسایل دشوار (نظیر رابطه جنسی ایمن، برنامه‌ریزی برای آینده، مرگ، و کالت‌نامه، وصیت‌نامه، مراسم تدفین) دوری می‌کنند. لیکن، به تأخیر انداختن گفتگوهای سخت شرایط را آسان نمی‌کند. این کار اغلب استرس هر یک از شرکا را افزایش می‌دهد زیرا آنها هر دو تلاش می‌کنند که شرایط فرد دیگر را از روی رفتار و سلوکش حدس بزنند.

زوج‌درمانی می‌تواند زمانی مفید باشد که شرکا مسایلی را گزارش کنند که بر رابطه به ویژه مشکلات ارتباطی تأثیر می‌گذارد. تشویق زوجین به انتخاب سایر روش‌های برقراری ارتباطات (یعنی ارتباط دادن رفتارها به احساسات خود فرد، نه رفتارهای فرد دیگر) می‌تواند الگویی برای سبک ارتباطی موثر باشد. سایر مشکلاتی که می‌توانند به‌طرز موثری در زوج‌درمانی مد نظر قرار گیرند به قرار زیر می‌باشند:

- مواجهه با اختلاف و عدم توافق
- ایجاد تعادل در نیازهای طرفین
- مواجهه با احساسات منفی نظیر عصبانیت و گناه
- مشکلات جنسی
- پیش‌بینی مسایلی که ممکن است با وخیم شدن حال شریک مبتلا به HIV به‌وجود آید
- ایجاد حمایت اجتماعی مورد تأیید طرفین برای هر دو زوج و نهایتاً شریک بازمانده

چگونه درمانگران می توانند رازداری را در زوج درمانی حفظ کنند؟

زمانی که افراد مسایلی دارند که در حضور شریک خود قابل بازگویی نیست یا گفتگو درباره آن دشوار است، مهم است که اطلاعات محرمانه فردی (نظیر یک مورد خیانت) را پیش از شروع درمان در نظر گیرند (گلاس و رایت، ۱۹۹۷). درمانگرها در این مورد به دو گروه تقسیم می‌شوند: گروهی معتقدند این اسرار متعلق به دارنده اطلاعات است که در این صورت تنها وی می‌تواند درباره افشای آنها تصمیم‌گیری نماید. گروهی دیگر بر این باورند که آنها متعلق به رابطه است و باید به شرکا گفته شود.

از آنجایی که سازش پنهانی بین درمانگر و یک شریک می‌تواند پویایی رابطه درمانی را تغییر دهد، بسیاری از درمانگرها از شریک می‌خواهند هرگونه خیانت در رابطه را در دوره درمان متوقف کنند یا آنها را با شریک خود در میان بگذارند. اگر شریک این قرارداد را نقض کند، درمانگر ممکن است درمان را به تعویق بیاورد. سایر درمانگرها حاضرند تا با داشتن چنین اسراری کار کنند. در این موارد، مهم است که زمانی در نظر گرفته شود تا فرد به طور خصوصی و محرمانه با درمانگر گفتگو نماید. در تمامی موارد، مهم است که دستورات و قوانین رازداری بین شرکا و درمانگرها (در صورت وجود) در مراحل اولیه درمان روشن گردد.

روبین و دیوید توافق می‌کنند که زوج درمانی را آغاز کنند. روان‌پزشک پیشنهاد می‌کند که پیش از آغاز جلسات، تنها با آنها ملاقات کند تا در صورت وجود مسایلی که احساس می‌کنند نمی‌توانند در جلسه مشترک مطرح نمایند با هم گفتگو کنند. اگرچه این امکان فراهم است، هیچ یک از شرکا از آن استفاده نمی‌کنند. در طول جلسات زوجین، هر دو قادرند با یکدیگر ارتباط برقرار کنند.

روبین: «من تورا آن قدر دوست دارم که نمی‌توانم به تو HIV منتقل کنم. حتی اگر شانس آن کم باشد، فکر آن نیز مرا از انجام رابطه جنسی باز می‌دارد. زمانی که به من نزدیک می‌شوی و مرا نوازش می‌کنی، می‌ترسم این کار به رابطه جنسی ناامنی منجر شود؛ بنابراین بهانه می‌آورم و می‌گویم که کارهای دیگری دارم که باید انجام دهم.»

دیوید: «تا زمانی که مرا دوست داشته باشی، خوشحال می‌شوم که در کلیه روابط جنسی‌مان ایمن باشیم. می‌توانی به من اعتماد کنی که هیچ کار ناامنی انجام ندهم.»

این زوج از نتیجه جلسه راضی هستند. زندگی جنسی آنها بهبود یافته است (به طور امن) و دیوید مصرف الکلش را کم کرده است. آنها موافقت می‌کنند که سایر مشکلاتشان می‌تواند ناشی از دیدگاه‌های متفاوت آنها در مورد شرایط باشد. آنها می‌خواهند به ملاقات‌های مشترکشان ادامه دهند.

چه زمانی درمان فردی مناسب‌تر است؟

هر یک از شرکا می‌توانند فضایی خصوصی داشته باشند تا در آن از نیازهای احساسی خود حرف بزنند. حمایت روان‌شناختی فردی می‌تواند تغییراتی را در روش‌های برخورد ایجاد کند، استفاده از مهارت‌های حل مساله را افزایش دهد و ضررهای فردی و واکنش‌های سوگ را مورد توجه قرار دهد. ارزیابی فردی برای تعیین دامنه کامل مسایل هر فرد و ارایه دیدگاه‌های جداگانه در مورد یک مساله ضروری است. زمانی که زوجی در زمان بحث و گفتگو در مورد مسایل با یکدیگر راحت باشند و مزیت بررسی مسایل دشوار را به صورت مشترک مشاهده کنند، زمان جلسات فردی می‌تواند به حداقل برسد.

پایبندی به برنامه دارویی ضدویروسی چه اثری بر زوجین دارد؟

پایبندی به برنامه دارویی برای موفقیت HAART ضروری است (رابکین و چسنی، ۱۹۹۹)، ولی استفاده از این روش درمان نیازمند خویشتن‌داری است. بسیاری از روش‌های ترکیب درمانی پیچیده و طاقت‌فرسا هستند؛ بسیاری از درمان‌ها باید در فواصل زمانی دقیق و در شرایط تغذیه‌ای سختگیرانه انجام شوند و بسیاری از آنها دارای اثرات سمی بارزی هستند. وارد کردن آنها در برنامه روزانه کار آسانی نیست.

روبین گزارش می‌کند که برنامه درمانی وی را ملزم می‌کند قرص را با غذا و در فواصل زمانی مصرف نماید. این کار بسیار دشوار است مگر این‌که وی روزهایش را به دقت برنامه‌ریزی کند. یکی از روش‌هایی که به وی اطمینان می‌دهد مصرف داروی خود را فراموش نمی‌کند کنترل کامل بر فعالیت‌های روزانه زوجین است. زمانی که دیوید می‌خواهد برنامه‌های اجتماعی خود را تغییر دهند، روبین نگران و افسرده می‌شود. از نظر روبین، فشار کنترل کردن باعث می‌شود از خود بپرسد آیا کیفیت زندگی وی اکنون بهتر از زمانی است که از دارو استفاده نمی‌کرد.

روبین و دیوید توافق می‌کنند که در گروه تقویت پایبندی به HAART شرکت کنند. جلسات گروهی دریافت اطلاعات مفید، ایجاد مهارت‌های ابراز وجود و رابطه خوب، مسوولیت‌پذیری، تنظیم برنامه دارویی مناسب با پزشک، بررسی مشکلات احساسی، افزایش خودکارآمدی، ایجاد برنامه روزانه، پیش‌برنامه‌ریزی روزها و شرایط دشوار و تکنیک‌های کاهش فراموشی را در بردارد. روبین و دیوید از حل مساله لذت می‌برند و یادداشت‌های هفتگی از رویدادها و درمان‌هایی که درگیری‌های احتمالی را مورد تاکید قرار می‌دهند تهیه می‌کنند.

روبین می‌تواند خودش در گروه پایبندی شرکت کرده یا حمایت فردی را دریافت کند. لیکن، چون دیوید برای شرکت در این گروه آماده است، بهتر است که با ورود وی در برنامه‌ریزی «زندگی اجتماعی زوجین» را مدنظر قرار داد. روبین و دیوید داشتن کیفیت بالای زندگی را گزارش می‌کنند.

آیا درمان گروهی برای زوجین مفید است؟

گروه‌های افراد مبتلا به HIV و شرکای‌شان می‌توانند جلسات مفیدی را برای به اشتراک‌گذاری اطلاعات، بحث در مورد تجارب رویارویی سازگاران و دریافت حمایت از دیگران در شرایط مشابه فراهم کنند. گروه‌هایی که تنها ویژه یکی از زوجین - فرد مبتلا به HIV یا شریک - هستند نیز می‌توانند سودمند باشند زیرا آنها اجتماعی را تشکیل می‌دهند که در آن شرکا می‌توانند در مورد دیدگاه‌های ویژه خود در شرایط غیرشخصی به بحث و گفتگو بنشینند.

بررسی موردی: شریک به عنوان یک پرستار

فیلیپ، مدیر پرمشغله یک شرکت، و مایکل، بازیگر، که هم‌خانه هستند، فیلیپ مبتلا به HIV نیست ولی مایکل از HIV رنج می‌برد. درمان‌ها و داروهای ضدویروسی که در حال حاضر رواج دارند دیگر برای مایکل سودی ندارند. وی از نظر جسمانی ضعیف‌تر می‌شود و مشکلات شناختی دارد.

اگرچه این زوج در ابتدا خود را با بیماری مایکل وفق دادند، فیلیپ اخیراً برای تجویز داروی خواب‌آور به پزشک خانوادگی خود مراجعه کرده است. ارزیابی اولیه نشان می‌دهد که از نظر فیلیپ مراقبت از مایکل و حضور در کسب و کارش دشوار است. وی مکرراً از خواب بیدار می‌شود چرا که نگران مایکل است و نمی‌داند در صورت وخامت حال مایکل چگونه با آن کنار خواهد آمد. پزشک خانوادگی فیلیپ را به واحد سلامتی روان می‌فرستد تا خلق او، استراتژی‌های سازگاری و حمایت اجتماعی وی ارزیابی شود.

پرستاری چه اثری روی زوجین دارد؟

کار پرستاری از افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن معمولاً به عهده اعضای مونث و بزرگتر خانواده است. در مورد مردان همجنس‌گرای مبتلا به بیماری HIV، پرستاران اصلی اغلب شرکای طولانی‌مدت مذکر آنها هستند. در بیشتر اوقات، شریکی که مبتلا به HIV نیست پرستار اصلی و مدیر خانواده می‌شود، به‌ویژه اگر فرد مبتلا به HIV نشانه‌های بیماری را داشته باشد. وی همچنین ممکن است نان‌آور اصلی شود. اگر این نقش‌ها همان نقش آنها در رابطه قبل از ابتلا به بیماری نباشد، چنین تغییری ممکن است باعث نگرانی و اختلال در زوجین شود.

پرستاری چه تاثیری ممکن است بر پرستار داشته باشد؟

شریک یک فرد مبتلا به HIV بودن یک کار ساده‌ای نفرادی نیست. بیماری‌های مربوط به ابتلا به HIV پیشرفته معمولاً هم‌اکنون در خانه کنترل و مدیریت می‌شوند، نه در بیمارستان. زمانی که بیماری HIV پیشروی می‌کند، مسوولیت‌های مربوط به مراقبت از یک شریک ممکن است افزایش یابد. پرستاران ممکن است از نظر جسمی و روانی خسته شوند، به‌ویژه اگر در موقعیتی نباشند که از دیگران (مثلاً دوستان یا خانواده‌ها) حمایتی دریافت کنند.

هیس^۱ و همکاران (۱۹۹۴) به بحث درباره رفتارهای سودمند شناسایی شده توسط گروهی از مردان مبتلا به HIV می‌پردازند. مهمترین این موارد عبارتند از:

- ابراز عشق و علاقه
- رازدار بودن
- تشویق
- کمک فعالانه

مسوولیت‌های شرکا همچنین می‌تواند شامل کمک به امور روزانه زندگی با HIV نظیر اطمینان از این که شریک داروی تجویز شده را مصرف می‌کند و کمک در زمینه برنامه‌های دارویی پیچیده باشد. همچنین عدم قطعیت مربوط به این بیماری می‌تواند مشکلات عملی را برای پرستاران ایجاد کند. پیش‌بینی زمانی که شریک مبتلا به HIV به مراقبت تمام وقت نیاز خواهد داشت آسان نیست. حتی اگر یک کارفرما تمایل داشته باشد با دادن مرخصی طولانی‌مدت از شریک پرستار حمایت کند، تنظیم مرخصی

زمانی که نتوان آن را از قبل برنامه‌ریزی کرد دشوار است. زوجینی که شریک پرستارشان نان‌آور اصلی است ممکن است مجبور باشند تصمیمات سختی در مورد این که آیا شریک پرستار به کار خود ادامه دهد و مراقبت از فرد بیمار را به دیگران واگذار نماید یا استقلال مالی و شغل خود را برای مراقبت از شریک مبتلا به HIV از دست بدهد اتخاذ کنند.

افراد مبتلا به HIV با استفاده از داروهای رایج HIV ممکن است به زمان و مراقبت زیادی نیاز داشته باشند تا بهبود یابند و مستقل شوند. اگرچه بسیاری از کارفرمایان و مشاغل می‌توانند با مدتی ترک کار فرد به منظور پرستاری کنار آیند، به احتمال کم بیشترشان نمی‌توانند غیبت‌های طولانی‌مدت، برنامه‌ریزی نشده و غیرقابل پیش‌بینی را تحمل کنند.

چه اثر احساسی بر پرستاران وارد می‌شود؟

در طول مراقبت و پشتیبانی، شرکای پرستار باید با بدتر شدن شرایط روحی و جسمی احتمالی در افرادی که دوستشان دارند، واقعیت فقدان آنها، تغییرات روابطشان و آینده‌ای نامطمئن کنار بیایند. همچنین آنها ممکن است مجبور باشند با سوگ و اندوه احتمالی روبه‌رو شوند زیرا می‌فهمند که شریکشان در حال مرگ است. این وظایف باید بدون حمایتی که به‌صورت عادی دریافت می‌کنند انجام شود.

بررسی‌های بسیاری، سطوح بالایی از پریشانی و ضعف جسمانی را در پرستاران گزارش کرده‌اند (فالکمن و همکاران، ۱۹۹۴). با وجود پیشرفت‌های اخیر در درمان و خوش‌بینی درمانی بیشتر، شرکا هنوز سطوح بالایی از آشفتگی را تجربه می‌کنند. تعداد زیادی از شرکای مردان مبتلا به ایدز تشخیص‌های روانپزشکی قطعی دارند. لیکن، بسیاری از پرستاران از پرستاری خود معنا می‌گیرند.

فیلیپ اظهار می‌کند که مایکل دارد فراموشکار می‌شود. وی دیگر به امور روزمره خانه و خواندن بیوگرافی‌هایی که قبلاً علاقه داشت نمی‌پردازد؛ ولی زمان خود را صرف تماشای مسابقات تلویزیونی (که قبلاً نفرت داشت) می‌کند. فیلیپ مبتلا به اختلال سازگاری با ویژگی‌های هیجانی آمیخته^۱ شده است.

آیا شدت بیماری بر بار پرستاری و مراقبت موثر است؟

می‌توان انتظار داشت که هرچه شدت بیماری بیشتر باشد، بار مراقبت سنگین‌تر خواهد بود. گرچه همه بررسی‌ها رابطه بین شدت بیماری و سطح آشفتگی و پریشانی مراقب را گزارش نکرده‌اند، بار مراقبت ظاهراً با رفتارهای خاص نظیر نیاز مکرر به توجه در زمینه اختلال هیجانی یا بیماری آسیب مغزی افزایش می‌یابد.

تیم سلامتی روانی مایکل را ارزیابی کرده، تایید می‌کند وی دارای اختلال شناختی است و پیشنهاد می‌کند که فیلپ حمایت اجتماعی درخواست کند. اگرچه بیشتر دوستان این زوج حمایت کننده هستند، آنها ساعات طولانی را کار می‌کنند و در طول روز در دسترس نیستند. خانواده مایکل نزدیک وی زندگی می‌کند ولی چون اعضای خانواده نمی‌توانند بپذیرند که دو مرد به عنوان زوج در کنار هم زندگی کنند، در جریان وضعیت HIV او نیستند. هیچ مرکز مراقبت روزانه و مراقبت ساعتی محلی موجود نیست. فیلپ درمی‌یابد که باید وضعیت HIV مایکل را به خانواده‌اش بگوید تا نیازهای او را حمایت کنند.

حمایت اجتماعی چقدر مهم است؟

مراقبت از فردی که شدیداً آسیب دیده است می‌تواند دشوار باشد و حمایت اجتماعی برای فرد مبتلا به HIV یا مراقبت بسیار مهم است. اگر پرستاری در محل سکونت امکان‌پذیر نباشد یا فرد مبتلا به HIV و پرستار آن را مطلوب ندانند، پرستار باید تلاش کند ترتیبی برای مراقبت روزمره یا مراقبت ساعتی بدهد تا فرد را در جامعه حضور داشته باشد.

حمایت افراد تاثیر گذار اثر رویدادهای استرس‌زای زندگی را کاهش می‌دهد (کوهن و ویلز، ۱۹۸۵؛ لیتلفیلد و همکاران، ۱۹۹۰). حمایت اجتماعی با بهبود سلامت روان شناختی و کاهش افسردگی و اضطراب در افراد همجنس‌گرای مبتلا به HIV مرتبط است (هیس و همکاران، ۱۹۹۳). علاوه بر کاهش اثر استرس بر سلامتی روان، حمایت اجتماعی عامل مهمی در بهبود بیماری فیزیکی و افزایش پایبندی به برنامه‌های دارویی است (والستون و همکاران، ۱۹۸۳). رضایت از حمایت اجتماعی با سطوح پایینی از آشفتگی مرتبط است (گری و هج^۱، ۱۹۹۹).

دوستان و اعضای خانواده تنها زمانی می‌توانند از زوج مواجه با بیماری HIV حمایت کنند که به چنین مسائلی آگاه باشند. افشای حقیقت می‌تواند دشوار باشد. زوجین ممکن است نگران این باشند که افراد در مورد سبک زندگی‌شان که منجر به بیماری HIV شده است قضاوت‌هایی کنند. آنها از لکه ننگ و از سرایت این بیماری واهمه دارند. همچنین در مورد احساسات منفی خطر آفرین در افرادی که این مسایل را با آنها در میان می‌گذارند نظیر اندوه و عصبانیت احساس گناه می‌کنند.

مردان همجنس‌گرا که مبتلا به HIV هستند بیشتر به دنبال حمایت از سوی هم‌تایان خود هستند تا اعضای خانواده خود (هیس و همکاران، ۱۹۹۳). مردان و زنان دگرجنس‌گرا که مبتلا به HIV هستند بیشتر

وضعیت بیماری خود را برای شرکا و دوستان افشا می‌کنند و کمتر با اعضای نزدیک خانواده خود در میان می‌گذارند. عدم حمایت اجتماعی، به‌ویژه برای افرادی از فرهنگ‌هایی که یا همجنس‌گرایی را قبول ندارند یا به‌صورت آشکار در مورد مسایل جنسی بحث نمی‌کنند، بارز است. (پتراک و همکاران، ۲۰۰۱).

بسیاری از زوجین این حقیقت را دیر افشا می‌کنند و تنها زمانی این کار را می‌کنند که شریک مبتلا به HIV بستری شود یا سایر نشانه‌های بیماری (نظیر تغییر در ظاهر فیزیکی، افسردگی یا رفتارهای عجیب مربوط به بیماری آسیب مغزی) توضیح را اجتناب‌ناپذیر کند. آنها توجیهی برای این عدم افشای اطلاعات دارند. در یک منطقه روستایی، والدین فرد بالغ مبتلا به HIV گزارش داده‌اند که لکه ننگ مربوط به این بیماری باعث مشکلات بیشتری نسبت به مراقبت جسمی و روانی فرزند بالغ همجنس‌گرایشان شده است (مک‌گین، ۱۹۹۶).

اززیایی نشان می‌دهد که مایکل به قیمت سرکوبی نیازهای خود هسته زندگی فیلپ شده است. فیلپ اعتراف می‌کند که چگونه بدتر شدن بیماری اخیر مایکل باعث شده است وی احساس کند او را از دست داده است. وی زندگی خود را وقف نجات خود از آشفتگی کرده است.

آیا شرکای افراد مبتلا به HIV بیشتر در معرض خودکشی هستند؟

شرکای افراد مبتلا به HIV بسیاری از عوامل استرس‌زای مربوط به افزایش خطر خودکشی در جمعیت عام نظیر حوادث زندگی، افسردگی، انزوای اجتماعی و استرس جمعی را تجربه می‌کنند. بیش از ۵۰ درصد از پرستاران مذکر دوجنسگرا یا همجنس‌گرای شرکای مبتلا به ایدز افکار خودکشی را گزارش می‌دهند (روزنگارد و فالکمن، ۱۹۹۷). افکار خودکشی بیشتر در پرستارانی که در اثر HIV سوگوار شده‌اند شایع است تا افرادی که سوگوار نبوده‌اند.

تفکرات خودکشی پیش و بلافاصله پس از مرگ شریک به مسوولیت پرستار، درک حمایت اجتماعی ضعیف و استراتژی‌سازی بی‌فایده نظیر رفتار فرار-اجتناب مربوط است. مرگ یک فرد مبتلا به ایدز اغلب همراه با محروم کردن شرکای بازمانده از حمایتی است که به آن نیاز دارند.

به دلیل میزان بالای افکار خودکشی در پرستاران، مهم است که درمانگران موضوع خودکشی را عنوان کنند، فرصت‌هایی را برای پرستاران ارائه دهند تا در مورد این افکار و احساسات گفتگو کنند، نیازهای سلامت روان مربوط به مرگ یک شریک را اعلام کنند، حمایت و پشتیبانی ارائه کنند و استراتژی‌های برخورد موثر را معرفی نمایند.

درمانگر فیلیپ را تشویق می‌کند تا به‌طور مثبت شرایط را مجدداً ارزیابی کند، به‌صورت فعال به حل مساله بپردازد، به دنبال حمایت اجتماعی باشد و گه‌گاه خود را از شرایط بیماری دور نگه دارد. درمانگر تاکید می‌کند که وی و مایکل بیشتر مواقع در کنار هم باشند و پیشنهاد می‌کند که فیلیپ با خانواده مایکل در تماس باشد و برخی از علائق بیرونی او را حفظ نماید. فیلیپ قادر است به حوادثی که اتفاق می‌افتند نگاه مثبت داشته باشد. مثلاً یک لب‌خند یا لذت بردن از یک روز آفتابی در باغ حالات خلقی مثبتی را ایجاد می‌کند که به وی کمک می‌کند تا با این واقعیت وحشتناک مقابله کند.

بهترین راهکارهای سازگاری برای پرستاران کدامند؟

سازگاری را می‌توان به عنوان راهکاری، شناختی، عاطفی و رفتاری تصور کرد که برای مدیریت شرایط استرس‌زا مورد استفاده قرار می‌گیرد. راهکارها می‌توانند مساله‌محور (تلاش برای حل شرایط استرس‌زا) و هیجان‌محور (تلاش برای کنار آمدن با احساساتی که شرایط استرس‌زا ایجاد می‌کنند) باشند. بسته به شرایط، هر کدام از این‌ها می‌تواند کمک‌کننده باشد (لازاروی و فالکمن، ۱۹۸۴). راهکارهای مساله‌محور زمانی بیشترین فایده را دارند که شرایط قابل کنترل باشد درحالی‌که استراتژی‌های هیجان‌محور زمانی فایده دارند که شرایط قابل کنترل نباشند. استراتژی‌های سازگارانه مساله‌محوری که برای شرکای افراد مبتلا به HIV مفیدند شامل حل مساله فعالانه، ایجاد فاصله، ارزیابی مثبت و به دنبال حمایت اجتماعی بودن است (فالکمن و همکاران، ۱۹۹۴). آن‌هایی که مرتبط با خلق منفی هستند شامل دوری، عدم مشارکت و سرکوبی فعالیت‌های رقابتی هستند.

درمانگر فیلیپ را تشویق کرد تا استفاده از راهکارهای سازگاری مساله‌محور را به‌ویژه برای ارزیابی مثبت شرایط افزایش دهد - او و مایکل بیشتر زمان خود را در کنار هم بودند؛ حل مساله فعالانه - کلیه راه‌حل‌های ممکن را برای مسایل پیش آمده ارزیابی کردند؛ به دنبال حمایت اجتماعی بودن - با خانواده مایکل که در نزدیکی آنها زندگی می‌کنند تماس گرفتند و گه‌گاه با حفظ بسیاری از علائق بیرونی وی را از شرایط بیماری دور ساختند - در پیاده‌روی گروهی روز یکشنبه یک بار در ماه شرکت کردند تا با نشاط شوند. سوگواری و اندوه پیش‌بینانه (سازگاری احساس‌محور) نیز مورد توجه قرار گرفت.

آیا مسایل خاصی برای زوجین همجنس‌گرا وجود دارد؟

بیشتر افراد مبتلا به HIV در دنیای غرب مردان جوان همجنس‌گرا هستند و مراقبان آنها شریک همجنس‌گرای جوانشان است. در این رابطه، بیماری HIV برخلاف سایر بیماری‌هایی است که خانواده‌ها بار پرستاری برای درمانشان را به‌دوش می‌کشند. الگوهای کمی برای شرکای مردان همجنس‌گرای مبتلا به HIV و حمایت کم اجتماعی وجود دارد.

در بسیاری از جوامع، روابط همجنس‌گرایان ناپسند شناخته می‌شود که این امر موضوع مشکلات آنان را افزایش می‌دهد. رابطه زوجین ممکن است در محل کار به رسمیت شناخته نشود و کارفرمایان ممکن است مزایای مشابهی (نظیر مرخصی) را برای افراد دگرجنس‌گرا برای رسیدگی به یک بیمار فراهم نکنند. در صورتی که شریک بدون به‌جا گذاشتن وصیت یا بیمه کافی فوت کند، چنین زوجینی ممکن است با مشکلات مالی و مسکن مواجه شوند.

زوجین همجنس‌گرا ممکن است مجبور شوند با استرس ناشی از لکه ننگ و همجنس‌گرا هراسی مواجه شوند. بسیاری از افراد با دوستان خود بیرون می‌روند نه با خانواده‌هایشان؛ به این معنی که ممکن است در دستیابی به حمایت اجتماعی (شامل حمایت عاطفی)، مصاحبت، اطلاع‌رسانی و نصیحت، کمک در انجام کارها و کمک مادی که می‌تواند کیفیت زندگی‌شان را به‌طرز چشمگیری افزایش دهد با مشکلات بیشتری روبرو شوند.

بررسی موردی: HIV در زوجین هردو مبتلا

ماتیو و مارتا یک زوج هستند. مارتا هنگام کار در اروپا در زمان دانشجویی چندین بار هرویین تزریق کرد. زمانی که پی برد نتیجه آزمایش یک دوست از آن گروه در برنامه غربال‌گری پیش از زایمان HIV مثبت است، وی نیز آزمایش داد و فهمید که آلوده شده است. زمانی که مایکل از وضعیت وی آگاه شد، وی نیز آزمایش داد و نتیجه آن نیز مثبت بود. هر دو می‌خواهند در کنار هم بمانند و از همدیگر حمایت کنند. آنها تصمیم گرفته‌اند فرزندی نداشته باشند گرچه این امر عمیقاً هر دو را متاثر می‌کند.

آیا زوج‌هایی که هر دو مبتلا به بیماری هستند مشکلات خاصی دارند؟

برخلاف بیشتر بیماری‌های مزمن، بسیاری از زوج‌هایی که به HIV مبتلا می‌شوند با عدم قطعیت یکسانی مواجهند. در یک نمونه آمریکایی، ۳۶ درصد از پرستاران افراد مبتلا به HIV دارای سرم مثبت HIV بودند. در زوجی که هر دو مبتلا هستند، همیشه مشخص نیست که چه کسی «بیمار» است و چه کسی «پرستار». این نقش‌ها اغلب در طول زمان تغییر می‌کنند.

پرستاری از شریکی که بیماری خطرناکی دارد استرس‌زا است. زمانی که پرستار نیز همان بیماری را داشته باشد، شرایط استرس‌زاتر می‌شود. پرستاران مبتلا به HIV کمتر از پرستاران غیر مبتلا تفکر خودکشی دارند. لیکن، تجربه پرستاران مبتلا به HIV به ویژه پیش و پس از مرگ شریک تا حدی متفاوت از تجربه افرادی است که مبتلا نیستند. پرستاران دارای سرم مثبت HIV زمانی که شریکشان زنده است پریشانی کمتری نسبت به افراد غیر مبتلا از خود نشان داده‌اند. پرستاران مبتلا به HIV پس از مرگ شریکشان پریشانی بیشتری را از خود نشان می‌دهند. این امر ممکن است به این دلیل باشد که پرستاران مبتلا این تجربه را به عنوان الگوی مرگ خودشان می‌بینند. پیش از مرگ، آنها با شریکشان همدلی می‌کنند. پس از مرگ، به مرگ خود نیز آگاه‌تر می‌شوند و درک می‌کنند که باید این ضربه را بدون عشق یا حمایت شریک خود تجربه کنند. عوامل مرتبط با نشانه‌های افسردگی در پرستاران دارای سرم مثبت HIV عبارتند از: رابطه‌های طولانی، افزایش دردهای روزانه، سرزنش خود و ایجاد فاصله. عواملی که بین افراد با افکار خودکشی و افراد دارای افکار خودکشی تمایز قایل می‌شود عبارتند از: عدم وجود حمایت درک شده، استفاده بیشتر از راهکارهای سازگاری رفتاری اجتناب-فرار و بار سنگین پرستاری (روزنگارد و فالکمن، ۱۹۹۷).

نتیجه‌گیری

HIV می‌تواند اثر روان‌شناختی مهمی بر زوجین، روابطشان و توانایی آنها برای انجام کار به عنوان فرد بگذارد، حتی اگر شرکای مبتلا به HIV بدون نشانه و سالم باشند. زمانی که سلامت یک شریک به‌خطر می‌افتد و شریک دیگری از او پرستاری می‌کند، پویایی این رابطه تغییر می‌کند. حمایت از سوی ارائه‌دهندگان سلامت روانی می‌تواند به زوجین کمک کند الگوهای ارتباطی سازگارتر، راهکارهای برخورد موثرتر و حمایت اجتماعی بهتر ایجاد کنند.

منابع

1. Catalan, J., Burgess, A. and Klimes, I. Psychological Medicine of HIV Infection. Qxlo Medical Publications, 1995.
2. Cohen, S. and Wills, T. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychologi* 98 (1985): 310-57.
3. Folkman, S., Chesney, M. and Christopher- Richards, T. Stress and coping in caregiving of men with AIDS. *Psychiatric Clinics of North America*, 17 (1994): 35-52.
4. Glass, S. and Wright, T. Reconstructing marriage after the trauma of infidelity. *Handbook of Marriage and Couples Intervention*, W. K. Halford and Il.]. Markm 471-507. Chichester: John Wiley & Sons, 1997.

5. Gray, J. and Hedge, B. Psychological distress and coping in the partners of gay men related disease. *British Journal of Health Psychology*, 4 (1999): 116-26.
6. Hays, R., McKusick, L., Pallack, L. et al. Disclosing HIV seropositivity to significant others. *AIDS*, 7 (1993): 425-31.
7. Hays, R., Magee, R. and Chancey, S. Identifying helpful and unhelpful behaviours of the PWA's perspective. *AIDS Care*, 6 (1994): 379-92.
8. Lazarus, R. and Folkman, S. *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer, 1984 Littlefield, c., Rodin, G., Murray, M. and Craven, J. Influence of functional impairment on depressive symptoms in persons with diabetes. *Health Psychology* 7:37-49.
9. McGinn, F. The plight of rural parents caring for an adult child with HIV. *Family Process* (1996): 269-78.
10. Petrak, J., Doyle, A. M., Smith, A. et al. Factors associated with self-disclosure of HIV to significant others. *British Journal of Health Psychology*, 6 (2001): 69-79.
11. Rabkin, J. G. and Chesney, M. Treatment adherence to HIV medications: the Achilles heel of the new therapeutics, In *Psychosocial and Public Health Impacts of New HIV Therapies*. AIDS Prevention and Mental Health, D. Ostrow, and S. Kalichman, eds., pp. 61-82. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 1999.
12. Rosengard, C. and Folkman, S. Suicidal ideation, bereavement, HIV status and psychosocial variables in partners of men with AIDS. *AIDS Care*, 9 (1997): 373-82.
13. Wallston, B., Alagna, S., DeVellis B. and DeVellis, R. Social support and physical health. *Health Psychology*, 2 (1983): 367-91.

فصل چهاردهم (الف)

HIV و تنوع فرهنگی

سیسیل روسائو

مقدمه

بیماری در خلا رخ نمی‌دهد. بیماری در شرایط فرهنگی رخ می‌دهد که چگونگی تعیین، تفسیر و کنترل آن را تعیین می‌کند. فرهنگ، یک خاستگاه^۱ اجتماعی شامل پس‌زمینه‌های فرهنگی و قومی درمانگر و بیمار و نیز دانش و اقداماتی است که هر یک از آنها برای درک و درمان بیماری از آن استفاده می‌کنند (کرمایر و همکاران، ۲۰۰۳). فرهنگ‌ها ثابت و دایمی نیستند. آنها، به ویژه در مواجهه با جهانی‌سازی که افزایش تنش بین شرایط محلی و گرایش‌های جهانی را افزایش می‌دهد، ماهیتی سیال و پویا دارند (بییبو، ۱۹۹۷).

در جوامع کثرت‌گرا^۲، تنوع فرهنگی، هم منبع غنی‌سازی و هم چالش بالینی است. موانع مراقبت‌های بهداشتی مرتبط با فرهنگ از زبان تا پابندی ضعیف (که به کرات مطرح شده ولی هنوز به خوبی درک نمی‌شود) طبقه‌بندی می‌شوند (بیسر، ۱۹۹۸). متاسفانه تامین‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی تمایل دارند تمرکز خود را بر تفاوت‌های فرهنگی قرار دهند و نقش نظام‌های ویژه ارزش فرهنگی، راهبردهای مقابله و شبکه‌های همبستگی را کم‌رنگ می‌کنند که می‌توانند در فرآیند درمان یا سازماندهی مدیریت بیماری‌های مزمن ایفای نقش کنند.

1 Matrix

2 Pluralistic

کشورهای مختلف انواع مدل‌های مربوط به مراقبت مطلوب فرهنگی را ایجاد کرده‌اند که بازتاب جهت‌گیری‌های تاریخی، اجتماعی و سیاسی در جوامع غالب هستند. مثلا مدل انگلیسی بر اجتناب از نژادپرستی تمرکز دارد و مدل آمریکایی تلاش می‌کند بیماران را با درمانگران و با پس‌زمینه قومی مشابه هماهنگ سازد در حالی که مدل‌های استرالیایی و کانادایی تمرکز خود را بر پرورش تامین‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی معطوف کرده‌اند که از نظر فرهنگی توانمند باشند و بتوانند خدمات خود ارایه دهند (کرمایر و میناس، ۲۰۰۰).

درمانگران برای بیان ابعاد فرهنگی در مراقبت بالینی موارد زیر را مشخص خواهند کرد:

- خرده فرهنگ‌های شخصی، حرفه‌ای و سازمانی خود
- چگونگی شکل‌گیری تعامل متقابل کنش درمانگر-بیمار به وسیله آن‌ها

تاثیر فرهنگ سازمانی بر ارایه خدمات غالبا یک نقطه کور است ولی درمانگرانی که آگاهی بیشتری از شرایطی دارند که در رویارویی بالینی رخ می‌دهند احتمالا به روش بهتری موانع فرهنگی را تعیین و بر آنها غلبه می‌کنند.

درمانگران باید با همان حساسیتی که نسبت به فرهنگ در بیماری‌های دیگر دارند با افراد مبتلا به HIV برخورد کنند. ولی در HIV، عمومیت و قدرت فراخوانی عشق و مرگ به ویژه بین بیمار و درمانگر ارتباط محکمی دارد. این حس انسانیت مشترک در مواجهه با رنج و مرگ، درمانگر را به کشف دنیای فرد به شیوه‌ای کاملا محترمانه و پیش از ارائه کمک‌های پزشکی می‌دارد.

چگونه تنوع فرهنگی ارزیابی را تحت تاثیر قرار می‌دهد؟

درمانگران هنگام کار با بیماران دارای فرهنگ‌های مختلف باید اطمینان داشته باشند که ارزیابی بالینی در قالب یک فرآیند دیده شده و به دقت برنامه‌ریزی شود. یک فرآیند ارزیابی بدون انعطاف ممکن است به درمانگر اجازه ندهد تا ارتباط مطلوبی با بیمار برقرار نماید و می‌تواند مانعی برای ادامه موفقیت‌آمیز مراقبت باشد. مثلا ترغیب بیمار به افشای جنبه‌های ظریف و حساس زندگی خود (مانند ارتباط جنسی، روابط خانوادگی و آسیب‌های روحی در گذشته) می‌تواند تاثیری منفی بر ایجاد اعتماد داشته باشد. همچنین، درمانگر برای پاسخ‌گو بودن می‌تواند جنبه‌های ویژه در ارزیابی مانند تعیین قرار ملاقات، فرآیند پذیرش و مکان را بازنگری کند.

هنگام برنامه‌ریزی برای ارزیابی، درمانگر باید موارد زیر را در نظر بگیرد:

- آیا وجود یک مترجم ضروری است؟ هنگام گفتگو درباره مسایل مربوط به مرگ و زندگی یا تابوهایی مانند ارتباط جنسی، بیماری که صرفاً درکی ابتدایی از زبان درمانگر داشته باشند ممکن است قادر به بیان احساسات، درک بیماری، موقعیت شخصی یا واکنش خود نسبت به طرح‌های درمانگر نباشند. زمانی که یک مترجم مورد نیاز باشد، درمانگر و بیمار باید درباره یک فرد قابل قبول به توافق برسند. در صورت امکان، مترجم نباید فردی از خانواده بیمار باشد. درمانگر نیز هنگام انتخاب مترجم باید عواملی مانند جنسیت، سن و اخلاق خاص یا تمایلات مذهبی وی را مورد توجه قرار دهد.
 - آیا بیمار تبعیض را تجربه کرده است؟ اگر شخص متعلق به یک گروه اقلیت باشد، درمانگر باید تفاوت قدرت در روابط درمانی و تاثیری که ممکن است بر جای بگذارد را در نظر بگیرد. در صورت بیان آزادانه تعصبات، تبعیض‌ها یا نژادپرستی شدید که فرد ممکن است در جامعه با آن مواجه باشد، درمانگر نیز می‌تواند حس ناتوانی در بررسی بالینی را از بین برده و ارتباط درمانی را تقویت کند.
 - آیا دانسته‌های بیمار ارزشمند است؟ پیش از بررسی درک بیمار درباره بیماری خود، درمانگر باید دانسته‌هایی را که وی برای این ارتباط آماده کرده است تصدیق کند. این روند نشان می‌دهد که درمانگر به دیدگاه بیمار علاقمند بوده و برای اطلاعات و دانسته‌هایی که این شخص ارایه می‌کند احترام قایل است.
 - آیا درمانگر درک کاملی از مشکل دارد؟ دارا بودن دیدگاه‌های مختلف درباره مساله سلامتی (مثلاً از فرد، خانواده و دیگر افراد همان جامعه) می‌تواند اطلاعات بسیار مفیدی درباره بیمار، شبکه و نظام ارزش‌های وی در اختیار درمانگر قرار دهد. با این حال، درمانگران باید به این مساله دقت داشته باشند که برچسب «حقیقت» به یکی از این دیدگاه‌ها نزنند. معمولاً دیدگاه‌های مختلف پیچیدگی موقعیت فرد را نشان داده و می‌توانند درمانگر را از کلیشه‌سازی بازدارند.
- درک شخصی افراد از نشانه‌ها و بیماری خود، رفتار و واکنش‌های بیماری به درمان را نشان می‌دهد (گود و دلوچیو_گود، ۱۹۸۰؛ کلینمن، ۱۹۸۰). درمانگر برای درک بیشتر سیستم‌های معنایی بیمار باید درباره برداشت بیمار از دلیل، دوره، درمان مناسب و پیامد مورد انتظار بیماری با وی صحبت کند. با این حال، مردم همیشه شرح کامل و دقیقی از بیماری خود ارایه نمی‌کنند. گاهی اوقات ممکن است آنها داستان‌های خود را با

داستان‌های مشابه یا وقایع خاصی مرتبط کنند که هم‌زمان با ایجاد نشانه‌های بیماری آنها رخ داده است (کرمایر و همکاران، ۱۹۹۴). غالباً سیستم‌های معنایی با گذشت زمان تکامل یافته و به صورت تابعی از رویدادهای زندگی و پیشرفت بیماری تغییر می‌کنند. میزان شباهت یا تفاوت میان معنایی که شخص از بیماری خود داشته و درک خانواده و جامعه ممکن است تا حدی سطح پذیرش یا عدم پذیرش مورد انتظار شخص را از خانواده و جامعه خود نشان دهد.

برلین و فاکوکز^۱ (۱۹۸۳) برای بهبود ارتباط متقابل فرهنگی خود، عبارت LEARN را پیشنهاد کرده‌اند:

گوش دادن به برداشت بیمار از مساله (Listen)

تشریح برداشت شما از مساله (Explain)

تصدیق و گفتگو درباره تفاوت‌ها و شباهت‌ها (Acknowledge)

پیشنهاد درمان (Recommend)

مذاکره و توافق (Negotiate)

چگونه تنوع فرهنگی برنامه درمانی را تحت تاثیر قرار می‌دهد؟

برنامه درمانی باید در سیستم‌های معنایی بیمار و درمانگر مورد توجه قرار گرفته و دربرگیرنده مذاکره ضمنی یا صریح درباره بعضی از مولفه‌هایی مانند تعداد آزمایش‌های خون، تجویز دارو، تغییر رفتار جنسی و منابع پشتیبانی باشد.

به دلیل احترام به متخصصان یا هراس از مؤسسات، بعضی از مردم دارای زمینه‌های تنوع فرهنگی، مخالفت خود با برنامه درمانی پیشنهادی را مستقیماً اعلام نخواهند کرد. با این حال، آنها نارضایتی خود را با عدم پایبندی به این برنامه نشان می‌دهند. درمانگران هنگام مواجهه با مشکلات مربوط به پایبندی غالباً تلاش می‌کنند با انجام گفتگوهای بیشتر برای تعیین یا تبیین برنامه درمانی بر مقاومت شخص غلبه کنند. در صورت ناکامی این راهبرد، اعضای تیم مراقبتی ممکن است بی‌حوصله یا عصبانی شوند.

لیکن، درمانگران مشکلات مربوط به پایبندی را در قالب پیامی از جانب بیمار تفسیر کرده، به نگرانی‌های فرد گوش کرده و مذاکره یا گفتگو درباره برنامه درمانی را بدون نفی اولویت‌ها یا عقایدشان دوباره آغاز کنند.

درمانگران هنگام ایجاد یک برنامه یا مداخله درمانی باید موارد زیر را در نظر بگیرند:

- آیا این برنامه درمانی چندین رویکرد را ترغیب می‌کند؟ ممکن است درمانگران به کارگیری چندین رویکرد نسبت به بیماری از جمله اقدامات پزشکی مدرن، درمان و حمایت مذهبی، درمان سنتی یا

سایر درمان‌های جایگزین را مناسب تشخیص دهند. بیماران باید احساس کنند می‌توانند پرسش‌های خود درباره تصورات و دستورات پزشکی را به همان شیوه‌ای مطرح کنند که درمانگران درباره یک داروی سنتی که تصور می‌کنند مضر است انجام می‌دهند.

- شخص چه منابع حمایتی اجتماعی دارد؟ به‌طور کلی، درمانگران تجهیز شبکه پشتیبانی فرد از جمله منابع خانواده و جامعه را مفید می‌دانند. با این حال، اگر شرایط پزشکی بیمار محرمانه بوده یا منع مذهبی (تابو) داشته باشد، وی نمی‌تواند از پشتیبانی سنتی یا خانوادگی استفاده کند. گروه‌های اصلی جامعه می‌توانند نقشی ایفا کنند اما غالباً قادر به جایگزینی شبکه‌های خانوادگی یا فرهنگی بیمار نیستند. در این موارد، درمانگر می‌تواند نقشی را مورد توجه قرار دهد که سیستم پشتیبانی فرد قادر به ایفای آن است.

- عقاید فرهنگی فرد چه نقشی ایفا می‌کنند؟ در خلال بیماری‌های مزمن مانند HIV، عقاید فرد و شیوه‌ای که وی به دنبال کمک است می‌تواند از یک مرحله به مرحله دیگر تفاوت قابل توجهی داشته باشد. هنگام مواجهه با مرگ، بعضی از کسانی که فرهنگ خود را تغییر داده‌اند به سمت نظام عقاید و اقدامات سنتی بازمی‌گردند در حالی که دیگران ایمان خود را از دست می‌دهند. درمانگران باید به این تغییرات کاملاً دقت کرده و دیدگاه انعطاف‌پذیر خود نسبت به بیمار را در تمام فرآیند بیماری حفظ کنند.

منابع

1. Beiser, M. Influences of time, ethnicity, and attachment on depression in Southeast Asian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 145(1) (1988): 46-51.
2. Berlin, E. O. and Fowkes, W. C. A teaching framework for cross-cultural health care. *Western Journal of Medicine*, 139 (1983): 130-4.
3. Bibeau, G. Cultural psychiatry in a creolizing world: questions for a new research agenda. *Transcultural Psychiatry*, 34(1) (1997): 9-41.
4. Good, B. and DelVecchio-Good, M. J. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In *The Relevance of Social Science for Medicine*, I. Eisenberg and A. Kleinman, eds., pp. 165-96. Dordrecht: D. Reidel Publishing Co., 1980
5. Kirmayer, I. Minas, I. H. The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(5) (2000): 438-46.
6. Kirmayer, I., Rousseau, C., [aruis, E. G. et al. The cultural context of clinical assessment. In A. Tasman, J. Lieber and J. Kay, eds., *Psychiatry*. New York: John Wiley & Sons. 2003.

7. Kirmayer, J. L., Rousseau, C., and Santhanam, R. Models of diagnosis and treatment planning in multicultural mental health. In *Navigating Diversity: Immigration, and health*. Eds. A. Rummens, M. Beiser, and S. Noh, Toronto: University of Toronto Press. 2003.
8. Kirmayer, J. L., Young, A. and Robbins, I. M. Symptom attribution in cultural perspective *Canadian Journal of Psychiatry*, 39(10) (1994): 584-95.
9. Kleinman, A. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

فصل شانزدهم (ب)

آمریکایی‌های آفریقایی تبار

کیت اُشلی

مقدمه

اگر چه در آغاز HIV عمدتاً مردان سفیدپوست در آمریکا را آلوده کرد، تعداد موارد آمریکایی‌های آفریقایی تبار به صورت چشمگیری افزایش یافته است. در سال ۱۹۹۶ در آمریکا، بیشتر موارد (ابتلا به) ایدز در میان آمریکایی‌های آفریقایی تبار بیش از دیگر نژادها بود. در سال ۱۹۹۹، تقریباً نیمی از موارد (ابتلا به) ایدز در آمریکا در میان آمریکایی‌های آفریقایی تبار بود و در سال ۲۰۰۱، آمریکایی‌های آفریقایی تبار حدود ۲۱۰۰۰ نفر یا ۴۹ درصد از جمعیت نوجوان ۴۳۰۰۰ نفری مبتلا به ایدز را به خود اختصاص دادند. در سال ۲۰۰۱، زنان آمریکایی آفریقایی تبار تقریباً ۶۴ درصد از نمونه‌های گزارش شده HIV در میان زنان را تشکیل می‌دادند. کودکان آمریکایی آفریقایی تبار حدود دوسوم تمام نمونه‌های مربوط به بیماری‌های کودکان را به خود اختصاص داد. ایدز عامل اصلی مرگ در میان مردان آمریکایی آفریقایی تبار ۳۵ تا ۴۴ ساله و زنان آمریکایی آفریقایی تبار ۲۵ تا ۳۴ ساله است. ایدز در ردیف سه عامل اصلی مرگ مردان آمریکایی آفریقایی تبار ۲۵ تا ۵۴ ساله و زنان آمریکایی آفریقایی تبار ۳۵ تا ۴۴ ساله قرار دارد. در فوریه ۲۰۰۱، این بیماری به مبحثی جدی تبدیل شد به طوری که دولت فدرال شرایط اضطرار برای جوامع آمریکایی آفریقایی تبار و HIV و AIDS اعلام کرد.

درمانگران هنگام کار با آمریکایی‌های آفریقایی تبار باید به خاطر داشته باشند که آنها گروهی یکپارچه نیستند. هر شخص تجربیات و عقاید خاص خود را دارد. هیچ مدل یا تشریح ساده‌ای از رفتار جامعه وجود ندارد. با این حال، مفاهیم مورد بحث در این بخش می‌توانند تا اندازه‌ای در تجربیات و پیشرفت زندگی فرد نقش داشته باشند.

هر چند آمریکایی‌های آفریقایی تبار مبتلا به HIV همانند سایر افراد مبتلا به HIV با مسایل مشابهی مواجه هستند، بعضی مسایل آنها منحصر به فرد است. برای بسیاری از آمریکایی‌های آفریقایی تبار، هنوز هم HIV مساله‌ای فراتر از فهرست بلندبالای مشکلاتی مانند فقر، بیکاری، موقعیت‌های اقتصادی محدود، محرومیت از حق رای، آموزش ضعیف، استفاده از مواد مخدر و خشونت است. بسیاری از آنان نیز اعتمادی به مراکز پزشکی دارند.

این بخش:

- به بحث درباره علل نرخ ناهماهنگ ابتلا به HIV در جامعه آمریکایی‌های آفریقایی تبار می‌پردازد.
- دلایل این امر را توضیح می‌دهد که چرا بسیاری از مداخلات موفق در میان جامعه مردان سفیدپوست تاثیر کمتری در میان آمریکایی‌های آفریقایی تبار دارند.
- برای تعیین HIV در میان جامعه آمریکایی‌های آفریقایی تبار، مداخلات حساس و مناسب فرهنگی را پیشنهاد کرده و تشریح می‌کند.

مطالعه موردی: یک مرد آمریکایی آفریقایی تبار مبتلا به HIV و مشکلات پایبندی رابرت یک مرد آمریکایی آفریقایی تبار ۴۰ ساله مبتلا به HIV است. او سابقه وابستگی چند ماده‌ای شامل سوءمصرف مواد تریقی را دارد و تحت درمان با آگونیسست موادمخدر است. از آنجایی که بیشتر به داروهای تجویز شده پایبند نبود، درمانگر اصلی وی پیش از شروع درمان ضدتروروپروسی (HAART) کاملاً فعال، او را به واحد ارزیابی روانی ارجاع می‌دهد.

روانپزشک رابرت را ارزیابی می‌کند و هیچ‌گونه اختلال روانی که بتواند توانایی او برای پایبندی به درمان را مختل کند در وی شناسایی نمی‌کند. لیکن، رابرت نگرانی خود از این که این درمان "سم" است اعلام و درباره بسیاری از دوستانش که مداوای (AZT) را سال‌ها پیش شروع کردند و حالا مرده‌اند صحبت می‌کند. او نگران این است که این‌گونه درمان‌ها آزمایشی باشند و نمی‌خواهد که "یک موش آزمایشگاهی" باشد. او اشاره دارد به "ناسکگی" و اگرچه جزییات مطالعه سفلیس تاسکگی را نمی‌داند، آگاه است که در گذشته دولت آمریکا پژوهش غیراخلاقی روی آمریکایی‌های آفریقایی تبار انجام داده‌است. رابرت همچنین از عوارض جانبی احتمالی می‌ترسد.

بعضی از عوامل تاریخی که باعث مشکلات بسیاری از آمریکایی‌های آفریقایی تبار در اعتماد به مراکز پزشکی هستند کدامند؟

یکی از موانع کمک به جامعه آمریکایی‌های آفریقایی تبار مبتلا به HIV سوءظن تاریخی آنان به جامعه پزشکی است. از مدت‌ها پیش، تنش‌های تاریخی در ارتباط میان آمریکایی‌های آفریقایی تبار، دولت آمریکا و علم و پزشکی وجود داشته است که این مساله در «تحقیق تاسکگی بر روی سیفیلیس مداوا نشده در مردان سیاه‌پوست» تبلور یافت. این تحقیق بر روی سیفیلیس مداوا نشده در سال ۱۹۳۲ آغاز و ۴۰ سال بعد یعنی در سال ۱۹۷۲ پایان یافت. حدود ۴۰۰ کشاورز در این تحقیق ثبت‌نام کردند تا روند طبیعی سیفیلیس را مستند کنند. هیچ آموزشی درباره انتقال سیفیلیس از طریق آمیزش جنسی یا انتقال عمودی از مادر به جنین به شرکت‌کنندگان داده نشد. مردان یک گروه این تحقیق از درمان محروم شدند حتی زمانی که پنی‌سیلین به عنوان درمان استاندارد سیفیلیس در سال ۱۹۵۱ ارایه شد. به عنوان طولانی‌ترین آزمایش غیردرمانی بر روی انسان در تاریخ پزشکی، این پژوهش دربردارنده سازمان بهداشت عمومی آمریکا، موسسه تاسکگی در آلاباما (دانشکده سیاه‌پوستان که توسط بوکر تی. واشنگتن، نخستین رییس آن تاسیس شد)، تعدادی موسسات بهداشتی دولتی و کلیساهای محلی سیاه‌پوستان و مدارس عمومی بود.

پس از آن که جزئیات این تحقیق به تدریج مشخص گردید، جامعه آمریکایی‌های آفریقایی تبار به این مساله مظنون شدند که دولت آمریکا، علوم و حیطه پزشکی که تمایل داشتند بر روی آمریکایی‌های آفریقایی تبار آزمایش کنند احتمالاً برای نابودی نژاد سیاهان کار می‌کردند. اگر چه سال‌ها گذشته است، این بی‌اعتمادی همچنان در میان بسیاری از مردم در جامعه آمریکایی‌های آفریقایی تبار استمرار دارد. یافته‌های اخیر که آمریکایی‌های آفریقایی تبار بدون توجه به موقعیت اجتماعی - اقتصادی یا پوشش پزشکی، مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت پایین‌تری دریافت می‌کنند فقط احساس بی‌اعتمادی را تقویت کرده است. موسسه پزشکی (۲۰۰۳) به این نتیجه رسیده است که "اگر چه هزاران منبع در این اختلافات نقش دارند، بعضی شواهد نشان می‌دهند که تعصب، پیش‌داوری و نگاه قالبی بخش‌تأمین‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی نیز ممکن است در این اختلاف مراقبتی نقشی ایفا کرده باشد."

این پیشینه بخش‌های متعددی در جامعه آمریکایی‌های آفریقایی تبار ایجاد کرده است که پذیرای تئوری‌های توطئه HIV می‌باشند (مثلاً HIV توسط دولت به‌عنوان بخشی از طرح پاکسازی نژادی ایجاد شد؛ HIV علت ایدز نبوده و داروها بخشی از یک طرح سودآور هستند؛ داروهای HIV بخشی از یک تلاش برای آزمایش انسان‌های رنگین‌پوست است؛ شرکت‌های دارویی یک داروی شفاف‌بخش دارند اما آن را از بازار دور می‌کنند تا بتوانند داروهای بیشتری به فروش برسانند که زندگی را طولانی می‌کنند). متأسفانه این تئوری‌ها در گروه‌هایی بحث شده‌اند که توسط رهبران جامعه آمریکایی‌های آفریقایی تبار اداره می‌شوند و بنابراین

اعتبار بیشتری به آن می‌بخشند. شیوه‌ای که آمریکایی‌های آفریقایی تبار HIV را بررسی می‌کنند نیز تحت تاثیر مسایل مربوط به ارتباط میان HIV و ایدز قرار می‌گیرد که تا همین اواخر با صدای رسایی در آفریقای جنوبی مورد بحث قرار گرفت. احساس بی‌اعتمادی آنها به شرکت‌های دارویی با مقاومت دولت آمریکا به تولید و توزیع فرمولاسیون‌های کلی داروهای HIV به ویژه در آفریقا تشدید می‌شود و این حس را برای بسیاری از آمریکایی‌های آفریقایی تبار تقویت می‌کند که سود شرکت‌های مهمی بیشتر از نجات زندگی انسان‌ها دارد.

چگونه تفاوت‌های نژادی توانایی ایجاد یک ارتباط درمانی را تحت تاثیر قرار می‌دهند؟

از آن‌جا که نژادپرستی مساله بسیاری از آمریکایی‌های آفریقایی تبار محسوب می‌شود، مراقبان "غیر آمریکایی آفریقایی تبار" که با این جمعیت کار می‌کنند باید در جلسات، به ویژه جلسات اولیه، با دقت به هر مساله‌ای درباره نژادپرستی گوش کنند. این مساله می‌تواند فرصتی برای گفتگو درباره مبحث تفاوت نژادی در این گروه دو عضوی فراهم کند. مساله‌ای که معمولاً مشخص است ولی به ندرت بیان می‌شود.

تصدیق این که تفاوت‌های نژادی بین درمانگر و مراجع وجود دارد غالباً کفایت می‌کند. با این حال، مباحث نژادی نیز باید در برنامه‌ریزی ارزیابی و درمان بیان شوند. مراجع می‌تواند پرسش‌هایی درباره اعتماد به مراقب یا درک وی از مباحث یا نگرانی‌های خاص خود مطرح نماید. با وجود اینکه ممکن است هیچ تفاوتی در مراحل اولیه ارتباط درمانی وجود نداشته باشد، احتمال بیشتری دارد مسایلی که در این ارتباط به وجود می‌آیند به تفاوت‌های نژادی ارتباط داده شوند.

برای اجتناب از این امر و برخورد در زمان مناسب، ابتدا مراقب باید درباره مباحث فرهنگی پر اهمیت برای بیمار پرس و جو کند. مراقبان با در نظر گرفتن این که بیمار ممکن است تمایلی به «معلم» شدن وی نداشته باشد باید منابع دیگری در اختیار داشته باشند که بتوانند برای پرسش‌های مربوط به تفاوت‌های فرهنگی به آنها رجوع کنند.

در هنگام کار با بیماران آمریکایی آفریقایی تبار، چگونه یک روان‌پزشک به بیان

مباحث تعهد و پایبندی کمک می‌کند؟

تمایل بیمار به پایبندی به دارو می‌تواند تحت تاثیر شرایط روان‌پزشکی، عوارض جانبی ناشی از تجویز دارو یا نظام اعتقادی وی قرار گیرد.

ارزیابی دقیق یک بیمار غالباً حضور مسایل روان‌پزشکی یا روان‌شناسی مانند افسردگی، استفاده از مواد یا اختلال شناختی را نشان می‌دهد که می‌تواند پایبندی را تحت تاثیر قرار دهد. عوارض جانبی فیزیکی و روان‌شناختی داروهای HIV نیز ممکن است یکی از این عوامل باشند.

درمانگران هنگام تلاش برای بهبود پایبندی باید نقشی را ارزیابی کنند که نظام اعتقادی بیمار ممکن است ایفا کند. به احتمال زیاد، بیماران در صورتی به تجویز دارو پایبند هستند که:

- معتقد باشند به HIV مبتلا هستند (و این که HIV عامل ایدز است)
- معتقد باشند تجویز داروها مفید خواهد بود

بعضی از افراد آمریکایی آفریقایی تبار ممکن است به مراقبان اعتماد نکنند چرا که آنها بخشی از یک سیستم مراقبتی بزرگ‌تر هستند که به اعتقاد آنان نگران بیماران نیستند. در این موارد، مراقب به زمان نیاز دارد تا خود را به اثبات رسانده و ارتباط مطمئنی را ایجاد کند. راهبردهایی که درمانگران می‌توانند برای ایجاد اعتماد و یک ارتباط موثر مورد استفاده قرار دهند عبارتند از:

- حضور به موقع و احترام (یعنی در صورت تاخیر عذرخواهی کند)
- ابراز علاقه به زندگی فرد
- اطمینان از این که بیماران احساس کنند به حرف‌های آنان گوش داده شده و جدی گرفته می‌شوند
- تصدیق بعضی پیشینه‌ها و بی‌اعتمادی جامعه در صورت نیاز
- همکاری با تامین‌کننده اصلی مراقبت از بیمار
- پاسخ دقیق و صادقانه به پرسش‌های بیمار
- عمل به تعهدات (مثلاً اعلام نتایج تست با تلفن)
- ارائه منابع حمایتی و پشتیبانی
- ارجاع شخص به گروه‌های پشتیبانی همتایان برای رسیدگی به مسایل درمانی

یک گفتگو ضرورتاً بیمار را برای توجه به HAART متقاعد نخواهد کرد. غالباً اولین جلسه شروع فرآیند ایجاد ارتباط مبتنی بر اعتماد است که ممکن است این احتمال را افزایش دهد که بیمار دارو را مصرف می‌کند.

در خلال زمان، روان‌پزشک ارتباط قابل اعتمادی را با رابرت ایجاد می‌کند و تعیین می‌کند که اگرچه وی در مداوای HIV به دلیل ترس از عوارض جانبی است. از آن‌جا که رابرت بیماری را احساس نمی‌کند نگران است که این داروها احساس او را بدتر کرده و از پذیرش درمان ضد رتروویروسی خودداری می‌کند. اگرچه وی به تامین‌کنندگان مراقبت بهداشتی خود اطمینان داشته و احساس

می‌کند که آنها بهترین کاری را که می‌توانند برای او انجام می‌دهند، به سیستم مراقبت بهداشتی بی‌اعتماد است. برخلاف تلاش‌های روان‌پزشک، رابرت همچنان تجویز داروها را نمی‌پذیرد.

مطالعه موردی: زن آمریکایی آفریقایی تبار مبتلا به HIV

مری یک زن ۳۸ ساله است که سال‌ها پیش از طریق روابط جنسی با شوهرش که مواد تزریق می‌کرد به عفونت HIV مبتلا شده‌است. او به‌تنهایی با سه فرزندش زندگی می‌کند (بقیه فرزندانش اخیراً از آنها جدا شده‌اند). پدر فرزندانش گاهی به دیدن آنها می‌آید. مری به طور کلی سالم است و هیچ درمان HIV دریافت نمی‌کند.

او بیکار است و مراقب اصلی فرزندان کوچک و والدین سالمندش است. او سابقه طولانی افسردگی و نگرانی خود را بازگو می‌کند. او می‌گوید تنها چیزی که می‌خواهد عمر کافی برای دیدن فارغ‌التحصیلی کوچکترین دخترش از دبیرستان است. بنابر گفته‌هایش هیچ علاقه‌ای به برقراری روابط صمیمی با کسی ندارد.

مری با مصرف سرترالین از نظر افسردگی و اضطراب حالت نسبتاً پایداری دارد. اغلب در قرار ملاقات‌هایش حاضر است و وقتی یک مورد حاضر نشود، غالباً بدین دلیل است که دیگر اعضای خانواده‌اش نیازی به او داشته‌اند که مهم‌تر از نیاز خودش بوده است. تقریباً منزوی است. تنها روابط نزدیکی با اعضای خانواده است که هیچ‌کدام درباره‌ی HIV او چیزی نمی‌دانند. مری بیشتر وقتش را صرف والدین بیماراش می‌کند و مادرش را که در خانه سالمندان است هر روز ملاقات می‌کند. همچنین مرتباً با خواهرش معاشرت می‌کند.

روان‌پزشک با او کار می‌کند تا تعادلی بین کمک به خود و کمک به دیگران در وی ایجاد کند (یعنی حفظ قرار ملاقات‌هایش و مصرف داروهای روان‌درمانی‌اش) و به او کمک کند تا به خانواده‌اش بگوید که HIV دارد. روان‌درمانگر با او روی مسایل خانوادگی، مسایل استقلال و وابستگی و هدف‌گذاری کار می‌کند.

چه مسایل دیگری باید هنگام کار با زنان آمریکایی آفریقایی تبار مبتلا به HIV

مورد توجه قرار گیرند؟

زنان آمریکایی آفریقایی تبار مبتلا به HIV با مسایل مشابه سایر زنان (مثلاً مراقبت از کودکان، شرکا و والدین، تامین نیازهای دیگران پیش از خودشان، نادیده گرفتن مراقبت از خود، عدم تعادل قدرت در روابط) مواجه هستند. این واقعیت که آنها آمریکایی آفریقایی تبار هستند مشکل دیگری به مشکلاتشان اضافه می‌کند. بعضی داده‌ها نشان می‌دهند که به احتمال زیاد زنان آمریکایی آفریقایی تبار در مقایسه با زنان سفیدپوست مادرانی فقیر، تنها و بیکار خواهند شد. با توجه به تعداد بالای مردان آمریکایی آفریقایی تبار که

در زندان به سر می‌برند، مردان کمتری "در دسترسند"؛ لذا بسیاری از این زنان احساس می‌کنند برای حفظ روابط خود با مردان تحت فشار هستند حتی زمانی که مردان تمایلی به انجام روابط جنسی مطمئن‌تر ندارند. درمانگران باید به‌طور منظم درباره راهبردهایی صحبت کنند که زنان می‌توانند برای تعادل نیازهای خود با نیازهای دیگران از آنها استفاده کنند. همچنین آنها باید درباره مسایل ارتباطی و پس از رابطه جنسی صحبت کرده و به بررسی این مساله که آیا سابقه سوءاستفاده جنسی یا خشونت خانوادگی وجود داشته است یا نه بپردازند.

اگر شریک زن تمایلی به استفاده از کاندوم نداشته باشد، درمانگر باید درباره شیوه‌های ارتباط جنسی که شامل دخول نمی‌باشد بحث کند. درمانگر باید هنگام تشویق یک زن آمریکایی آفریقایی تبار برای مراقبت یا قاطعیت بیشتر در روابط خود کاملاً دقت کند تا از مفاهیمی که ممکن است از لحاظ فرهنگی بیگانه یا غیرقابل قبول هستند استفاده نکند و موجب سرخوردگی زن نشود. ممکن است بعضی از زنان مشارکت با سایر زنان آمریکایی آفریقایی تبار در یک گروه درمانی را مناسب تشخیص داده و پذیرای راهبردها و عقایدی باشند که زنانی با موقعیت مشابه می‌پذیرند. دیگران ممکن است گروه‌ها را برانگیزنده اضطراب بیش از حد دانسته و خوددرمانی را ترجیح دهند. بعضی از زنان به ویژه زنانی با پیشینه آزار (جنسی) ممکن است عکس‌العمل بهتری به یک درمانگر زن نشان دهند. اگر سوءاستفاده یا خشونت یک مساله باشد، درمانگر باید ارجاعات مناسبی بدهد.

درمانگران نیز هنگام کار با زنان آمریکایی آفریقایی تبار باید به این مساله واقف باشند که این گروه دارای نرخ بالایی از رفتارهای پرخطرانه‌اند. در دسامبر سال ۱۹۹۹ میلادی، ۴۲ درصد از نمونه‌های ایدز در میان زنان آمریکایی آفریقایی تبار مبتلا به تزریق مواد مخدر بودند در حالی که ۳۸ درصد از آنها دارای تماس جنسی بودند. درمانگران باید به شیوه‌ای آزاد و بدون قضاوت درمورد استفاده از الکل و مواد مخدر صحبت کرده و راهبردهایی (مانند جلب رضایت این زنان برای انجام غربالگری تصادفی سم‌شناسی) را پیشنهاد کنند تا بتوانند در ترک موادمخدر به بیمار کمک کنند. درمانگرانی که با زنان آمریکایی آفریقایی تبار دارای پیشینه استفاده از موادمخدر کار می‌کنند باید درجه احتمال برگشت بیماری را داشته باشند که تغییر ناگهانی در رفتار نشان می‌دهند.

اهمیت متولد و بزرگ کردن کودک در جامعه آمریکایی آفریقایی تبار چیست؟

برای بسیاری از زنان آمریکایی آفریقایی تبار و به طور کلی جامعه آمریکایی آفریقایی تبار، مادرشدن سبب دریافت جایگاه اجتماعی و احترام است. برای اطمینان از این که زنان آمریکایی آفریقایی تبار بچه‌دار قرار ملاقات‌هایشان را حفظ می‌کنند، امکانات درمان باید خدمات مراقبت از کودک و در صورت امکان درمان

برای کودکان آلوده و بیمار را ارایه کند. اگر بتوان قرارملاقات مادر و فرزند را در یک روز زمان بندی کرد، مادر می تواند اطمینان حاصل کند نیازهای فرزندان وی بدون نادیده گرفتن نیازهای خودش تامین می شود. با درمان ضدتروویروسی، افراد مبتلا به HIV زندگی طولانی تری دارند، ارتباطات جدیدی برقرار می کنند و ممکن است به بچه دار شدن علاقمند شوند. در حال حاضر، زنان مبتلا به HIV می توانند با خطر نسبتاً پایین آلودگی کودک زایمان کنند. هنگامی که موضوع بارداری و تولد نوزاد مطرح می شود، باید این مساله را با اعضای مختلف تیم مراقبت از کودک در میان گذاشت:

- روان پزشک می تواند درباره تمایل زن به بچه دار شدن با وی صحبت کرده و در بعضی موارد همسر وی را نیز به این گفتگو دعوت کند.
- تامین کننده مراقبت اولیه باید شرایط پزشکی زن و شریک وی را بررسی نماید.
- یکی از اعضای تیم مامایی نیز می تواند درباره خطرات و مزایای حاملگی و زایمان صحبت کند. همچنین صحبت کردن با سایر زنان مبتلا به HIV که دارای فرزند بوده اند نیز ممکن است مفید باشد و امکان درک کامل مسایل را فراهم کند تا زن تصمیم آگاهانه ای بگیرد.

مری درمان را ادامه می دهد اما ذهنش درگیر مراقبت از پدرش است که در مرحله پایانی متاستاز سرطان ریه است. کمی پیش از تشخیص بیماری پدرش، مری برنامه داشت تا یک گروه درمانی را برای کاهش انزوا و شروع زندگی با HIV آغاز کند. او این گروه درمانی را به تعویق انداخت و اخیراً قرار ملاقات های بیشتری را از دست می دهد.

مطالعه موردی: مرد آمریکایی آفریقایی تبار که با مردان رابطه جنسی دارد جردن یک مرد ۲۵ ساله است که اخیراً از طریق رابطه محافظت نشده با مردان دیگر به عفونت HIV مبتلا شده است. پس از تشخیص، ضعف جسمانی احساس می کرد، کمی افسرده شده و از کارش کناره گرفت. از آن زمان، منزوی شده است و بیشتر وقتش را در خانه با مادرش سپری می کند. او می گوید از زمانی که رفتن به کلوبها و داشتن روابط جنسی با مردان را آغاز کرد سالهاست که مضطرب است. او می ترسد که مردم اطرافش او را به عنوان شخص همجنس گرا بشناسند.

مراقب اصلی وی مایل است جردن HAART را شروع کند اما او تا زمانی که بتواند تنها زندگی کند از آن خودداری می کند. او می ترسد که مادرش ابتلا به HIV او را چه با دیدن داروها یا توجه به تغییرات رفتاری به خاطر عوارض داروها بفهمد.

جردن خود را قربانی بدبخت میل جنسی قوی و عزت نفس پایین می داند که باعث شد به روابط جنسی ناپایمن گرایش پیدا کند. او برای افسردگی و اضطرابش پاروکستین و کلونازپام مصرف می کند. همچنین درگیر روابط با مادرش و مسایل عزت نفس خودش است.

چه مسایلی پیش روی مردان آمریکایی آفریقایی تبار که با مردان ارتباط جنسی داشته‌اند قرار دارد؟

اگرچه بسیاری از مردان آمریکایی آفریقایی تبار که با مردان ارتباط جنسی داشته‌اند خود را همجنس‌گرا می‌دانند، بسیاری از آنها چنین نیستند. در نتیجه، بسیاری از مردان رنگین پوست تمایلی به آموزش و مراقبت متمرکز بر مردان همجنس‌گرا ندارند. در بعضی جوامع، همجنس‌گرایی یعنی سفیدپوست یا زن‌نما یا مفعول بودن. اگر مرد خود را به‌عنوان هیچ‌یک از این موارد در نظر نگیرد نمی‌تواند خود را یک همجنس‌گرا بداند. اگرچه دامنه ادبیات هم‌جنس‌گراهراسی (مانند خودتفری و سایر درونی‌سازی‌های منفی درباره تشخیص همجنس‌گرایی فرد) در حال گسترش است، تصمیم یک مرد آمریکایی آفریقایی تبار مشخص نیست، زیرا ممکن است همجنس‌گرایی معنایی غیر از هم‌جنس‌گراهراسی درونی داشته باشد.

بسیاری از مردان آمریکایی آفریقایی تبار که با مردان دیگر رابطه جنسی داشته‌اند با سایر زنان نیز ارتباط جنسی برقرار کرده‌اند. بسیاری از آنها ازدواج کرده و دارای فرزند هستند. درمانگران هنگام کار با یک مرد آمریکایی آفریقایی تبار که با مرد دیگری رابطه جنسی داشته است باید مسایل زیر را مشخص کنند:

- رفتارهای جنسی آن مرد
- اینکه چگونه خود را تعریف می‌کند (همجنس‌گرا، دگرجنس‌گرا، دوجنس‌گرا)
- چگونگی احساس تعلق یا عدم تعلق وی به با جامعه همجنس‌گرا
- آیا خانواده و دوستان این مرد می‌دانند که وی با مردان ارتباط جنسی دارد

این اطلاعات در تعیین حس انزوا، سیستم حمایتی و توانایی بیمار در پایبندی به مداوا اهمیت دارد (مثلاً بعضی از بیماران برای مخفی نگه‌داشتن شرایط خود بعضی مواقع دارو مصرف نمی‌کنند). همچنین این اطلاعات می‌تواند راهگشای مداخلات درمانی باشد که ممکن است مراجعه به سازمان‌های مبتنی بر جامعه را در برگیرد.

درمانگر هنگام بحث درباره رفتار جنسی ممکن است بفهمد که شخص مبتلا به HIV ارتباط جنسی محافظت‌نشده‌ای با شریک (شرکای) خود داشته است. در این موارد، درک چرایی چنین عملی بسیار مهم است. آیا این اقدام از روی علاقه به بچه بوده است؟ آیا ترس از استفاده از کاندوم شرکا را به این فکر وامی‌دارد که وی آلوده است؟ آیا دسترسی به کاندوم ندارند؟ چه نگرانی‌هایی درباره کاهش احساس [لذت] با استفاده از کاندوم وجود دارد؟ مردانی که رابطه جنسی محافظت‌نشده‌ای داشته‌اند ممکن است درباره آگاهی دادن به شریک خود اکره داشته باشند و درمانگران باید برای تعیین موانع این افشاگری روی آنها کار کنند. در بعضی موارد، مداخلات روان‌درمانی می‌تواند مفید و موثر واقع شود. درمانگران باید هر یک از

شرکای جنسی را تشویق کنند تا آزمایش HIV بدهند (برای اطلاعات بیشتر درباره آگاهی شریک، بخش ۱۸ درباره مباحث قانونی و اخلاقی را مطالعه نمایید).

جامعه آمریکایی آفریقایی تبار در تلاش برای بررسی HIV سازمان‌های جامعه محوری را ایجاد کرده‌است و کلیساهای سیاه‌پوستان عموماً به سکوت در برابر HIV پایان داده‌اند. علاوه بر این، امکانات گسترده‌تر HIV و AIDS برنامه‌های جامع یا درمانگاه‌های اقماری را در جامعه رنگین‌پوستان تاسیس کرده‌اند و مردم جوامع محروم در توسعه مواد مناسب آموزشی مشارکت کرده‌اند. در نتیجه این اقدامات، تعداد آمریکایی‌های آفریقایی تباری که تحت آموزش و مراقبت قرار می‌گیرند در حال افزایش است. علی‌رغم پیشرفت صورت گرفته، داده‌های مربوط به تحقیق جامع و چند مرکزی اخیر نشان می‌دهد مردان جوانی که با تمام نژادها رابطه جنسی دارند (یعنی در مدت شش ماه گذشته، دارای پنج شریک جنسی مرد یا بیشتر بوده‌اند و رابطه جنسی مقعدی محافظت‌نشده با مردان یا تزریق مواد مخدر داشته‌اند) هنوز هم رفتارهای پرخطرهای از خود نشان می‌دهند (CDC - ۲۰۰۱). این مساله افرادی را که با مردان آمریکایی آفریقایی تبار رابطه جنسی داشته‌اند ملزم می‌کند تا اقدامات مصرف مواد و رابطه جنسی امن‌تری داشته باشند و لازم است تا متخصصان سلامت روانی دلایل اصلی این رفتار پرخطر را کشف و بیان کنند.

جردن به آپارتمان خود بازگشته و HAART دریافت می‌کند و به آن پایبند است. وی به استفاده از داروهای روان‌گردان ادامه داده اما در مقابل روان‌درمانی فردی مقاومت می‌کند. وی درباره بیان پیامدهای پایین بودن اعتماد به نفس، انزوای اجتماعی و روابط ضعیف دچار مشکل است.

نتیجه‌گیری

HIV و AIDS در حال نابودی جامعه آمریکایی آفریقایی تبار است. کسانی که با ابتلا به HIV زندگی می‌کنند غالباً برای بیان شرایط روان‌پزشکی خود، کمک در مواجهه با پیامدهای مرتبط با HIV (مانند اضطراب، افسردگی) یا کمک در پایبندی به رژیم‌های درمانی دارویی پیچیده به خدمات بهداشت روانی نیاز دارند.

در حالی که آمریکایی‌های آفریقایی تبار مبتلا به HIV با مسایلی شبیه سایر افراد مبتلا به HIV مواجه هستند، با بعضی مسایل منحصر به فرد فرهنگی نیز روبه‌رو می‌شوند که ممکن است درمان آنها را تحت تاثیر قرار دهد. درمانگران باید تاثیر بالقوه بی‌اعتمادی تاریخی آمریکایی‌های آفریقایی تبار به نظام مراقبت‌های بهداشتی و نیز نگرش آنها به تمایلات و روابط جنسی را به خاطر داشته باشند.

منابع

1. Centers for Disease Control. HIV and AIDS - United States, 1981-2000. Morbidity and Mortality Weekly Report, 50 (2001a): 430-4.
2. The Institute of Medicine. Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Healthcare. Washington, DC: National Academies Press, 2003 (Available as a living document at www.iom.edu or www.nap.edu).
3. Centers for Disease Control. HIV incidence among young men who have sex with men _ seven U.S. cities, 1994-2000. Morbidity and Mortality Weekly Report, 50 (2001b): 440-4.
4. SUGGESTED FURTHER READING
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Fact Sheet - HIV/AIDS Among African Americans.
6. Fernandez, F., Ruiz, R. and Bing, E. The mental health impact of AIDS on ethnic minorities. In Culture, Ethnicity, and Mental Illness, A. Gaw, ed., pp. 573-86. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993.
7. Griffith, E. E. H. and Baker, F. M. Psychiatric care of African Americans. In Culture, Ethnicity, and Mental Illness, A. Gaw, ed., pp. 147-73. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993.
8. Smith, C. African Americans and the Medical Establishment. Mount Sinai Journal of Medicine, 66 (1999): 280-1.
9. WEBSITES
10. African American AIDS Institute: www.aaainstitute.org(or www.blackaids.org)
Gay Men of African Descent: www.gmad.org
11. The Balm in Gilead: (Supports and educates Black churches about HIV) www.balmingilead.org
12. National Black Leadership Commission on AIDS: www.blca.org (under construction)
13. National Minority AIDS Council: www.nmac.org
14. CDC. Fact Sheet - HIV/AIDS Among African Americans, www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/afam.htm

فصل چهاردهم (ج)

اسپانیایی تبارها و بیماری HIV

فرانک هکتور گالوان

مقدمه

لاتینوها (اسپانیایی تبارها)یی که در آمریکا زندگی می کنند به طور نامتناسبی تحت تاثیر HIV و AIDS قرار گرفته اند. اگرچه اسپانیایی تبارها فقط ۱۲ و ۵ درصد از جمعیت آمریکا را تشکیل می دهند (اداره سرشماری آمریکا، ۲۰۰۱)، بین سال های ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۰، آنها ۱۹ و ۷ درصد از موارد ابتلا به ایدز را به خود اختصاص داده بودند (CDC _ ۲۰۰۱). در ژوئن ۲۰۰۰، مردان ۸۲ درصد از تمام موارد ایدز در میان اسپانیایی تبارها را تشکیل می دادند (CDC _ ۲۰۰۰) و دلایل اصلی انتقال HIV در میان مردان اسپانیایی تبار شامل تماس جنسی مردان با مردان (۴۲ درصد)، تزریق مواد مخدر (۳۵ درصد)، تماس جنسی دگرجنس گرا (۶ درصد) و تماس جنسی مردان با مردان و تزریق مواد مخدر (۷ درصد) بود. در میان زنان اسپانیایی تبار مبتلا به ایدز، ۴۷ درصد از طریق تماس جنسی و ۴۰ درصد نیز از طریق تزریق مواد مخدر به این بیماری مبتلا شده بودند. خطر اصلی قرار گرفتن در معرض HIV در میان گروه های اسپانیایی تبار متفاوت است. مثلا تماس جنسی مرد با مرد عامل اصلی خطر در میان اسپانیایی تبارهای متولد مکزیک و آمریکا محسوب می شود (CDC - ۲۰۰۱). در مقابل، استفاده از مواد مخدر تزریقی عامل اصلی خطر HIV در میان اسپانیایی تبارهای متولد پورتوریکو است.

درمانگرانی که با اسپانیایی تبارهای سرم مثبت HIV کار می کنند باید تنوع موجود در میان جامعه اسپانیایی تبار را بدانند. سن، جنسیت، ملیت، طبقه اجتماعی، سطح آموزشی، تجربه مهاجرت و میزان فرهنگ پذیری هر یک از آنها تاثیر عمیقی بر تجربه افراد دارد. همچنین فرهنگ ها نیز حالتی پویا دارند که در خلال زمان و پیامدها تغییر می کنند. با این حال، ویژگی های خاص فرهنگی مشترک را می توان با پس زمینه های مختلف در میان اسپانیایی تبارها مشخص کرد. درمانگرانی که این عوامل فرهنگی را درک کنند قادر خواهند بود همکاری موثرتری با اسپانیایی تبارهای مبتلا به HIV داشته باشند.

برای ارایه مراقبت‌های روانی فرهنگ محور^۱، درمانگران باید مشکلات زبانی را حل کنند. در صورت امکان، بهترین راه برای صحبت با یک بیمار اسپانیایی تبار زبان ارایه خدمات به زبان بومی وی از جانب یک مراقب اسپانیایی زبان است. درمانگرانی که از مترجم استفاده می‌کنند، حتی درمانگرانی که زبان اسپانیایی را به خوبی صحبت می‌کنند، با خطر برخی اشتباهات جزئی مواجه می‌شوند که می‌تواند با استفاده از واژگان و عبارات ویژه منتقل شود و ممکن است در خلال فرآیند ترجمه از بین برود. با این حال، اگر به یک مترجم نیاز باشد، درمانگران نباید از اعضای خانواده بیمار، دوستان و سایر بستگان استفاده کنند، زیرا ممکن است بیمار در ارتباط نزدیک با خانواده یا دوستان از ارایه اطلاعات کامل (مانند فعالیت‌های جنسی یا استفاده از موادمخدر) خودداری کند. در صورت امکان، درمانگران باید تلاش کنند بیمار و مترجم پیشینه و جنسیت یکسان داشته باشند. مثلاً بیماری که دارای ملیت مکزیکی است مطلوب است که با یک مترجم مکزیکی هماهنگ شود (به جای یک آمریکایی مکزیکی متولد آمریکا) تا با عبارات مصطلح خاص یا نکات ظریف واژگان و عبارات ویژه‌ای که ممکن است بیمار به کار ببرد آشنایی داشته باشد. از هیچ تلاشی برای هماهنگی بیماران با مترجمان هم‌جنس نباید دریغ کرد. بعضی از مهاجران اسپانیایی تبار که سنتی‌تر هستند به ویژه آنها که ارتباط جنسی دارند ممکن است چندان راحت نباشند که در مقابل مترجمی از جنس مخالف درباره مشکلات پزشکی‌شان صحبت کنند. اگر چنین حالتی امکان‌پذیر نباشد، درمانگر باید به این مساله آگاه باشد که ممکن است بیمار بعضی از اطلاعات را افشا نکرده یا پرسش‌های خاصی را مطرح نماید.

مطالعه موردی: یک مرد همجنس‌گرای اسپانیایی تبار مبتلا به HIV

بنیتو یک مهاجر دو زبانه ۳۴ ساله اهل مکزیکی است که حدود هشت سال در آمریکا زندگی کرده است. تمام خانواده وی به جز یک خواهر که در نزدیکی او زندگی می‌کند در مکزیکی هستند. وی تنها زندگی می‌کند و مکانیک ماشین است. حدود یک سال پیش، تشخیص داده شد که وی به HIV مبتلا است ولی اخیراً درمان دارویی این بیماری را آغاز کرده است. او برای درمان افسردگی از طرف متخصص HIV به یک روان‌پزشک معرفی شد. بنیتو خود را فردی همجنس‌گرا معرفی می‌کند ولی تشخیص تمایل جنسی وی ساده به نظر نمی‌رسد. او درباره تمایلات جنسی یا وضعیت HIV خود با خانواده‌اش صحبت نکرده است. بنیتو درباره روابط جنسی خود با مردان احساس گناه می‌کند. وی نگران این مساله است که عکس‌العمل خانواده درباره ابتلای او به HIV چه خواهد بود. اگر چه احساس می‌کند خانواده‌اش او را طرد نمی‌کنند، نمی‌خواهد آنها را درباره شرایط پزشکی خود نگران کند.

برای اسپانیایی تبارهای HIV مثبت خانواده تا چه حد اهمیت دارد؟

برای اسپانیایی تبارها به ویژه اسپانیایی تبارهای آلوده به HIV (گینس^۱، ۱۹۹۷)، خانواده نقش مهمی ایفا می‌کند (گالوان^۲، ۱۹۹۹). خانواده‌گرایی یک ارزش مستحکم فرهنگی در میان اسپانیایی تبارها است و با احساس مقتدرانه وفاداری و دوجانبه در روابط خانودگی نشان داده می‌شود (گینس و همکاران، ۱۹۹۷). این روابط فراتر از خانواده هسته‌ای فرد بوده و اعضای خانواده توسعه یافته و پدرخوانده و مادرخوانده فرزندان را در بر می‌گیرد.

درمانگر باید ارتباط بیمار با خانواده خود و نقشی که این ارتباط در زندگی وی ایفا می‌کند را کشف نماید. با وجود این که خانواده ممکن است منبع تقویت برای بعضی موارد باشد، می‌تواند فشار چشمگیری را بر دیگران اعمال کند. درمانگر ممکن است بخواهد در ارزیابی فواید و زیانهای افشای وضعیت HIV به خانواده بیمار به وی کمک کند. او در مواجهه با بیمارانی که ممکن است پشتیبانی نداشته باشند باید از منابع جایگزین پشتیبانی استفاده نماید.

در فرهنگ اسپانیایی تباران، همجنس‌گرایی چگونه نگاه می‌شود؟

بسیاری از مردان همجنس‌گرای اسپانیایی تبار در شرایطی رشد می‌کنند که همجنس‌گرایی را در قالب امری تمسخرآمیز و شرمسارانه در نظر می‌گیرند (دباز، ۱۹۹۸). این دیدگاه ارزش زیادی به مردانگی یا «بیش مردانگی» یا اهمیت به خصوصیات مردانگی می‌دهد (دباز، ۱۹۹۸). این مفهوم‌سازی مردانگی منحصر به اسپانیایی تبارها نبوده و در میان تمام آنها نیز مشترک نیست (گینس و همکاران، ۱۹۹۷). با این حال، تاکید بیش از حد بر خصوصیات «بیش مردانگی» می‌تواند منجر به کاهش اعتمادبه‌نفس در میان مردان همجنس‌گرای اسپانیایی تبار شود (دباز، ۱۹۹۸).

درمانگری که با یک مرد اسپانیایی تبار همجنس‌گرای مبتلا به سرم مثبت HIV کار می‌کند باید چگونگی یکپارچه‌سازی تمایلات جنسی بیمار در زندگی وی را مشخص کند. اگر بیمار به دلیل ناکامی در دستیابی به «بیش مردانگی» مطلوب، اعتمادبه‌نفس پایین دارد، ممکن است بتواند از مزایای ارجاع به یک گروه حمایتی بهره‌مند شود (دباز، ۱۹۹۸). این گروه جلساتی ترتیب می‌دهد که کلیشه‌ها و عقاید مرتبط با مردانگی را بررسی کرده و به چالش می‌کشد.

1 Gaines

2 Galvan

گروه‌های حمایتی می‌توانند احساس انزوایی را که ممکن است این بیماران داشته باشند از بین ببرند و حس همراهی و رفاقت را ایجاد نمایند. همچنین آنها منبع مناسبی از اطلاعات مربوط به غلبه افراد بر ابعاد مختلف HIV مانند اعلام وضعیت HIV یک فرد به خانواده، دوستان و شرکای جنسی وی و پرداختن به رژیم‌های پیچیده درمانی محسوب می‌شوند.

برای بعضی افراد، اعلام وضعیت HIV آنها به اعضای خانواده‌شان ممکن است شامل اطلاع آنها از اولین تمایل همجنس‌گرایی یا دوجنس‌گرایی باشد. ارجاع این بیماران به یک گروه حمایتی از مردان اسپانیایی تبار ممکن است پشتیبانی بیشتر یا موقعیتی برای یادگیری از سایر افرادی را که دارای تجربیات مشابهی با خانواده خود هستند به وجود آورد.

بیمارانی که تمایل چندانی به حضور در یک گروه حمایتی ندارند یا جایی زندگی می‌کنند که گروه‌های پشتیبانی ندارد، می‌توانند این پشتیبانی را در اینترنت پیدا کنند.

اگر بنیتو یک دگرجنس‌گرا بود، چه تفاوت موقعیتی برای وی وجود داشت ؟

احتمالاً بنیتو به دلیل ارتباط این بیماری با سایر رفتارها (مانند تزریق مواد مخدر) که از لحاظ اخلاقی ناپسند هستند هنوز هم بدنامی ناشی از ابتلا به HIV را تجربه می‌کند. ممکن است بعضی از مردم معتقد باشند که وی فردی دوجنس‌گرا یا همجنس‌گرا است. دیگران نیز به دلیل برداشت خود که ابتلا به HIV ناشی از مشکلات شخصیتی است ممکن است با نگرش‌های پیش‌داورانه واکنش نشان دهند. درمان‌گری که با یک مرد اسپانیایی تبار دگرجنس‌گرای مبتلا به سرم مثبت HIV کار می‌کند باید هر گونه تعامل منفی که بیمار ممکن است به دلیل وضعیت HIV خود با دیگران داشته باشد را مشخص نماید. ممکن است این بیمار در ایجاد مهارت‌های انطباقی خود به کمک نیاز داشته باشد که می‌تواند برای کنترل موقعیت‌های مشابه در آینده مورد استفاده قرار دهد.

در خلال جلسات درمانی، بنیتو اعتراف می‌کند که داروهای HIV خود را منظم مصرف نمی‌کند و به دیگر ابعاد مراقبت HIV خود پایبند نیست. عدم پایبندی وی دلایل متعددی دارد. به نظر می‌رسد بنیتو درک محدودی از موافقت با تمام ابعاد مراقبت HIV دارد. ظاهراً عدم پایبندی وی نیز با افسردگی و کاهش شدید علاقه در ابعاد مختلف زندگی وی ارتباط دارد. علاوه بر این، بنیتو خود را در برابر HIV ناتوان می‌بیند. یادداشت‌های وی در طول درمان نشان می‌دهند که وی معتقد است اساساً هیچ کاری نمی‌تواند برای تغییر وضعیت ابتلای خود انجام دهد.

درمانگر برای افزایش میزان پایداری چه کاری می‌تواند انجام دهد؟

بیان مسایلی که ممکن است پایداری یک فرد به رژیم دارویی خود برای HIV را تحت تاثیر قرار دهد اهمیت دارد. در مورد بنیتو، این تمرکز می‌تواند بر افزایش دانش پایه وی از مراقبت دارویی HIV و نیز بررسی افسردگی معطوف گردد. این کار را می‌توان از طریق ارجاع به سازمان‌های خدمات ایدز انجام داد که انبوهی از خدمات از جمله دانش پایه در زمینه مراقبت HIV و اهمیت پایداری به دستورالعمل‌های پزشکی را به بیماران سرم مثبت HIV ارائه می‌کنند. بعضی از جایگزین‌ها برای بررسی افسردگی بیمار شامل روان‌درمانی فردی، ارجاع به گروه‌های حمایتی و داروهای روان‌گردان است.

دیاز (۱۹۹۸) به این نتیجه رسیده است که برای بسیاری از مردان اسپانیایی تبار سرم مثبت HIV، زندگی با HIV، فقط یکی از مصایب متعدد زندگی نظیر تجربه فقر و نژادپرستی است. وی اضافه می‌کند که یکی از تاثیرات چنین تجربیاتی که موجب می‌شود این مردان کنترل پایداری داشته باشند این است که چنین افرادی احساس عجز و ناتوانی خود را به سایر حیطه‌های زندگی خود که ممکن است بتوانند تا حدی بر آنها کنترل داشته باشند نیز تعمیم می‌دهند. احتمال دارد که این مساله درباره بنیتو صادق باشد که معتقد است در تغییر مسیر HIV خود ناتوان است.

درمانگر باید از تجربیاتی مانند فقر و نژادپرستی در پیشینه زندگی فرد که توانسته است چگونگی برخورد وی با HIV را تحت تاثیر قرار دهد آگاه شود. به احتمال زیاد، بعضی از اسپانیایی تبارها نیز تبعیض را بیش از سایرین تجربه می‌کنند. مثلاً فینچ و همکاران (۲۰۰۰) نشان دادند مهاجران اسپانیایی تبار که دارای فرهنگ‌پذیری بالایی هستند به احتمال زیاد در مقایسه با مهاجران دارای فرهنگ‌پذیری پایین تبعیض بیشتری را تصور می‌کنند. این مساله در اسپانیایی تبارهای متولد آمریکایی که دارای فرهنگ‌پذیری بالایی هستند در مقایسه با هم‌تایان آمریکایی خود که از فرهنگ‌پذیری پایینی برخوردارند مغایرت دارد (فینچ و همکاران، ۲۰۰۰).

آگاهی از محل تولد بیمار، سطح فرهنگ‌پذیری و تجربیات مربوط به نژادپرستی، تبعیض و فقر می‌توانند در ارزیابی چگونگی سازگاری فرد با HIV و راهنمایی درمانگر درباره نیاز به مداخله موثر باشد. یکی از مداخلات احتمالی آموزش شخص دربارۀ مزایای پایداری به رژیم دارویی HIV است. یکی دیگر از مداخلات احتمالی ارجاع فرد به گروه‌های حمایتی است که تلاش می‌کنند مردان اسپانیایی تبار دارای سرم مثبت HIV را در طول زندگی تحت کنترل بیشتر خود در آورند. این گروه‌ها فرصتی برای شرکت‌کنندگان فراهم می‌آورند تا عوامل موثر در رفتار خود را به صورت اساسی تشریح کنند (دیاز، ۱۹۹۸). این کار در شرایط حمایتی از افراد دیگری صورت می‌گیرد که تجربیات مشابهی داشته‌اند.

درمانگر بنیتو متوجه دوگانگی احساسات و فعالیت‌های جنسی وی درباره جنس موافق می‌شود. بنیتو تجربه تضاد میان عقاید خود درباره مردانگی و رفتار جنسی خود با جنس موافق را تشریح می‌کند. درمانگر بنیتو به وی توصیه می‌کند علاوه بر درمان فردی در یک گروه حمایتی از مردان اسپانیایی تبار دارای سرم مثبت HIV مشارکت کند. بنیتو نیز در این گروه حضور می‌یابد.

همچنین درمانگر موافقت یا مخالفت بنیتو درباره اعلام وضعیت HIV خود به خانواده‌اش را تشریح می‌کند. برای درمانگر مشخص می‌شود که عدم اعلام بنیتو به اعضای خانواده ممکن است وی را از پشتیبانی‌های مورد نیاز و درمان افسردگی محروم کند. پس از چند هفته، بنیتو وضعیت HIV و تمایل جنسی خود را به اطلاع خواهرش می‌رساند. واکنش خواهر وی بسیار حمایتی است. به نظر می‌رسد بنیتو با کمک خواهرش به نحو مطلوب‌تری با ابتلای خود به HIV کنار آمده باشد.

همچنین بنیتو در کارگاه‌های اطلاع‌رسانی درباره HIV حضور یافته و اهمیت پابندی به دستورالعمل‌های دارویی HIV و سایر دستورالعمل‌ها را فرا می‌گیرد. وی پابندی بیشتری به رژیم دارویی خود دارد. حالت احساسی وی نیز با ترکیبی از درمان‌های فردی، داروهای ضد افسردگی و شرکت در یک گروه پشتیبانی بهبود می‌یابد. نشست‌های گروه پشتیبانی وی شامل بحث درباره ناتوانی تجربه شده توسط بسیاری از مردان همجنس‌گرای اسپانیایی تبار مبتلا به HIV و نیز شیوه‌های مقابله با این ناتوانی با مشارکت فعال در مراقبت‌های پزشکی فرد می‌باشد.

مطالعه موردی: یک زن اسپانیایی تبار مبتلا به HIV

لوپ یک مادر تنهای ۲۸ ساله پورتوریکویی تنها است که صاحب یک دختر سه ساله است. دو سال پیش، ابتلای وی به HIV مشخص شد و از آن پس تحت مداوای پزشکی قرار گرفته است. به دلیل وجود نشانه‌های افسردگی، او از طرف دکتر خود به یک روان‌درمانگر معرفی شد.

پیش از تشخیص ابتلای لوپ به HIV، وی با مردی ارتباط داشت که دارای پیشینه استفاده از موادمخدر و ابتلا به HIV بود. لوپ هرگز موادمخدر استعمال نکرده است.

لوپ با دختر خود که یک سرم منفی HIV است زندگی می‌کند. وی اعلام می‌کند که هیچ‌گونه ارتباطی با پدر واقعی^۱ دخترش ندارد. لوپ تا مقطع دبیرستان تحصیل کرده و به عنوان متصدی پذیرش در یک شرکت بازرگانی کار می‌کند. اگر چه وی سلامت خود را مطلوب توصیف می‌کند، قبول دارد که همیشه در ملاقات‌های پزشکی خود حضور نمی‌یابد. دلیل این امر آن است که وی در پیدا کردن پرستاری برای مراقبت از دختر خود دچار مشکل است.

زنان اسپانیایی تبار مبتلا به HIV که تحت مراقبت‌های پزشکی هستند چگونه مسولیت‌های خود را انجام می‌دهند؟

لوپ به خاطر مراقبت از دختر خود معمولاً جلسات درمانی‌اش را از دست می‌دهد. تجربه وی تا حد زیادی شبیه دیگر زنان دارای سرم مثبت HIV است که ممکن است مسولیت‌های مراقبتی (از کودکان یا دیگران) مراقبت بهداشتی آنان را به خطر بیندازد (اشتاین و همکاران، ۲۰۰۰).

برای درمانگری که با یک زن اسپانیایی تبار در چنین موقعیتی کار می‌کند صحبت درباره نیازهای عملی بیمار و موانع مراقبت‌های بهداشتی و نیز تعیین گزینه‌های آرایه کمک یا حمایت از او اهمیت به‌سزایی دارند. مثلاً درمانگر می‌تواند وی را به یک مؤسسه حمایتی برای مبتلایان HIV ارجاع دهد تا این زن را با خدمات اجتماعی و سایر منابعی مرتبط کند که می‌تواند در جلوگیری از وخامت سلامت فیزیکی و آرامش روانی به وی کمک کنند.

لوپ از حس ناامیدی به خاطر موقعیت خود می‌گوید. وی نگران مسایلی است که ممکن است در آینده رخ دهند. اگر چه او اعلام می‌کند که ارتباط نزدیکی با خانواده خود دارد؛ آنها بسیار دورتر از وی زندگی می‌کنند و احساس می‌کند که از آنها جدا افتاده‌است. اگر چه وی خود را فردی مذهبی می‌داند، در هیچ کلیسای خاصی حاضر نمی‌شود.

چه منابعی را می‌توان برای زنان اسپانیایی تبار ترسیم کرد تا به آنها کمک کند با تشخیص و عوامل استرس‌زای همزمان آن زندگی کنند؟

ارزش خانواده‌گرایی که پیشتر تشریح شد در میان زنان اسپانیایی تبار نیز وجود دارد (گینس و همکاران، ۱۹۹۷). برای درمانگرانی که با زنان اسپانیایی تبار کار می‌کنند، تشریح دامنه حمایت عاطفی و سایر حمایت‌ها از جانب اعضای خانواده اهمیت زیادی دارد. اگر بیمار تماس خود را با اعضای خانواده محدود کرده باشد، ممکن است درمانگر بخواهد این مساله را بررسی کند که آیا باید روابط خود با آنها را گسترش دهد یا به دنبال سایر منابع پشتیبانی اجتماعی است.

یکی دیگر از منابع فرهنگی موجود برای زنان اسپانیایی تبار مبتلا به HIV معنویت و دینداری است که در قالب منبع مهمی از تقویت روحیه توسط زنان (سیمونی و کوپرن، ۲۰۰۰؛ والدز، ۲۰۰۱) و مردان (گالوان، ۱۹۹۹) اسپانیایی تبار مبتلا به HIV ذکر شده است. یک درمانگر باید محدوده‌ای را کشف کند که معنویت قادر است در غلبه بیمار بر تنش‌های زندگی با HIV به وی کمک کند. اگر بیمار معنویت را در قالب یک منبع مهم موجود تعریف کند، درمانگر می‌تواند این شخص را به یافتن مناسب‌ترین راه برای بیان آن تشویق نماید.

همچنین درمانگران در یافتن ایجاد حس تسلط بر موقعیت که با کاهش افسردگی و بهبود سلامت فیزیکی در ارتباط است به زنان اسپانیایی تبار مبتلا به HIV کمک کنند (سیمونی و کوپرمن^۱، ۲۰۰۰). یکی از شیوه‌های انجام این کار کمک به بیمار در فکر کردن به موقعیت‌هایی است که در گذشته با موفقیت بر یک چالش خاص فائق آمده و سپس همان قابلیت را برای موقعیت فعلی وی به کار ببرد.

لوپ تایید می‌کند که اخیراً مردی را ملاقات کرده که به وی علاقه داشته و او نیز مبتلا به HIV بوده است. اگرچه وی هنوز هیچ چیزی درباره رابطه جنسی با آن مرد بیان نکرده است نگران آلودگی مجدد خود است. همچنین وی نگران این مساله است که آن مرد در قبال پیشنهاد استفاده از کاندوم چه واکنشی نشان می‌دهد.

چگونه می‌توان یک زن اسپانیایی تبار مبتلا به HIV را ترغیب کرد تا با اطمینان بیشتری درباره روابط جنسی با شریک خود صحبت کند؟

برای جلوگیری از خطر آلودگی مجدد به HIV یا قرارگرفتن در معرض سایر آلودگی‌ها، باید یک زن اسپانیایی تبار دارای سرم مثبت HIV را ترغیب کرد که مراحل ضروری برای محافظت از خود را انجام دهد. وی باید از چگونگی صحبت درباره فعالیت جنسی بین خود و شریکش و هرگونه اختلاف قدرتی که ممکن است بین آنها وجود داشته باشد آگاه گردد. لذا این مساله ممکن است نیازمند مهارت‌های مذاکره و حل تعارض باشد (اورتیز _ تورس^۲ و همکاران، ۲۰۰۰).

درمانگری که با زنی اسپانیایی تبار کار می‌کند که در صحبت کردن درباره روابط جنسی مطمئن دچار مشکل است باید وی را به یک گروه یا کارگاه ویژه در این زمینه معرفی کند. این گروه‌ها بر مهارت‌های اعطای قدرت به زنان تمرکز دارند تا توانایی آنها در مذاکره درباره روابط جنسی مطمئن را افزایش دهند. این گروه‌ها ساختار اجتماعی نقش‌های جنسیتی و جنسی، چگونگی ایفای نقش روابط جنسی نامساوی در اعمال رفتار جنسی مخاطره‌آمیز و نقش شبکه‌های اجتماعی در تقویت اقدامات جنسی مطمئن‌تر را تشریح می‌کنند (اورتیز _ تورس و همکاران، ۲۰۰۰).

درمانگران باید مراقب هرگونه علائم سوءاستفاده احتمالی توسط شریک زن باشند که ممکن است با تلاش زن برای قاطعیت مرتبط باشد. در چنین مواردی، لحاظ کردن نظام قانونی و ارجاع زن به یک پناهگاه می‌تواند گزینه مناسبی باشد.

1 Simoni and Cooperman

2 Ortiz-Torres

لوپ در خلال درمان، شیوه‌های مختلفی برای بهبود موقعیت خود را در نظر می‌گیرد. وی درباره تنشی که تجربه می‌کند ارتباط نزدیک‌تری با خانواده خود برقرار می‌نماید. در نتیجه، خواهر ۲۴ ساله‌اش نزد وی می‌آید. این روند حمایت عاطفی بیشتری به لوپ می‌دهد و کسی هم هست که از دختر وی مراقبت کند. لوپ دیگر هیچ یک از قرار ملاقات‌های پزشکی خود را فراموش نمی‌کند.

همچنین لوپ گزارش می‌کند که از ایمان مذهبی خود برای سازگاری استفاده می‌کند، احساس تسلط بیشتری بر موقعیت دارد و کمتر احساس افسردگی دارد. وی در یک گروه پشتیبانی زنان حضور می‌یابد که اعضای آن درباره تکنیک‌های مذاکره درباره رفتارهای جنسی مطمئن‌تر با شرکای جنسی صحبت می‌کنند. با این حال، هنگامی که تلاش می‌کند این مهارت‌های جدید را درباره‌ی شریک جدید خود اعمال کند، شریک وی نمی‌پذیرد. در نتیجه، لوپ تصمیم می‌گیرد به این ارتباط پایان دهد. لوپ اعلام می‌کند که سلامت روانی بهتری را تجربه می‌کند. وی احساس می‌کند بر موقعیت خود تسلط داشته و درباره آینده خود نگران نیست. به طور کلی، او احساس خوش‌بینی بیشتر و توانایی بهتر برای مقابله با HIV را اعلام می‌کند.

نتیجه‌گیری

درمانگرانی که از اسپانیایی تبارهای مبتلا به HIV مراقبت می‌کنند باید با فرهنگ‌های بیماران خود آشنایی داشته باشند. ارایه خدمات بهداشت روانی فرهنگ محور برای این گروه نیازمند چیزی بیش از ارایه خدمات به زبان آنان است. درمانگران باید از تفاوت‌ها و شباهت‌های گروه‌های مختلف اسپانیایی تبار و منابع متنوعی که این فرهنگ‌ها ارایه می‌دهند آگاه باشند تا بتواند به اسپانیایی تبارها در غلبه بر HIV کمک کنند. این مزایا برای بیمارانی که خدمات مرتبط و موثر فرهنگی را دریافت می‌کنند شامل بهبود سلامت روانی و اعتماد بیشتر به تامین‌کنندگان سلامت روانی است.

منابع

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Center for HIV, STD and IB Prevention. Surveillance Report, 12(1) (2000). (Available as a living document at <http://www.cdc.gov/hiv/stats/hasr120ltable9.htm> and <http://www.cdc.gov/hiv/stats/hasr120ltable11.htm>).
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). HIV and AIDS - United States, 1981-2000.

3. Morbidity and Mortality Weekly Report, 50(21) (2001a). (Available as a living document at <http://www.cdc.gov/nchstp/od/20years.htm>) .
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). HIV/AIDS among Hispanics in the United States (2001b). (Available as a living document at <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/hispanic.htm>).
5. Diaz, R. M. Latino Gay Men and HIV: Culture, Sexuality, and Risk Behavior. Routledge: New York, 1998.
6. Finch, B.K., Kolody, B. and Vega, W.A. Perceived discrimination and depression among Mexican-origin adults in California. *Journal of Health and Social Behavior*, 41 (2000): 295-313.
7. Gaines, S. O., Rios, D.1. and Buriel, R. Familism and personal relationship processes among Latina/Latino couples. In *Culture, Ethnicity, and Personal Relationship Processes*, S. O. Gaines, R. Buriel, J. H. Liu and D. 1. Rios, eds., pp. 41-66. New York: Routledge, 1997.
8. Galvan, F. H. Sources of personal meaning among Mexican and Mexican American men with HIV/ AIDS. *Journal of Multicultural Social Work*, 7(3/4) (1999): 45-67.
9. Ortiz- Torres, B., Serrano-Garcia, I. and Torres-Burgos, N. Subverting culture: promoting HIV/ AIDS prevention among Puerto Rican and Dominican women. *American Journal of Community Psychology*, 28(6) (2000): 859-81.
10. Simoni, J. M. and Cooperman, N. A. Stressors and strengths among women living with HIV/ AIDS in New York City. *AIDS Care*, 12(3) (2000): 291-7.
11. Stein, M. D., Crystal, S., Cunningham, W. E. et al. Delays in seeking HIV care due to competing caregiver responsibilities. *American Journal of Public Health*, 90(7) (2000): 1138-40.
12. U.S. Census Bureau. The Hispanic Population: Census 2000 Brief (May 2001). (Available as a living document at <http://www.census.gov/prod/2001pubs/c2kbr01-3.pdf>).
13. Valdez, M. A metaphor for HI V-positive Mexican and Puerto Rican women. *Western Journal of Nursing Research*, 23(5) (2001): 517-35.
14. WEB SITES
15. www.altamed.org. This is the website of AltaMed Health Services whose headquarters is in Los Angeles, California. It is a Latino agency offering a variety of medical, mental health and social services in Spanish and English to HIV -positive Latinos and Latinas.
16. www.bienestar.org. This is the website of Bienestar Human Services, Inc., whose headquarters is in Los Angeles, California. It is a Latino agency offering a variety of mental health and social services in Spanish and English to HIV -positive Latinos and Latinas.
17. www.caps.ucsf.edu/projects/hlsindex.htm. This is the website of Hermanos de Luna y Sol, which describes itself as an empowerment HIV prevention program

for Spanish-speaking Latino gay/bisexual men. Its headquarters is in San Francisco, California. It is primarily a support group for Spanish-speaking Latino gay/bisexual men. It does not offer any other services, but would be able to refer HIV-positive Latinos to any needed services. This program is also affiliated with the Center for AIDS Prevention Studies of the University of California, San Francisco, which conducts research with this population.

18. www.critpath.org/galaei. This is the website of the Gay and Lesbian Latino AIDS Education Initiative whose headquarters is in Philadelphia, Pennsylvania.
19. www.latinoaids.org. This is the website of the Latino Commission on AIDS whose headquarters is in New York City.

فصل چهاردهم (د)

یک قلب، دو روح و فراتر از آن: HIV و مردم بومی آمریکا

تری تافویا

مقدمه

تقریباً دو میلیون آمریکایی بومی در ایالات متحده آمریکا زندگی می‌کنند. بیش از نیمی از آنها (بیش از ۶۰ درصد) در مناطق شهری و بقیه نیز در نزدیکی یا درون مناطق حفاظت شده زندگی می‌کنند. تعیین این که چه کسی آمریکایی بومی هست یا نه کار بسیار پیچیده‌ای است (باکس 16D.1 را مشاهده کنید) به طوری که اواخر دهه ۱۹۸۰ بود که مرکز کنترل بیماری در آمریکا وجه تمایز بین بومیان سرخپوست آمریکایی و آلاسکایی را در قالب مقوله گزارش‌دهی ایدز مشخص کردند (تافویا، پرونده‌های شخصی، ۱۹۸۷).

گزارش‌های مراکز رسمی کنترل و پیشگیری از بیماری (CDC) در سال ۱۹۸۴ دو نمونه ایدز در میان بومیان سرخپوست_آمریکایی و آلاسکایی و در سال ۲۰۰۳ نیز ۲۳۰۱ نمونه را مشخص کردند (شکل 16D.1). در سال‌های اولیه همه‌گیری، احتمالاً گزارش‌دهی تاثیر واقعی بیماری بر این جمعیت را چندان مهم نمی‌دانست.

مردان بومی سرخپوست و آلاسکایی آمریکایی بیشتر نمونه‌های ایدز در این جمعیت را به خود اختصاص می‌دهند (۸۲٫۶ درصد) در حالی که زنان فقط ۱۷٫۴ درصد را تشکیل می‌دهند (جدول 16D.1). برحسب عوامل خطر در ابتلا به HIV، بیشتر مردان از طریق ارتباط جنسی با مردان آلوده می‌شوند در حالی که این آلودگی در بیشتر زنان از راه تزریق وریدی موادمخدر و ارتباط جنسی با جنس مخالف صورت می‌گیرد.

باکس 16D.1: چه کسی بومی آمریکاست؟ مشکل در تعریف هویت بومی حداقل ۹ تعریف قانونی مختلف درباره آمریکاییان بومی وجود دارد (تافویا ۱۹۸۹، ص ۲۸۲). بومیان سرخپوست _ آمریکایی و آلاسکایی _ آمریکایی تنها گروه قومی هستند که در کوانتوم خونی دولت فدرال آمریکا مورد توجه قرار می‌گیرند. در این شرایط، افراد برای این که سرخپوست - آمریکایی به حساب آیند باید یک‌چهارم از خون قبیل‌های را در بدن خود داشته باشند که به رسمیت شناخته شده است. تا بایبینی قانون اساسی در اواخر قرن بیستم، مردم بومی در کانادا تحت یک نظام هویتی متفاوت قرار داشتند. اگر یک زن با «وضعیت بومی» مشخص با مردی ازدواج می‌کرد که «فاقد وضعیت» بود، آن زن با این ازدواج وضعیت خود را از دست می‌داد و فرزندان وی نیز به عنوان «فاقد وضعیت» در نظر گرفته می‌شدند. این مساله به ظهور نسلی از بچه‌های «غیرقانونی» منجر شد. در نتیجه، زن و فرزندان وی بتوانند «وضعیت» خود را حفظ کنند. بومیان سرخپوست و آلاسکایی آمریکایی و مردم بومی در کانادا نیز به عنوان تنها گروه قومی آمریکای شمالی که با دولت فدرال، توافق نامه امضا کرده بودند در واقعیت سیاسی آمریکا سهمیم هستند. بر اثر تغییر تعدادی از حقوق مختلف (از جمله حقوق استفاده از زمین و آب)، به این گروه‌ها تعهد داده شد علاوه بر سایر موارد از مراقبت‌های بهداشتی و آموزشی نیز بهره‌مند شوند. حق برخورداری از این حقوق یکی از دلایل اهمیت "وضعیت" است.

جدول 16D.1: عوامل خطر ابتلا به HIV در میان بومیان سرخپوست - آمریکایی و آلاسکایی - آمریکایی

عوامل خطرناک ابتلا به HIV	مردان، ۸۲٫۶ درصد موارد	زنان، ۱۷٫۴ درصد موارد
MSM	۶۰٫۹ درصد	
IDU و MSM	۱۷٫۴ درصد	
IDU	۱۴٫۶ درصد	۵۳ درصد
دگرجنس‌گرا	۶٫۵ درصد	۴۱ درصد
تزریق	۰٫۰۴ درصد	۵ درصد
مبتلا به هموفیلی	۰٫۲ درصد	۱ درصد

MSM: مردانی که با مردان ارتباط جنسی دارند؛ IDU: تزریق موادمخدر

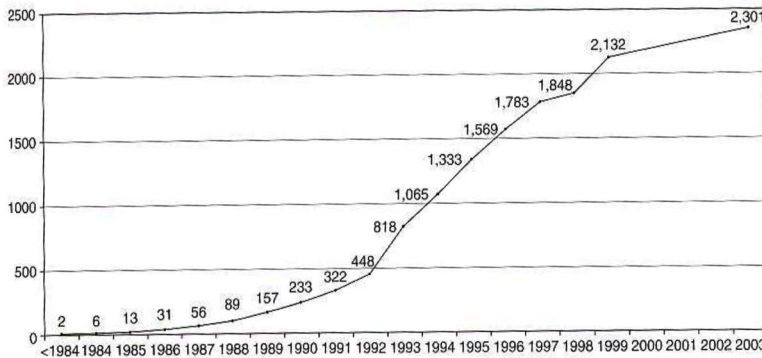


Figure 16D.1: Cumulative growth in AIDS cases in American Indians/Alaskan Natives 1984-1999

شکل ۱۰.۱۶- رشد تجمعی در موارد ایدز در بومی های آمریکا و آلاسکا ۱۹۸۴-۱۹۹۹

در کانادا مردم بومی فقط ۲/۸ درصد از جمعیت این کشور را تشکیل می‌دهند اما ۱۲/۹ درصد از نمونه‌های گزارش شده ایدز در سال ۲۰۰۲ را به خود اختصاص داده بودند. عوامل مخاطره‌آمیز آلودگی آنها شبیه عوامل بومیان سرخپوست _ آمریکایی و آلاسکایی _ آمریکایی هستند اگر چه تعداد نمونه‌های استفاده از مواد مخدر تزریقی از ۲ درصد تا پیش از سال ۱۹۹۱ به ۱۵ درصد بین سال‌های ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۵ و بیش از ۳۴ درصد بین سال‌های ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۰ افزایش یافت. زنان بومی آمریکا هنگام قرار گرفتن در معرض خطر در مقایسه با موارد غیربومی مبتلا به ایدز نرخ بسیار بالاتری از IDU را نشان می‌دهند (۳/۳ درصد تا ۵/۹ درصد). انتقال عمودی از مادر به فرزند مساله مهمی در میان جمعیت بومی محسوب می‌شود که بخش زیادی از جوانان خیابانی بومی را تشکیل می‌دهند.

به گزارش مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های عفونی کانادا، «... شواهد موجود نشان می‌دهد که افراد بومی در مقایسه با افراد غیربومی در سنین جوانی آلوده می‌شوند و تزریق مواد مخدر مهم‌ترین حالت انتقال است. همچنین شیوع HIV در میان جامعه بومی هیچ‌گونه علامت کاهش را نشان نمی‌دهد. علاوه بر این، تحرک افراد غیربومی در مناطق شهری و روستایی ممکن است خطر HIV را حتی در دورافتاده‌ترین جوامع غیربومی به همراه داشته باشد (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های عفونی - ۲۰۰۱).

آلودگی به HIV چه تاثیری بر جوامع بومی داشته است؟

زمانی که افراد بومی تاثیر حالت HIV خود را احساس کردند، بسیاری از آنها بازگشت به جوامع خود را به عنوان راهی برای مقابله با این بیماری برگزیدند. افرادی که برای کشف تمایل جنسی از جوامع خود مهاجرت کرده‌اند، در «شهر» آلوده شده و به «زادگاه» خود بازگشتند. این «بازگشت مهاجرت» مشکل‌ساز می‌شود زیرا:

- درمانگاه‌ها در اغلب مناطق دورافتاده غالباً از تجربیات پایینی برای مقابله با HIV برخوردار هستند
- در مناطق روستایی کوچک، رازداری خود یک مساله است
- اگر «مراجعه‌کننده» دارای رابطه جنسی نامطمئن باشد یا از سوزن‌های مشترک استفاده کرده‌باشد، این مساله می‌تواند یک حامل آلودگی در میان جامعه بومی را ایجاد کند.

مطالعه موردی: امکانات معنوی و HIV

لوک یک سرخپوست _ آمریکایی ۵۲ ساله از قبیله لاکوتا است. وی به‌عنوان یکی از چند فرزند و همانند دیگر سرخپوست _ آمریکاییان نسل خود با ترکیبی از تجربیات شهری و بیشتر روستایی بزرگ شده‌است. او خاطرات کودکی خود از یک خانه بدون آب و برق را نقل می‌کند. وی در ترکیبی از معنویت سنتی بومی و اصول مذهبی کاتولیکی (ترکیب مشترکی برای بیشتر بومیان) و لاکوتا و انگلیسی رشد کرده‌است. لوک از همان دوران نوجوانی با الهام از مادر بزرگ خود که یک طیب سنتی زن و نیز یک کلیسایی اصول‌گرا بود مجذوب مسیر روحانی گردید. رویاهای وی برای تبدیل شدن به یک کشیش رسمی زمانی در هم شکسته شدند که به‌خاطر همجنس‌گرایی اخراج شد. وی نقل می‌کند که پیش از اخراج نهایی توسط اعضای کلیسا، پشیمان شده و شروع به دعا کرد.

لوک به یک منطقه بزرگ شهری رفت تا تحصیلات عالی خود را تکمیل کرده و با زندگی جامعه همجنس‌گرایان آشنا شود. در آن زمان، در بعضی موارد به استفاده زیاد از الکل روی آورده بود. هنگامی که وی به منطقه خود بازگشت، او مشاغل متعددی را در خدمات اجتماعی در اختیار داشت.

ابتلای وی به HIV در اواخر دهه ۱۹۸۰ در یک کلینیک بهداشتی سرخپوستی محلی تشخیص داده شد. نقض رازداری یک بار دیگر و این بار به خاطر ابتلا به HIV باعث "اخراج" لوک شد. قبیله او با ترس و ناآگاهی به وی پاسخ دادند و او را از سمتش به‌عنوان یک برنامه‌ریز قبیله اخراج کردند. اخراج وی ارتباط مستقیم با HIV داشت و مربوط به گرایش جنسی‌اش نبود. پزشک پریشانی شدید او را تشخیص می‌دهد و به وی پیشنهاد می‌کند تا به یک درمانگر مراجعه کند، ولی لوک خودداری می‌کند. او می‌گوید که شاید مراسم سنتی را اجرا کند تا بهبود وی را ارتقا دهد و پزشکش او را تشویق به ادامه این مسیر می‌کند. هر دوی آنها موافق هستند که رویکرد سنتی رویکردهای جدید را کامل می‌کند، نه آن‌که آنها را جایگزین کند. علاقه پزشک به مراسم سنتی بین آنها اعتماد ایجاد می‌کند.

مفهوم بومی تمایلات جنسی و جنسیت چیست؟

داده‌های پژوهشی میزان بالاتری از رفتار دوجنس‌گرایی در میان بومیان آمریکا در مقایسه با سایر گروه‌های مورد بررسی را نشان می‌دهد (تافویا، ۱۹۸۹). این مساله ممکن است ثبات بیشتر مفهوم سیال تمایل جنسی را نشان دهد. تقریباً بیش از دو سوم از هر ۲۰۰ بومی‌زبانی که هنوز هم به زبان آمریکای شمالی صحبت می‌کنند واژه‌هایی برای بیش از دو جنس وجود دارد (تافویا و راول، ۱۹۸۸؛ تافویا و رایث، ۱۹۹۶). اخیراً تعدادی از افراد بومی اصطلاح «دو روح» را در قالب اصطلاحی برای تشریح جنس سوم مطرح کرده‌اند. در سال ۱۹۸۷، این اصطلاح توسط یک مجمع بین‌المللی از افراد بومی مردان همجنس‌گرا، زنان همجنس‌گرا، دوجنس‌گرا، فراجنسیتی و غیرعادی (GLBTQ) رسماً پذیرفته شد. این گروه احساسات سایر بومیانی را نشان دادند؛ بدین صورت که اصطلاح GLBTQ «استاندارد» بیش از حد «اروپایی‌محور» بود و عناصر نقش جنسیتی و معنویت را که بخشی از سنت‌های بومی بودند در نظر نمی‌گرفت. همچنین اصطلاح مذکور این عقیده را در بر دارد که بسیاری از بومیان معتقدند: که ما دارای «انرژی‌ها» یا «ارواح» مردانه و زنانه درونمان هستیم. این یکی از توضیحات علمی درباره این مساله است که چرا بسیاری از سرخپوست-آمریکایی و مردم بومی از لحاظ تاریخی موهای خود را در دو نوار می‌یافتند: برای نشان دادن عینی تعادل میان مرد و زن که برای آن باید تلاش کرد.

برای بسیاری از مردم دو روحه، به نظر می‌رسد این تعادل همان چیزی باشد که آنها «هستند» که در مغایرت با آن چیزی که برای «انجام‌دادن» به آنها تحمیل شده است می‌باشد. بعضی از نقش‌های سنتی دو روحه شامل آموزش، محافظت از دانش افراد مسن، مداوا، مراقبت از کودکان، مدیریت و مشارکت معنوی، ترجمه، میانجی‌گری و تمام انواع اشکال هنری است (تافویا، ۱۹۹۲).

هر چقدر یک جامعه بومی سنتی‌تر باشد، پذیرش تنوع تمایلات جنسی و جنسیتی در آن بیشتر است. هر چه قدر یک جامعه بومی مسیحی‌تر باشد، تمایل آن برای نشان‌دادن اصول‌گرایی و پیش‌داوری درباره رفتار جنسی بیشتر است.

مبنای بی‌اعتمادی بومیان به غیربومیان چیست؟

از لحاظ تاریخی، تجربه کودکان بومی در مدارس شبانه‌روزی و مداخلات خدمات اجتماعی به ویژه در خانواده‌های بومی چشمگیر بوده است. در اصل، کودکان بومی مجاز به حضور در مدارس عمومی نبودند. قرن نوزدهم، آمریکا و کانادا مدارس شبانه‌روزی فدرال را برای کودکان بومی تاسیس کردند. با بنیانگذاری این مدارس، «حقوق والدین از بین رفت... کودکان بومی تا حد امکان از والدین خود دور شدند و گاهی مجاز نبودند حتی در تعطیلات به خانه بازگردند». این قضیه بر چنین تئوری متکی بود که «برای متمدن کردن

یک سرخپوست، او را در کانون تمدن قرار دهید». هر چیز بومی باید تخریب می‌شد حتی اگر گاهی اوقات این فرآیند به معنای نابودی خود فرد بومی بود (فوربس _ ۱۹۹۴).

ممانعت از زبان، مذهب و سبک زندگی سرخپوست و اجبار فرزندان آنان به جدایی از خانواده‌های خود، اقداماتی متداول و رایج بودند. نظم سخت‌گیرانه‌ای حاکم بود، تنبیهات شدید بودند و مدارس بسیار پرازدحام بودند که همین عوامل مشکلات بهداشتی (مانند سل، تراخم) را به دنبال داشت (کولمنت، ۲۰۰۰).

امروزه، کمتر از ۷۰ مدرسه شبانه‌روزی سرخپوستی در امریکا فعالیت می‌کنند؛ اما در دهه ۱۹۷۰، این تعداد بیش از ۲۰۰ مدرسه بود (کولمنت، ۲۰۰۰). در اوایل قرن بیستم بود که گسترش سوءاستفاده فیزیکی، عاطفی و جنسی درباره آموزش بومیان به طور عمومی اعلام شد. بررسی مدارس شبانه‌روزی سرخپوست توسط گروه قبیله‌ای نو _ چا _ نولث کانادا (۱۹۹۶) سه موضوع اصلی تحقیق خود را گزارش کرد (کولمنت، ۲۰۰۰).

- تنهایی بیش از اندازه (۹۳ درصد) و حس ترک‌شدگی توسط والدین

- تخریب یا سرکوب فرهنگ و زبان بومی (۹۱ درصد)

- شاهدبودن (۹۲ درصد) یا تجربه (۹۰ درصد) انواع مختلف سوءاستفاده‌ها در مدارس شبانه‌روزی

با توجه به تجربه آموزش در زندگی‌های بومی، مایه تعجب است که جایگاه مردم بومی در زمینه آموزش در مقایسه با گروه اقلیت پایین‌تر بود و اعتماد آنها به غیربومیان نیز کمتر بود.

علاوه بر ایجاد فرصت‌هایی برای سوءاستفاده جنسی، مدارس شبانه‌روزی با خوابگاه‌های تک‌جنسیتی می‌توانند محیطی فراهم آورند که اولین تجربه جنسی جوانان بومی بدون توجه به تمایلات جنسی نهایی آنان با افراد هم‌جنس خود باشد. برای افراد بومی که به عنوان مردان همجنس‌گرا، دوجنس‌گرا، زنان همجنس‌گرا یا غیرعادی و کسانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند شناخته می‌شوند، ممکن است پرسش‌هایی بالینی درباره تاثیر این سوءاستفاده بر تمایلات جنسی آنان وجود داشته باشد (همان‌طور که برای غیربومی‌ها وجود دارد).

یکی دیگر از تجربیاتی که بی‌اعتمادی بومیان نسبت به غیربومیان را به دنبال داشته است تعامل با خدمات اجتماعی است. پیش از تصویب قانون رفاه کودکان در سال ۱۹۷۸، از هر چهار کودک سرخپوست _ آمریکایی یک کودک در منزل غیربومیان پرورش می‌یافت (کلسو و آنتیو، ۱۹۸۱؛ مانسون، ۱۹۸۲؛ تافویا، ۱۹۸۹؛ تافویا و رایث، ۱۹۹۶). آمار مشابهی درباره مردم کانادا نیز وجود دارد. بیش از ۹۰ درصد این کودکان به دلیل «بی‌توجهی» در برابر «سوءاستفاده» از خانواده‌های خود دور می‌شدند و تعریف بی‌توجهی مبتنی بر استانداردهای جامعه سفیدپوستان بود. مثلاً پیش از بازبینی کدهای فعالیت ایالت واشنگتن، یک کودک در صورتی که اتاق خواب جداگانه نداشت می‌توانست از خانواده خود دور شود. میزان فرزندخواندگی کودکان در

ایالت واشنگتن ۱۹ برابر بیشتر از سایر کودکان غیربومی بود (انجمن قبیله‌ای سوینومیش، ۱۹۹۱). بسیاری از بومیان و مردم آمریکا از کودکانی مراقبت کردند که اکنون بزرگ شده و به نام «پرندگان گم‌شده» شناخته می‌شوند. به دلیل گزارش‌های «محرمانه» فرزندخواندگی، افراد می‌توانند از سرخپوست - آمریکایی یا بومی بودن خود آگاهی یابند اما نمی‌توانند ملیت یا اعضای خانواده بیولوژیکی خود را شناسایی کنند. از دیدگاه بالینی، این بدان معناست که مواجهه با فردی که «از لحاظ قومی بومی» است اما «از لحاظ فرهنگی غیربومی» است امری غیرمعمول نیست. این متقاضیان ممکن است منابع بومی محدودی در اختیار داشته باشند.

کدام مراسم سنتی می‌تواند در کمک به بیماران بومی موثر باشد؟

لاکوتا ساندنس^۱ ویژگی اصلی معنویت لاکوتا است. این یکی از مراسمی است که مانند دیگر مراسم پاکسازی و نوزایی ممنوعه با دردهای بدنی شدید به امید پاکی و نو شدن فرد هستند. ساندنس شامل روزه‌های چهار روزه است و در بعضی موارد وسط عضلات سینه او را سوراخ می‌کنند و به میله چوبی که وسط زمین رقص است می‌بندند. این فرد باید آن قدر در این حالت برقصد تا همه شرکت کنندگان آزاد شوند. این کار زخم‌های عمیقی بر جای می‌گذارد که به راحتی توسط بسیاری از افراد بومی شناسایی می‌شود و برای فرد احترام و شخصیت به همراه دارد چرا که وی با شجاعت این درد شدید را تحمل کرده تا به قدرت و پاکی برای مردم اش برسد. برای بسیاری از سرخپوست - آمریکاییان و مردم بومی، ساندنس به عنوان مدلی از تجربیات تاریخی برای بقا در مقابل یورش‌های مسلحانه و نیروی دشمن شناخته می‌شود. رنج‌هایی که چنین اشخاصی متحمل می‌شوند تا هماهنگی در آینده را بازسازی کنند نشان‌دهنده انقیاد و تلاش‌های سیستماتیک برای از میان بردن فرهنگ‌ها، زبان‌ها و سبک‌های زندگی بومی، حذف کودکان بومی به دلیل مداخله دولتی غیربومی و نابودی کامل است.

مطالعه موردی: یک مادر بومی تنهای

ماری یک زن بومی ۲۶ ساله و مبتلا به HIV است. در اصل، وی از یکروستا ساحلی دورافتاده در شمال غرب آمریکا به شهر مهاجرت کرد تا به دانشگاه برود. سپس از زمان دانش آموختگی در دفتری مشغول به کار شد. وی مادر یک دختر ۴ ساله است که او نیز HIV مثبت است. ماری معتقد است که در خلال ارتباط خود با پدر بیولوژیکی دخترش که یک مرد اروپایی_آمریکایی و معتاد به مواد مخدر بود و در نزدیکی اردوگاه آنها زندگی می کرد به این بیماری آلوده شده است. وی در فصل تابستان که برای دیدن خانواده اش رفته بود با آن مرد ارتباط داشت. آن مرد قطعاً از آلودگی خود به HIV آگاه بود ولی این اطلاعات را در اختیار ماری قرار نداد.

ماری به دلیل افسردگی مقطعی خود درخواست کمک کرده است. ایالتی که روستای وی در آن واقع شده است دارای قوانینی درباره افرادی است که از وضعیت HIV خود آگاهی داشته و دیگران را آلوده می کنند. اکنون ماری علیه مردی که وی را آلوده کرده است اقامه دعوی می کند. جلسه اولیه دادگاه تشکیل شده است. از آنجا که رازداری در جوامع روستایی بسیار مشکل است، بیشتر مردم در آن روستای ساحلی و حتی شهرهای اطراف می دانند که وی مبتلا به HIV است. اعضای روستا نگران این مساله هستند که دیگر اعضای قبیله نیز ممکن است آلوده شده باشند و تلاش کرده اند پیشینه جنسی ماری (و شریک پیشین اش) را بررسی کنند.

ماری کوچکترین فرزند خانواده است. وی اعلام می کند که می خواهد به خانواده اش نزدیک تر شود ولی نمی تواند آن طور که دوست دارد زمان زیادی را با آنها بگذراند زیرا همگی آنها در جایی زندگی می کنند بیش از ۵ ساعت رانندگی با شهر محل زندگی ماری و دخترش فاصله دارد. تماس مستقیم او محدود است به تعطیلات و مراسم مختلفی که ماری به مناسبتشان به زادگاهش باز می گردد یا زمانی که خواهرزاده ها و برادرزاده هایش و والدینش برای حضور در فعالیت های ورزشی یا اجتماعات خاص موجود در شهر چند روزی پیش او می مانند.

ماری در مورد عدم تمایل به استفاده از منابع خدماتی بهداشتی سرخوستی خیلی رک است و می گوید که حمایت کافی از شرکتش و امتیازات بهداشتی درمانی بی شمار آن دریافت می کند که موجب دسترسی وی به مراقبت های به روزی می شود که در منطقه خاص خود قادر به دریافتشان نیست. این شرکت همچنین برنامه مهدکودکی برای دخترش دارد. مقامات اجرایی شرکت از تشخیصی که برایش داده شده است آگاهند ولی همکاران دیگرش هیچ اطلاعی از آن ندارند. گرچه دوست دارد که فرزندان زیادی داشته باشد، به خاطر ترس از ابتلای آنان تصمیمی برای بچه دار شدن ندارد.

در فرهنگ بومی، پرورش فرزند چه جایگاهی دارد؟

فرهنگ بومی ارزش بالایی برای کودکان قابل است و پرورش فرزند را با مسوولیت پذیری بزرگسالی مرتبط می داند. بزرگسالانی که فرزند بیولوژیکی ندارند ممکن است سرپرستی برادرزاده، خواهرزاده یا یتیمی را

بر عهده بگیرند تا تجربه پدر و مادر بودن را کسب کرده و به آن کودک رسیدگی کنند. همچنین از لحاظ سنتی انتظار می‌رود افراد بزرگسال از والدین خود در هنگام پیری مراقبت کنند.

بسیاری از زنان بومی که به عنوان همجنس‌گرا، دوجنس‌گرا یا دو روحه شناخته می‌شوند مادران بیولوژیکی هستند. بعضی از آنها در نوجوانی باردار می‌شوند تا دگرجنس‌گرایی خود را در محیط‌های دگرجنسی و هم‌جنس‌گراهاست اثبات کنند. بعضی از آنها به این دلیل باردار می‌شوند تا فرزندی داشته باشند که آنها را دوست داشته باشد (به ویژه، اگر از خانواده ناکارآمدی باشند که در تجربه عشق با مشکل مواجه بوده است) در حالی که سایرین تصمیم آگاهانه‌ای درباره داشتن یک بچه بیولوژیکی اتخاذ می‌کنند.

آیا مراسم مذهبی وجود دارند که برای ماری و دخترش مفید باشند؟

در تلاش برای کمک به ماری در خلال این دوره تنش‌زا، خانواده وی توجه خود را به دو مراسم خاص معطوف می‌کند: مراسم «دعا و شفا» که رسماً از جامعه درخواست می‌کند تا از ماری و دخترش حمایت کند و احساس اتحاد بیشتر را برای آنها فراهم می‌کند و «مراسم نام‌گذاری» دخترش.

مراسم نام‌گذاری در بسیاری از قبیله‌های بومی اهمیت دارد. بعضی از فرهنگ‌ها معتقدند یک نام خاص سرخپوست که در خلال این مراسم برای یک فرد انتخاب می‌شود نامی است که پس از مرگش خالق وی در جهان ارواح آن را به کار خواهد برد. کسی که نامی سرخپوست ندارد نمی‌تواند به معشوق خود در جهان ارواح پیوندد. مقام بالاتر با داشتن نام سرخپوست مرتبط است و به همان ترتیب است که فرد در مراسم و موقعیت‌های ویژه مورد خطاب قرار می‌گیرد.

از آنجاکه پدر بیولوژیکی این دختر خون او را به اندازه ای پایین‌تر از الزامات بومیان آمریکایی «رقیق» کرده است، این دختر نیز واجد شرایط لازم برای دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و آموزش را ندارد. با این حال، برخورداری از یک نام سرخپوستی جامعه را قادر می‌سازد تا رسماً این دختر را پذیرفته و وی بدون توجه به مسایل کوانتوم خونی عضویتش را در میان قوم خود تقویت می‌کند.

در همین زمان، ماری هیچ مشکل جدی درباره بهداشت مربوط به HIV نداشته است و به داروهای تجویز شده پایبند است. اگرچه هیچ یک از همکاران وی خبری از انجام اقدامات قانونی در زادگاهش ندارند، ماری نگران این مساله است که ممکن است رسانه‌های خبری به این مساله توجه کنند و او و دخترش در معرض تبلیغات ناخواسته قرار گیرند. وی بیم آن دارد که این مساله روی کارش تاثیر بگذارد (اگرچه هیچ مدرکی برای رخداد این اتفاق ندارد). وی ترجیح می‌دهد دیگر تماسی با پدر دخترش که هنگام مصرف مواد مخدر بسیار بدرفتار است نداشته باشد.

همچنین ماری می‌خواهد دخترش مدتی از تابستان را در محل سکونت خودشان بگذراند تا رابطه بیشتری با سایر اعضای خانواده و همسالانش برقرار کند و از این طریق جایگاه اجتماعی خود در آن جامعه را تقویت کند.

چه زمانی خدمات خاص فرهنگی بهتری به بومیان ارائه می‌شود؟

در بعضی موارد، مردم بومی به دنبال مراقبت‌های بالینی غیربومی هستند. این امر ممکن است بدان دلیل باشد که تجهیزات غیربومی بیشتر "بی‌نام" هستند یا ممکن است تجهیزات بومی در مقایسه با خدمات بهداشتی غیر بومی تحت حمایت فدرال مراقبت‌های بهتری ارائه کنند. در بیشتر مناطق بومی که محیط‌هایی کاملاً روستایی هستند امکان ارائه خدمات پیشرفته در زمینه درمان HIV را ندارند.

مهم‌ترین منبع کار موثر با مردم بومی همانند کار با دیگر گروه‌های مردم است: یعنی احترام. درمانگران باید زمان لازم را در مورد «برچسب‌هایی» که به کار می‌رود به متقاضی بدهند و به آنان اجازه دهند درک خود از تمایل جنسی، جنسیت و هویت را تشریح کنند. همچنین باید به این مساله آگاه بود که واژگان ممکن است با تغییرات تکاملی بیماران و دیدن شیوه‌های جایگزین تفکر درباره خود و HIV تغییر کنند. همچنین ممکن است مردم بومی در ارائه اطلاعاتی مانند عقیده به بیش از دو جنس که برای مردم غیربومی غیرعادی است اکراه داشته باشند. به‌عنوان یک تکنیک برای بقا، بعضی از بومیان در صورتی از ارائه اطلاعات خودداری می‌کنند که احساس کنند یک تامین‌کننده عقاید آنها را به تمسخر گرفته یا از آنها می‌خواهد تا اقدامات سنتی را متوقف کنند.

مشکل متداول تامین‌کنندگان غیربومی تفاوت در چیزی است که جامعه‌شناسان زبان آن را «وقفه زمانی» می‌نامند. وقفه زمانی دوره سکوتی است که برای تنظیم نوبت طرفین برای صحبت کردن به کار می‌رود. به عبارت دیگر، «من حرف نمی‌زنم ... و سپس شما متوجه می‌شوید اکنون می‌توانید بدون این که وسط حرف من بپرید چیزی بگویید». مطالعات دوزبانگی نشان داده است که تاثیر زبان دیگر را می‌توان در حداقل سه نسل احساس کرد. به عبارت دیگر، اگر والدین یا اجداد فرد بیمار به زبانی غیر از زبان انگلیسی صحبت کنند، بیمار نمی‌تواند همانند یک فرد بومی انگلیسی‌زبان به پردازش زبان انگلیسی بپردازد، حتی اگر از زبان انگلیسی فقط برای برقراری ارتباط استفاده نماید. این مساله به‌ویژه درباره بیماران بومی وجود دارد که وقفه زمانی‌شان غالباً بیشتر از وقفه‌زمانی یک فرد بومی انگلیسی‌زبان است. این امر ممکن است منجر به شناسایی افراد بومی به‌عنوان اشخاص منفعل - پرخاشگر، در خود فرو رفته و و فاقد مهارت‌های ارتباطی شود درحالی که در واقع آنان منتظر وقفه‌ای طولانی‌تر از جانب درمانگر هستند. آن وقفه طولانی‌تر وجود ندارد زیرا

اگر درمانگران در زمان مشخص پاسخی نشنود، پرسش خود را تکرار کرده، به سراغ پرسش دیگری رفته یا به سادگی خودشان به آن پرسش پاسخ می‌دهند.

بعضی از راهبردها در کار با بیماران بومی چیست؟

در برقراری روابط اولیه، اعتماد بسیار اهمیت دارد. برای کمک به ایجاد این اعتماد، موارد زیر را در نظر

بگیرید:

- آیا در منطقه پذیرش یا دفتر و اتاق معاینه شما تصاویری از افراد بومی وجود دارند؟
- آیا پوسترها، پرینت‌ها یا هنر نوعی پیغام غیر کلامی را منتقل می‌کنند که مورد علاقه یک گروه خاص (مانند بومیان / GBLTQ / دو روحه‌ها) باشد؟ در چنین صورتی، یک بیمار بومی «پنهان» ممکن است تمایل بیشتری برای افشای قومیت واقعی خود داشته باشد (احتمالاً بسیاری از درمانگران بیماران بومی خود را با این تصور که آنها اعضای سایر گروه‌های قومی هستند مداوا می‌کنند).
- سایر افراد بومی مبتلا به HIV چه کارهای دیگری انجام می‌دهند؟ با توجه به مسایل خاص HIV، نمونه‌هایی از آنچه که سایرین در موقعیت‌های آنها انجام داده‌اند در اختیار بیمار بومی قرار دهید. برای بسیاری از مردم بومی، از گذشته غالباً برای تعیین دستورالعمل‌های حرکت به سمت آینده استفاده می‌کنند. ممکن است بعضی افراد از مسوولیت "پیشگامی" برای حرکت به سوی قلمرویی ناشناخته ناراحت باشند. تشریح چگونگی ادغام مراسم مذهبی با داروهای مکمل غربی توسط سایر بومیان در موقعیت‌های مشابه نیز می‌تواند مفید باشد. با این حال، اگر این مفهوم برای بیماری خاص عجیب یا تهدیدآمیز بود، آن را دنبال نکنید. ممکن است آن بیمار مشارکت فعالی در جنبه فرهنگی خود نداشته باشد یا یک «پرنده گم‌شده» باشد.
- آیا می‌توانید بیمار خود را به یک گروه حمایت از بومیان ارجاع دهید؟ از لحاظ سنتی، فرهنگ بومی بر تعامل هدایت‌گرانه (مانند «کارهایی در اینجا هست که می‌توانید انجام دهید...») در مقابل تاکید بر دیدگاه احساسی (مانند «چه احساسی در این مورد دارید؟») تمرکز می‌کند. به همین دلیل، بیماران بومی که با سنت‌های معنوی خود هم‌ذات‌پنداری دارند غالباً درباره احساس بیگانگی از گروه‌های پشتیبانی مسیحی صحبت می‌کنند. اگر جامعه شما فاقد گروه مناسبی از بیماران بومی سرم مثبت HIV برای حفظ یک گروه بومی باشد، آیا جایگزین مناسب‌تری وجود دارد؟
- آیا این گروه به وقفه‌های زمانی اعضای مختلف توجه دارد؟ تفاوت وقفه زمانی می‌تواند دلیل بروز مشکل با بیماران بومی در گروه‌های حمایتی باشد. افراد دارای کوتاه‌ترین وقفه زمانی اغلب افراد

غالب همه گفتگوها هستند در حالی که افراد دارای بیشترین وقفه زمانی هرگز فرصتی برای صحبت کردن ندارند. درمانگران هنگام تسهیل یک گروه باید تلاش کنند تا هر عضو وقفه زمانی موردنیازش را داشته باشد و بنابراین در گفتگو شرکت کند.

نتیجه گیری

از آنجایی که بیش از ۵۰۰ قبیله در آمریکا و بسیاری دیگر در کانادا شناسایی شده‌اند، هیچ روشی برای صحبت درباره مسایل بومیان بدون تعمیم تنوع پیچیدگی آنها وجود ندارد. بسیاری از مردم بومی که در مراقبت‌های بهداشتی عمومی مشارکت دارند نگران شباهت زیاد جوامع بومی به جوامع آفریقایی هستند که به واسطه ایدز از میان رفته‌اند. آنها ویژگی‌های زیر را دارند:

جوامع نسبتاً فقیری هستند

دسترسی محدود به مراقبت‌های بهداشتی دارند

جمعیت‌هایی که بالاترین درصدشان در فعال‌ترین گروه‌های سنی «از لحاظ جنسی» است

اعتیاد به مواد مخدر دارند

سایر بیماری‌هایی که از راه ارتباط جنسی منتقل می‌شوند در آنها شیوع بالایی دارد

از زمان آغاز این همه‌گیری، واکنش جوامع بومی از ترس به درک بهتر تغییر کرده است. در نتیجه، این جوامع غالباً برای حمایت از اعضای آلوده به HIV خود از جمله کسانی که پس از سال‌ها غیبت به زادگاه خود باز می‌گردند آمادگی دارند. این بدان معناست که بیماران می‌توانند به سنت غنی معنوی مردم خود نزدیک شده و رویکردهای غربی و غیرغربی را به شیوه‌ای محترمانه ادغام کنند.

منابع

1. Center for Infectious Disease Prevention and Control. Bureau of HIV/ AIDS, STD and TB Update Series. Ottawa, Ontario: CDC, 2001.
2. Colman, S. U.S. and Canadian Boarding Schools: A Review, Past and Present. *Native Americas Journal*, 17 (4)(2000): 24-30.
3. Kelso, D. and Attneave, C. *Bibliography of Native American Indian Mental Health*. Westport, CT: Greenwood Press, 1981.
4. Manson, S. (ed.) *New Directions in Prevention Among American Indian and Alaskan Native Communities*. Portland, OR: Oregon Health Services University, 1982.
5. Nu-Cha-Nulth Tribal Council. *Indian Residential Schools: The Nu-chah-nulth Experience*. Canada: Nu-Chah-Nulth Tribal Council, 1996.

6. Salmoral, M. *America 1492: Portrait of a Continent 500 Years Ago*. Swinomish Tribal Mental Health Project. New York, NY: Facts on File Press, 1990.
7. Swinomish Tribal Community. *A Gathering of Wisdom: Tribal Mental Health - A Cultural Perspective*. Mt. Vernon, WA: Veda Vanguard, 1991.
8. Tafoya, T. *Pulling Coyote's Tale: Native American Sexuality and AIDS*. In *Primary Prevention of AIDS: Psychological Approaches*, V. Mays, G. Albee, and S. Schneider, eds. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1989.
9. *Native Gay and Lesbian Issues: The Two Spirited*. In *Positively Gay*, B. Brawn, ed. Berkeley: Fine Celestial Arts Printing, 1992.
10. Tafoya, T. and Rowell, A. *Counseling gay and lesbian Native Americans*. In *The Sourcebook on Lesbian and Gay Health Care*, M. Shernoff, W. Scott, eds. Washington, DC: National Lesbian and Gay Health Foundation, 1988.
11. Tafoya, T. and Wirth, D. *Native American Two-Spirit Men*. In *Men of Color: A Context for Service to Homosexually Active Men*, J. Longres, ed. New York NY: Harrington Park Press, 1996.
12. SUGGESTED FURTHER READING
13. Bureau of Indian Affairs. *Relocation Services*. Washington, DC: Bureau of Indian Affairs, 1957.
14. Derner, L. *Natives Receive Apology for 1950s Racial Adoptions*. In *Pathways*, pp. 1-2. Portland, OR: National Indian Child Welfare Association, 2001.
15. Forbes, J. *The Indian in America's Past*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1964.
16. Goldberg, J. *Sodometries*. Palo Alto, CA: Stanford University Press, 1992.
17. Hampden- Turner, C. *Maps of the Mind*. New York, NY: Collier Books, 1981.

فصل پانزدهم

HIV در جمعیت زندانیان

کساندارا اف. نیوکیک^۱، کیمبرلی آر. جیکوب آریولا^۲ و رونالد ال. بریتوت^۳

مقدمه

هرچند شیوع HIV/AIDS در جمعیت زندانیان در کشورهای مختلف به شدت با هم تفاوت دارد (به جدول ۱۷.۱ مراجعه شود)، این میزان شیوع از میزان شیوع این بیماری در بین مردم عادی به طور معنی داری بیشتر است. برای مثال:

- در ایالات متحده آمریکا، نرخ موارد AIDS در زندان‌ها ۵ برابر بیشتر از جمعیت عادی است (ماروسچاک، ۲۰۰۴).

- در کانادا، شیوع HIV در زندان‌ها ۱۰ برابر بیشتر از جمعیت عادی است (شبکه قانونی HIV/AIDS کانادا، ۲۰۰۲).

بر اساس یک مطالعه مقطعی شیوع سرمی، در کشورهای جنوب صحرای آفریقا، آمریکای لاتین، اروپا و آمریکای شمالی، شیوع HIV در میان زندانیان از ۳ درصد در سنگال تا ۴۷ درصد در میان یک گروهی از زندانیان مصرف کننده مواد مخدر تزریقی در اسپانیا متغیر است (استابلیلد و وول، ۲۰۰۰).

بار نامتناسب بیماری HIV در میان زندانیان عمدتاً به دلیل رفتارهای پرخطری است که افراد قبل از ورود به زندان انجام می دهند. بیشتر زندانیان مبتلا به HIV قبل از ورود مبتلا شده اند (دکارلو و زاک، ۱۹۹۶). به هر حال، پس از ورود به زندان نیز دست به انجام رفتارهای پرخطر مانند رابطه جنسی محافظت نشده،

تزریق مواد مخدر و خال کوبی بدون وسایل استریل می‌زنند که باعث گسترش بیماری در این گونه مکانهای تادیبی می‌گردد (بریتویت و همکاران، ۱۹۹۶). این بدان معنی است که زندانیان نیازمند درمان‌های موثر برای HIV و همچنین دسترسی به روش‌های کاهش آسیب هستند تا خطر انتقال ویروس کاهش یابد. براساس مطالعات بریتویت و همکاران (۱۹۹۶)، در بسیاری از کشورهای اروپایی، کانادا، استرالیا و برزیل مسوولان زندان جدیداً پذیرفته‌اند تا از روش‌ها و استراتژی‌های کاهش آسیب نظیر توزیع کاندوم و سرنگ برای زندانیان که می‌تواند به طور بالقوه باعث کاهش گسترش HIV در بین زندانیان شود استفاده نمایند.

جدول ۱۷.۱- شیوع HIV در زندان در چند کشور

کشور	شیوع HIV در زندان‌ها
استرالیا	۱ درصد <
کانادا	۲-۲۰ درصد
فرانسه	۱-۲ درصد <
آلمان	۱-۸ درصد
هلند	۶-۸ درصد
نروژ	۱۳ درصد
پرتغال	۲۰ درصد
اسکاتلند	۲-۹ درصد
سوئیس	۴-۱۲ درصد
اوکراین	۶ درصد
ایالات متحده	۱-۲۰ درصد <

منبع: شبکه قانونی HIV/AIDS کانادایی، ۲۰۰۱؛ نلز و همکاران (ان.دی.).

علاوه بر HIV، زندانیان اغلب نیازهای روانی جدی دارند. شمار بسیار زیادی از زندانیان همزمان به بیماری روانی و AIDS مبتلا هستند. این مساله با در نظر گرفتن این واقعیت که میزان بالاتر بار بیماری روانی در مراکز تادیبی نسبت به جمعیت‌های عادی وجود دارد چندان تعجب‌برانگیز نیست: حدود ۱۶ درصد زندانیان در آمریکا از نظر روانی بیمار تشخیص داده شدند؛ بدین ترتیب که یا شبی را در بیمارستان روانی بستری بوده‌اند یا دارای اختلالات روانی هستند (دیتون، ۱۹۹۹).

شیوع عفونت HIV در گروه‌های خاصی از بیماران روانی نیز بالا است. برای مثال، شیوع HIV در میان بیماران روانی تحت درمان در آمریکا در اماکن خاص حدود ۲۳ درصد است. خطر انتقال HIV در بین زندانیان مبتلا به مشکلات روانی نیز بالا است؛ این حقیقت که بیماران مبتلا به مشکلات روانی معمولاً

دارای رفتارهای پرخطر در ارتباط با HIV هستند در مطالعات پیشین به اثبات رسیده است (گرسی، ۱۹۹۶؛ استفان و کاتلان، ۱۹۹۵) (به بخش ۸ مراجعه گردد).

مراقبت از زندانیانی که هم مبتلا به HIV بوده و هم با بیماری روانی دست و پنجه نرم می‌کنند باعث ایجاد چالش‌هایی نظیر تشخیص و درمان هر دو بیماری، پرهیز از تداخلات دارویی احتمالی، رازداری و اطمینان از ادامه دریافت خدمات به زندانیان مبتلا به هر دو بیماری حتی پس از آزاد شدن از زندان شده است. به دلیل نیازهای پیچیده زندانیان مبتلا به HIV همراه با بیماری روانی و خطر بسیار زیاد انتقال HIV، لازم است تا ارایه‌دهندگان خدمات سلامت روانی در مراکز تادیبی با هم مشارکت نمایند تا بهترین درمان و مراقبت‌های ممکن را تأمین کنند.

مطالعه موردی: یک زن باردار زندانی مبتلا به HIV

جونیتا یک زن ۲۳ ساله اسپانیایی تبار است که به جرم ضرب و جرح شدید شوهرش با سلاح سرد زندانی شده است. او دو فرزند ۳ و ۴ ساله از او دارد. در طی معاینه و ارزیابی پزشکی در بیمارستان، جونیتا اقرار نمود که در طی ۸ سال گذشته به طور منظم از ماری‌جوانا و الکل و در طی ۲ سال گذشته به طور موردی از کوکائین استفاده کرده است. با این وجود، داشتن نشانه‌های ترک مواد را انکار می‌کند. او تأیید می‌کند که شوهرش هرویین و کوکائین تزریق می‌کند. وی می‌گوید که به مدت ۲ ماه هیچ دوره قاعدگی نداشته است.

جونیتا همچنین می‌گوید که در دوره نوجوانی توسط یکی از مردان فامیل مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته است. در طی ۳ الی ۴ ماه گذشته، او در فکر خودکشی بود؛ ولی هیچ‌گونه اقدامی برای خودکشی نکرده و به دنبال درمان مشکل روانی خود نیز نرفته است. او داشتن هرگونه فکر خودکشی در هنگام ورود به زندان را رد می‌کند. ضمن معاینه جسمانی، پزشک ترشح واژنی را مشاهده نمود و بیماری کاندیدیازیس او را تشخیص داد. پزشک یک آزمایش بارداری و یک آزمایش HIV را تجویز نمود و آزمایش پوستی توبرکولین را انجام داد که نتیجه آزمایش HIV مثبت بود.

چه موردی باید در ارزیابی پزشکی اولیه یک زندانی مدنظر قرار گیرد؟

معاینه پزشکی اغلب نخستین گام در زنجیره یکپارچه از مراقبت‌هایی است که برای چندین مشکل پزشکی و روانی همراه که بیشتر زندانیان با آنها مواجه هستند به کار برده می‌شود (همت و هارمون، ۱۹۹۹). چنین مراکزی در ایالات متحده و بسیاری از مراکز در نقاط مختلف دنیا انواع مختلفی از فرآیندهای پزشکی را برای ارزیابی وضعیت مجرمانی که وارد زندان می‌شوند به کار می‌گیرند. این معاینه ممکن است شامل ارزیابی برای تشخیص بیماری‌های عفونی، بیماری‌های غیرعفونی مزمن، سابقه بیماری روانی و افکار

یا تلاش‌های قبلی برای خودکشی باشد. علاوه بر این، زنان زندانی در ارتباط با بارداری و سایر مشکلات تناسلی و بیماری‌های زنان نیز مورد معاینه قرار می‌گیرند.

کارکنان بهداشت و درمان زندان بایستی به‌طور کامل و دقیق رفتارهایی را که ممکن است زندانیان را در خطر ابتلا به HIV قرار دهد کنترل و ارزیابی کنند؛ رفتارهایی چون استفاده از مواد مخدر تزریقی و غیرتزریقی، سابقه جنسی و رفتارهای جنسی فعلی. برای مثال، پروژه قانونی AIDS در اداره بهداشت سافرانسیسکو یک برنامه ارزیابی خطر HIV را همراه با مشاوره برای کاهش خطر رفتاری ارائه می‌نماید (همت و هارمون، ۱۹۹۹). این نوع تحلیل گسترده خطر HIV به کارکنان بهداشت و درمان زندان کمک می‌کند تا پیام‌های پیشگیری از HIV را به زندانیان منتقل کنند، بیماری را تشخیص داده و رژیم‌های درمانی را آغاز نمایند. برای تهیه یک پیشینه رفتار جنسی دقیق و استخراج اطلاعات دیگر، کارکنان باید در دوره‌هایی شرکت نمایند که به آنها کمک می‌کند تا بر هرگونه معذوریت برای صحبت درباره رفتارهای جنسی غلبه کنند.

مشاوره پیش از آزمایش HIV برای جونیته توسط یک پرستار که با یک متخصص بیماری‌های عفونی در زندان کار می‌کند انجام می‌شود. جونیته نمی‌خواهد آزمایش HIV را انجام دهد زیرا از واکنش‌های خانواده و همسرش در صورت مثبت بودن نتیجه هراس دارد. پرستار موافقت می‌کند که چند بار وی را ملاقات کرده و او را راضی به انجام آزمایش نماید. ۸ روز بعد، جونیته همراه با یک روانشناس در حال انجام ارزیابی سلامت روانی دیده می‌شود. روانشناس معاینات اولیه و نتایج آزمایش او را مرور می‌کند و جونیته نیز در مورد نگرانی‌هایش در ارتباط با آزمایش HIV با او صحبت می‌کند. به دلیل وجود نشانه‌های افسردگی در جونیته، سابقه پیشین افکار خودکشی و تردید برای انجام آزمایش HIV، روانشناس او را به یک روان‌پزشک ارجاع می‌دهد. روان‌پزشک برای او تشخیص افسردگی و تمایلات خودکشی می‌دهد. دو روز بعد، جونیته آن پرستار را می‌بیند و موافقت خود را برای انجام آزمایش HIV به او اعلام می‌کند.

۳ روز بعد او متوجه می‌شود که نتیجه آزمایش مثبت است. در طی مشاوره پس از آزمایش، بسیار غمگین است و تهدید به خودکشی می‌کند. به عنوان یک مورد اورژانسی، او را به مرکز خدمات بهداشت روانی زندان ارجاع می‌دهند.

در هنگام ملاقات با روان‌پزشک، او می‌گوید که می‌خواهد بمیرد چون دوست ندارد در مورد مثبت بودن نتیجه آزمایش HIV به کسی چیزی بگوید، به ویژه خانواده‌اش، چون از ننگ و شرمساری می‌ترسد. او می‌داند که باید مصرف داروهای ویژه‌ای را آغاز نماید تا از انتقال ویروس به فرزند متولد نشده‌اش جلوگیری کند. او می‌گوید به شدت نگران مراقبت از ۳ فرزندش است چرا که پشتوانه مالی و عاطفی کمی از سمت پدرشان دارند. روان‌پزشک اعتقاد دارد که جونیته نباید دوباره به جمع زندانیان عادی برگردد و بایستی در بخش درمان ویژه زنان بستری شده و تحت مراقبت خودکشی قرار داشته باشد.

مراکز تأدیبی چگونه باید با مساله آزمایش HIV برخورد نمایند؟

هم سازمان جهانی بهداشت و هم وزارت دادگستری ایالات متحده آمریکا مخالف گرفتن آزمایش HIV از زندانیان به صورت اجباری هستند زیرا معتقدند که این کار غیراخلاقی، بی‌اثر و نوعی نقض حریم خصوصی افراد است (قانون ایدز، ۲۰۰۱). در ایالات متحده آمریکا، زندان‌ها از نظر سیاست‌هایشان در قبال آزمایش HIV با هم بسیار متفاوتند. در ۱۹ ایالت، مشاوره و آزمایش HIV در هنگام ورود زندانیان به زندان اجباری است. در ۳۱ ایالت دیگر، مشاوره و آزمایش به صورت داوطلبانه به زندانیان پیشنهاد می‌شود، ولی انجام آزمایش بستگی به تشخیص کارکنان بخش پزشکی و پیشنهاد آنها دارد (موراسچک، ۲۰۰۴). در مراکز تأدیبی در کانادا، انگلستان، ولز و آلمان، آزمایش HIV به صورت داوطلبانه به زندانیان پیشنهاد می‌شود هر چند که میزان این داوطلبانه بودن در هر زندان نیز مورد سوال است (بریتویت و همکاران، ۱۹۹۶). با توجه به ساختار قدرت در بسیاری از زندان‌های دنیا، زندانیان ممکن است از طریق تهدید به اعمال محدودیت و انزوا به راحتی به انجام این آزمایش وادار شوند. باید دقت کرد که پیشنهاد آزمایش HIV به صورت اجباری نباشد.

ارایه‌دهندگان خدمات سلامت روانی نقش مهمی در تصمیم‌گیری‌ها برای انجام آزمایش و در طی دوره درمان ایفا می‌کنند. آنها اغلب در کنار ارایه‌دهندگان خدمات پزشکی حضور دارند تا اهمیت انجام این آزمایش را برای زندانیان تبیین کرده و همچنین مشاوره پیش و پس از آزمایش را انجام دهند. آنها همچنین به زندانیان کمک می‌کنند تا وضعیت خود را با دیگران در میان بگذارند، برای کودکان وابسته یک برنامه‌ریزی داریم انجام دهند، با این فقدان و داغدیدگی کنار بیایند و روند درمان را به‌طور کامل دنبال کنند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). کارشناسان بهداشت روانی نیز نقشی کلیدی در کمک به زندانیان مبتلا به HIV و بیماری روانی برای کنار آمدن با دو ننگ هم‌زمان بازی می‌کنند.

وقتی که روز بعد روانپزشک جونیته را دید، دستور داد تا به مدت ۵ روز و هر روز ۲ بار با دوز پایین به او داروی لورازپام تزریق شود و درخواست نمود تا یک روانشناس حداقل روزی یک‌بار او را در طی هفته آینده ببیند. همچنین، قرار شد وضعیت او در مورد تفکرات خودکشی روز آینده ارزیابی شود. روان‌پزشک اطلاعات بالینی جونیته را برای پزشک معتمد در بخش پزشکی می‌فرستد. پزشک می‌خواهد درمان HIV را هر چه زودتر آغاز کند تا خطر انتقال ویروس به جنین کاهش یابد؛ ولی نگران آمادگی جونیته برای بحث در مورد روند مداوای HIV در این وضعیت بحرانی است.

دو پزشک تصمیم می‌گیرند تا یک جلسه برنامه‌ریزی درمان داشته باشند و از روانشناسان و مددکاران اجتماعی بخواهند که در هر دو تیم حضور یافته و با جونیته صحبت کنند تا در صورت رضایت وی از کمک خانواده‌اش هم استفاده کنند. تیم مراقبت و درمان همچنین در مورد خطر انتقال ویروس از مادر به جنین در صورت جدی نگرفتن مراحل درمان با جونیته صحبت می‌کنند.

درمان بیماری روانی در صورت ابتلای فرد به HIV چه تفاوتی با حالت عادی دارد؟

روش درمان HIV و بیماری روانی در زندان در نقاط مختلف جهان تفاوت بسیار زیادی دارد. در ایالات متحده، یک دوره درمان کامل ضدویروسی شدیداً فعال (HAART) و روان درمانی به زندانیان ارایه می‌گردد، ولی ممکن است در سایر نقاط دنیا این‌گونه نباشد. رژیم‌های HAART اغلب پیچیده و مشکل هستند و ممکن است با داروهای روان‌درمانی مورد استفاده برای درمان بیماری روانی تداخل پیدا کنند. در اغلب مواردی که هر دو بیماری در یک فرد تشخیص داده می‌شود، درمانگر تدریجاً درمان مشکل روانی را با دوزهای پایین داروهای ساده‌تر آغاز می‌کند تا فرد برای انجام روش HAART آماده شود. به هر حال، در مورد زنان زندانی باردار، لازم است تا مشکل روانی فرد به سرعت بهبود یابد تا بتوان درمان HIV را آغاز نمود و از انتقال ویروس به جنین جلوگیری کرد.

در جلسه برنامه‌ریزی درمان، جونیئا به پرسشهایی درباره دریافت درمان‌های HIV و روان‌پزشکی پاسخ داد. او بسیار نگران قرار گرفتن در صف دریافت برای قرص و اطلاع یافتن سایر زندانیان از نوع داروهایی است که او مصرف می‌کند. تیم درمان توضیح می‌دهند که با برنامه "نگهداری فردی" خود فرد می‌تواند داروهای خود را مصرف کند و کسی نمی‌تواند از نوع داروهای مصرفی دیگران آگاهی یابد. تیم درمان توضیحات کاملی درباره اهمیت پایبندی به روند درمان برای جلوگیری از انتقال ویروس به فرزند متولد نشده به جونیئا می‌دهند.

ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی چگونه می‌توانند بر رفتار زندانیان اثرگذار باشند؟

تیم درمان می‌تواند از روش‌های زیر زندانیان را به انجام رفتارهای بهداشتی تشویق کند:

- آموزش درباره HIV
- تاکید بر اهمیت پایبندی به رژیم درمانی
- ارایه برنامه‌هایی که هم پایبندی زندانیان به روند درمان را آسان‌تر کنند و هم اسرار آنها را محافظت نمایند

هر شکل یکپارچه از روان‌درمانی که هدف آن حیطة زیستی-روانی-اجتماعی^۱ فرد باشد احتمالاً به زندانی کمک می‌کند تا خود را با شرایط زندان وفق داده و به رژیم درمان پایبند باشد.

جونیتا داروهای HIV را طبق تجویز پزشک استفاده می‌کند. او مصرف پاراکرتین^۱ برای درمان افسردگی را آغاز می‌کند ولی به دلیل عوارض جانبی آن را قطع کرده و درخواست می‌کند تا روند درمانش بدون دارو ادامه یابد. هر دو هفته یک‌بار توسط روانشناسان و مددکاران اجتماعی پیگیری می‌شود. جونیتا فکر می‌کند که این جلسات مفید بوده و می‌تواند روی اعتماد در روابطش کار کند. او قادر است تا مساله HIV را با خانواده‌اش در میان بگذارد و از آنها کمک بخواهد. پس از ۵ ماه، او از زندان آزاد شده و به یک درمانگاه تخصصی در امر برداری‌های پرخطر ارجاع می‌شود. همچنین او تشویق می‌شود تا درمان‌های خود را ادامه دهد. در هنگام آزادی، او هنوز تصمیم نگرفته که رابطه با همسرش را ادامه دهد یا خیر.

مطالعه موردی: یک زندانی مبتلا به HIV و اختلال دوقطبی

ویکتور که یک مرد ۳۰ ساله است که ۳ سال پیش برای او تشخیص اختلال دوقطبی داده‌اند. او تزریق کوکابین و هرویین را ۹ سال پیش آغاز نمود و تنها زمانی که در بیمارستان یا زندان بود کاملاً پاک بود. او در طی سال‌های اخیر بارها در هنگام مصرف مواد مخدر یا در حالت جنون دستگیر شده‌است. او هم‌اکنون به جرم حمل مواد مخدر زندانی است.

در هنگام ورود به مرکز تادیب، ویکتور اعلام می‌کند که ۸ ماه پیش متوجه مثبت بودن آزمایش HIV خود شده ولی تاکنون درمانی را آغاز نکرده است. او اقرار می‌کند که روابط جنسی محافظت نشده داشته است، به ویژه در زمان جنون. او می‌گوید که تمیزی سرنگ‌های مورد استفاده برای تزریق مواد برایش مهم نیست.

پیش از این که کارکنان مرکز پزشکی درمان HIV را آغاز کنند، از روان‌پزشک خواسته می‌شود تا امکان تجویز دارو برای ویکتور برای مداوای اختلال دوقطبی و کاهش رفتارهای پرخطر را بررسی نماید. ویکتور می‌پذیرد تا داروی اسید والپروئیک که برای او قابل تحمل بوده و می‌تواند نشانه‌هایش را کم نماید را مصرف کند.

بر اساس نتایج تست بار ویروسی، کارکنان مرکز پزشکی یک رژیم HAART را برای ویکتور پیشنهاد می‌کنند ولی او نمی‌پذیرد. وی شنیده است که زندانیان HIV مثبت در یک واحد مجزا قرار داده می‌شوند، باید در درمانگاه ویژه HIV حضور یابند و با پزشک خاصی در ارتباط باشند و نگران است که دیگران از وضعیت HIV او آگاه شوند.

مددکاران اجتماعی متخصص در پزشکی و روان‌درمانی در مورد روند درمان بحث می‌کنند تا رازهای بیماران حفظ گردد. آنها به ویکتور اطمینان می‌دهند که زندانیان دارای HIV مثبت در کنار دیگران نگهداری شده، درمانگاه HIV هم‌زمان و در مکان مشابه با درمانگاه‌های بیماری‌های مزمن قرار دارد و متخصصان بیماری‌های عفونی هم‌زمان با معالجه بیماران

HIV از دیگر بیماران نیز معاینه به عمل می‌آورند؛ بنابراین دیگران نمی‌توانند از موضوع آگاه شوند.

کارکنان همچنین توضیح می‌دهند که داروها و میزان دوز مصرفی و زمان مصرف آنها در اختیار زندانیان دارای HIV مثبت قرار می‌گیرد تا آنها مجبور نباشند چند مرتبه در روز برای تزریق داروها به مرکز مربوطه مراجعه کنند. همچنین به ویکتور گفته شده است که افسران زندان از وضعیت پزشکی و درمانی زندانیان آگاهی نداشته و کارکنان مرکز پزشکی هم بدون اجازه بیمار حق ندارند تا اسرار پزشکی او را با دیگران در محیط زندان در میان بگذارند. پس از چند جلسه ملاقات با روانشناس، ویکتور می‌پذیرد تا داروهای مربوط به HIV را مصرف نماید.

مراکز تأدیب چگونه می‌توانند وضعیت HIV زندانیان را محرمانه نگه دارند؟

محرمانگی اطلاعات پزشکی در محیط بسته‌ای مانند زندان به شدت مهم است. با توجه به ننگ ناشی از HIV، مراحل خاصی بایستی برای محرمانه ماندن اطلاعات یک زندانی انجام شود. بسیاری از زندان‌ها اقداماتی را برای رازداری اطلاعات بیماران دارای HIV مثبت نظیر آن‌چه که در مطالعه موردی بیان گردید انجام داده‌اند. لایه‌های متعدد حفاظتی برای به ایجاد اعتماد در سیستم بهداشت و درمان در داخل زندان کمک می‌کنند. به هر حال، محرمانگی اطلاعات به‌طور کامل را نمی‌توان تضمین نمود. برای مثال، برخی از زندانیان و افسران زندان بر اساس این استدلال که حق دارند تا بدانند که آیا در خطر انتقال ویروس هستند یا نه به سوابق پزشکی یک زندانی دسترسی پیدا می‌کنند (مک‌دوگال، ۱۹۹۸). شاید موثرترین راه برای کم کردن نگرانی زندانیان در مورد محرمانگی اطلاعات پزشکی ایجاد محیط و جوی است که در آن زندانیان احساس راحتی کرده و بتوانند در مورد مساله HIV خود صحبت کنند. انجام این کار مشکل بوده و نیازمند تعهد مدیریت زندان است.

آیا شرایطی پیش می‌آید که وضعیت HIV یک زندانی باید برای کارکنان زندان اعلام

شود؟

برای کارشناسان بهداشت روانی، تصمیم‌گیری در مورد این که زمان مناسب برای فاش کردن اطلاعات وضعیت HIV یک زندانی مبتلا به مشکلات روانی برای کارکنان زندان چه موقع است مسایل اخلاقی و قانونی بحث‌برانگیزی را ایجاد می‌کند. بسیاری موافقند که افشای وضعیت سرولوژیکی قابل قبول است اگر

برای تشخیص، مدیریت و درمان فرد نیاز باشد ولی این افشای اطلاعات بایستی فقط برای کارکنانی که با برنامه‌های مراقبتی و درمانی در ارتباط هستند انجام شود (گرسی^۱، ۱۹۹۶). برخی دیگر معتقدند که در شرایط خاص (مانند احتمال آسیب به دیگران) می‌توان این اطلاعات را با دیگران در میان گذاشت. در بسیاری از حوزه‌های قضایی، قانون بهداشت عمومی ارایه‌کنندگان خدمات بهداشتی را ملزم می‌کند تا در صورت مشاهده فردی مبتلا به یک بیماری عفونی که برای دیگران خطر ایجاد می‌کند مورد را به مرکز بهداشت عمومی اطلاع دهند. ارایه‌دهندگان خدمات سلامت روانی باید هم از الزامات قانونی حوزه قضایی خود آگاه باشند و هم از سیاست‌ها و روال رازداری در داخل مراکز تادیب محل خدمتشان.

در طول مدت حضور در زندان، ویکتور به طور کامل به رژیم درمان HIV و بیماری روانی خود پایبند است. او همچنین در گروه‌های پشتیبانی همتایان برای زندانیان مبتلا به HIV، گروه‌های حمایت درمانی، و انجمن معتادان ناشناس (NA) شرکت می‌کند. هر ۳۰ روز، ویکتور توسط یک روان‌پزشک معاینه می‌شود. در محیط ساختارمند زندان، ویکتور درمی‌یابد که راحت‌تر می‌تواند به برنامه درمان روانی و پزشکی خود پایبند باشد. پس از ۱۸ ماه، او شرایط آزادی مشروط را پیدا میکند و به همراه وکلای خود در حال برنامه‌ریزی برای آزادی کامل و انجام مراقبت‌های بعدی موردنیاز است.

ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی چگونه می‌توانند ادامه مراقبت‌ها را در هنگام آزادشدن زندانیان تضمین نمایند؟

اغلب زندان‌ها برنامه‌های کمی برای تماس زندانیان با خدمات پزشکی و حمایتی پس از آزادی دارند. به هر حال، برخی از زندان‌ها در حال انجام اقداماتی در زمینه کار با سازمان‌های مردم‌نهاد برای تامین خدمات برنامه‌ریزی آزادی زندانیان و معرفی زندانیان مبتلا به ویروس HIV به مراکز ارایه خدمات اجتماعی و پزشکی در خارج از زندان هستند (فلنیگان و همکاران، ۱۹۹۶؛ آریولا، ۲۰۰۱). برای مثال، مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری و اداره منابع و خدمات بهداشتی به‌طور مشترک برای انجام همکاری‌هایی در ادارات بهداشت، مراکز تادیب و سازمان‌های مردم‌نهاد سرمایه‌گذاری نموده‌اند که هدف این همکاری‌ها بهبود خدمات برای زندانیان آلوده به HIV به ویژه پس از آزادی است. این خدمات باعث فراهم‌شدن مدیریت موردی جامعه‌نگر، مراقبت‌های پزشکی، بهداشت و درمان روانی، درمان سوء‌مصرف مواد مخدر، مزایا، مسکن و اشتغال برای این‌گونه بیماران می‌گردد. در این برنامه، "برنامه آزادی" را به زندانیان آلوده به HIV در هنگام آزادی ارایه

می نمایند در حالی که چنین برنامه‌ای در جاهای دیگر در زندان‌ها ارایه می‌شود. ارایه‌دهندگان خدمات روان درمانی در زندان نقش مهمی را در فرآیند "برنامه آزادی" ایفا می‌نمایند. آنها با برنامه‌ریزان آزادی همکاری نزدیکی دارند تا نیازهای روان درمانی زندانیانی را که به‌زودی آزاد می‌شوند تشخیص دهند. برای آنهایی که نیازمند خدمات درمانی پزشکی هستند، مکان‌هایی که در داخل جامعه می‌توانند به زندانیان خدمات بدهند شناسایی شده و برنامه‌ریزان نیز معرفی‌نامه‌های مورد نیاز را در اختیار زندانیان قرار می‌دهند و در صورت امکان برای آنها قرار ملاقات نیز تعیین می‌کنند تا پس از آزادی به آن‌جا مراجعه کنند. با توجه به شدت بیماری روانی زندانیان، برخی از زندان‌ها مداخله‌گران موردی^۱ را در اختیار زندانیان قرار می‌دهند تا از داخل زندان با آنها ارتباط برقرار کرده و پس از آزادی نیز این ارتباط را حفظ نمایند.

فضا و فرهنگ حاکم بر زندان چه تاثیری بر خدمات بهداشتی و درمانی دارد؟

ارایه‌دهندگان خدمات روان درمانی و پزشکی در زندان در محیطی مشغول به کار هستند که در آن امنیت و ایمنی یکی از ابتدایی‌ترین نگرانی‌هاست. فرهنگ تادیبی متفاوت از فرهنگ اغلب مراکز بهداشتی و درمانی است که در آنها اولویت اول بهبود طول عمر و کیفیت زندگی از طریق پیشگیری، درمان و مراقبت است. همیشه بین کارکنان مراکز تادیب با کارکنان مرکز بهداشتی و درمانی یک اختلاف فرهنگی وجود دارد و لازم است که دو طرف به قواعد و مقررات حاکم بر شغل طرف مقابل احترام بگذارند.

از یک سو، ارایه‌دهندگان خدمات روان درمانی و پزشکی در زندان‌ها "مهمان" محسوب شده و ملزم هستند تا وظایف خود را به نحوی انجام دهند که امنیت و ایمنی آن مرکز به خطر نیفتد. ارایه‌دهندگان خدمات روان درمانی و پزشکی بایستی با سیاست‌ها و قوانینی که ممکن است از نظر آنها نامناسب باشد کنار بیایند؛ مثلاً همراهی افسران زندان با آنها برای توزیع داروها، ارایه درمان به صورتی که به‌طورمستقیم قابل مشاهده باشد و منع زندانیان از در اختیار داشتن دارو. در داخل زندان، برنامه دادن دارو به زندانیان باید با توجه به برنامه‌های معمول مانند سرشماری و همچنین برنامه‌های غیرمترقبه مانند حصر زندانیان^۲ در سلول‌هایشان برنامه‌ریزی شود. با توجه به موقعیت‌های مختلفی که ممکن است در داخل زندان ایجاد شوند، تزییق دارو ممکن است عقب بیفتد یا قرار ملاقات‌ها لغو شود. زندانیان ممکن است نتوانند به رژیم غذایی پایبند باشند زیرا آنها به غذاهای مناسب دسترسی ندارند. در ارتباط با مصرف دارو و درمان، زندانیان ممکن است به

1 Case managers

2 Lockdown

وسایلی که به آنها کمک می‌کند تا بهتر به روند درمان خود پایبند باشند مانند جعبه مخصوص قرص یا گزینه‌های درمانی پیشرفته دسترسی نداشته باشند.

در هنگام ارائه خدمات، ارائه‌دهندگان خدمات روان‌درمانی و پزشکی باید با افسران زندان همکاری نزدیکی داشته باشند. این بدان معنی است که نگرش‌ها و باورهای افسران زندان در مورد HIV و بیماری روانی می‌تواند تأثیرات عمیقی در نحوه درمان زندانیان مبتلا به هر دو مشکل، نوع برنامه‌ها و خدمات ارائه شده و میزان راحتی و رغبت زندانیان برای آشکار نمودن وضعیت خود داشته باشد. هرچند هیچ مورد قطعی در مورد آلودگی کارکنان زندان در اثر تماس‌های معمول با زندانیان آلوده گزارش نشده است، کارکنان زندان در معرض خطر انتقال ویروس HIV هستند (بریتویت و همکاران، ۱۹۹۶؛ کانتور، ۱۹۹۸) و این ترس می‌تواند نگرش و نحوه برخورد آنها با زندانیان آلوده را تحت تأثیر قرار دهد. آموزش کارکنان زندان در ارتباط با ویروس HIV و بیماری AIDS ضروری به نظر می‌رسد، کاری که در برخی از زندان‌ها می‌شود.

ویکتور به صورت مشروط آزاد شد و نخستین قرار ملاقات خود را در یک درمانگاه HIV و مرکز بهداشت روان پشت سر گذاشت. برخلاف تلاش‌های تیم درمان در مرکز بهداشت روان، او با انجام مشاوره در مورد سوءمصرف مواد مخدر مخالفت کرد و ۳ ماه بعد روند درمان خود را نیمه‌کاره رها نمود.

نتیجه گیری

کارکنان مرکز بهداشت روان که با زندانیان آلوده به HIV و مبتلا به بیماری روانی سروکار دارند با چالش‌های پیچیده‌ای روبه‌رو هستند. برای ارائه خدمات موثرتر به زندانیان دارای هر دو مشکل، کارکنان مرکز بهداشت روان بایستی با پزشکان عمومی همکاری تنگاتنگی داشته باشند تا بتوانند تجربیات جدیدی را در اختیار مسوولان زندان قرار دهند و کیفیت خدمات ارائه‌شده در مراکز تأدیبی را بهبود دهند.

منابع

1. AIDS Action. *Policy facts: HIV/AIDS in correctional facilities*. (2001) (Available at <http://www.aidsaction.org/>)
2. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of patients with HIV /AIDS. *American Journal of Psychiatry*, 157(Supp\ 11) \2000):S2-S62. (Available as a live document at http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/hiv aids_revisebook_index.cfm)

3. Arriola, K. R.]. *CDC/HRSA Corrections Demonstration Project; An overview*. Oral presentation at the semi-annual meeting of the American Correctional AssocJatioJJ, P1JiJadeJphia, PA, 2001
4. Braithwaite, R.L., Hammett, T. M. and Mayberry, R. M. *Prisons and AIDS: A Public Health Challenge*. San Francisco: Iossey-Bass, 1996.
5. Canadian HIV/AIDS Legal Network. *HIV/AIDS and Hepatitis C in Prisons; the Facts. (2001)* (Available as a live document at <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons!einfo-pa1.htm>).
6. Canadian HIV / AIDS Legal Network. Prison needle exchange: lessons from a comprehensive review of international evidence and experience. (n.d.) (Available as a live document at [www.aidslaw.ca!maincontent!issues!prisons!pnep!toc.htm](http://www.aidslaw.ca/maincontent/issues/prisons!pnep!toc.htm)) .
7. DeCarlo, P. and Zack, B. *What are inmates' HIV prevention needs?* Center for AIDS Prevention studies at the University of California San Francisco. (1996). (Available as a live document at www.caps.ucsf.edu/capsweb/inmatetext.html).
8. Ditton, P. M. Mental health and treatment of inmates and probationers. Bureau of justice Statistics Special Report. (1999). (Available as a live document at [www.ojp.usdoj.gov!bjs!](http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/)).
9. Flanigan, T. P., Kim, I. Y., Zierler, S. *et al.* A prison release program for HIV-positive women: linking them to health services and community follow-up. *American Journal of Public Health*, 86 (1996): 886-7.
10. Grassi, I. Risk of HIV infection in psychiatrically ill patients. *AIDS Care*, 8(1) (1996): 103-16. Hammett, T. and Harmon, P. Medical treatment and a continuum of care. In 1996-1997 update: *HIV/AIDS, STDs, and TB in correctional facilities*. T. M. Hammett, P. Harmon, and I. M. Maruschak, eds., pp.69-84. Washington, DC: National Institute of justice, US Department of Justice, 1999.
11. Kantor, E. AIDS and HIV infection in prisoners. *AIDS Knowledge Base*. (1998). (Available as a live document at www.hivinsie.ucsf.edu/akb/current/Olprisindex.html).
12. MacDougall, D. S. HIV/ AIDS behind bars. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, 4(4) (1998): 8-13.
13. Maruschak, I. M. HIV in prisons, 2001. *Bureau of Justice Statistics Bulletin*. (2004). (Available as a live document at www.ojp.usdoj.gov/bjs/)
14. Nelles, I., Bernasconi, S. and Mikola, A. D. *Provision of Syringes and Prescription of Heroin in Prison: The Swiss Experience in the Prisons of Hindelbank and Oberschongron*. (n.d.) (Available as a live document at www.drugtext.org).
15. Stefan, M. D. and Catalan, J. Psychiatric patients and HIV infection: a new population at risk? *British Journal of Psychiatry*, 167 (1995): 721-7.
16. Stubblefield, E. and Wohl, D. Prisons and jails worldwide: Update from the 13th International Conference on AIDS. *HIV Education Prison Project News*, 3(7/8) (2000): 1-5

فصل شانزدهم

مسائل حقوقی و اخلاقی

ماری—خوزه برویلت^۱ و دیوید جی. روی^۲

مقدمه

مدیریت افراد مبتلا به HIV مسائل حقوقی و اخلاقی بسیاری را به وجود می‌آورد. برخی از این مسائل ناشی از ماهیت بیماری هستند: یک بیماری عفونی که به صورت بالقوه خطری را برای دیگران به همراه دارد. برخی دیگر به دلیل بدنامی و تبعیضی است که با این بیماری همراه است و افرادی را که مبتلا به آن هستند منزوی می‌کند. سایر موارد می‌تواند در درمان هر فردی که دچار بیماری مزمن است و درگیر مسائل پایان زندگی است پدید آید که ممکن است با اختلالات روان‌پزشکی و سلامت روان تشدید شود. روان‌پزشکانی که با بیماران مبتلا به HIV کار می‌کنند باید با مسائل حقوقی و اخلاقی احتمالی کارشان و همچنین تعهدات حقوقی، اخلاقی و حرفه‌ای خود آشنا باشند.

بررسی موردی: مدیریت بیمار HIV در بخش روان‌پزشکی

جورج یک فرد مجرد ۳۵ ساله است که با دوستش زندگی می‌کند. وی سابقه طولانی در ابتلا به اختلال دو قطبی دارد که با عدم پایداری وی به درمان تشدید می‌شود. وی دوست ندارد با دارو دچار افت‌هیجانی^۱ شود و از حالت شدید لذت می‌برد. سه سال پیش، پس از پذیرش در بخش روان‌پزشکی، نتیجه آزمایش HIV وی مثبت شد. جورج در حالت شدید با نشانه بارز بی‌بندوباری جنسی به اورژانس آورده می‌شود. کارکنان واحد بستری نگران بازدارنده‌ی جنسی وی هستند. وی با بیماران زنی که در شرایط احساسی آسیب‌پذیری هستند بسیار اغواگرانه برخورد می‌کند.

آیا می‌توان به دلیل وضعیت سرمی HIV و خطر احتمالی وی برای سایر بیماران به جورج پذیرش نداد؟

خیر. بیشتر سازمان‌های حرفه‌ای بخشنامه‌هایی علیه تبعیض بر پایه وضعیت HIV اتخاذ کرده‌اند (به انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۳، انجمن روان‌پزشکی کانادا، ۱۹۹۶، مراجعه کنید). افراد مبتلا به HIV از همان حقوق مراقبتی استاندارد مانند دیگر بیماران برخوردارند. اگر چه گفته می‌شود که جورج HIV سرم مثبت است، وی لزوماً تنها فرد در معرض خطر در محیط بیمارستان روانی نیست. سایر بیماران بستری ممکن است بدون آگاهی از این قضیه آلوده باشند. بخش‌های روانی باید اقداماتی را برای کاهش انتقال HIV اتخاذ نمایند، خواه کارکنان بدانند که بیمار HIV دارد خواه ندانند.

"بر اساس این فرضیه که کلیه بیماران و کارکنان باید در معرض خطر بالقوه انتقال یا ابتلا به ویروس HIV در نظر گرفته شوند، اقدامات احتیاطی جامعی که در استانداردهای فعلی مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های طرح شده است باید در تمام لحظات برای هر بیمار روانی در هر سنی به کار برده شود. عفونت HIV به‌خودی خود نیازمند افاق یا سرویس بهداشتی انفرادی نیست و، در صورتی که شرایط پزشکی آنها ایجاب کند، چنین بیمارانی باید در کلیه برنامه‌های درمانی بیماران بستری مشارکت داشته باشند (ای پی ای، ۱۹۹۳)."

آیا وضعیت HIV جورج را می‌توان برای سایر بیماران فاش کرد؟

بیماران حق دارند اطلاعات محرمانه داشته باشند؛ وضعیت سرمی آنها را نمی‌توان برای دیگران افشا کرد. استثنائات پذیرفته‌شده‌ای در وظایف کارشناسان حرفه‌ای سلامت و پزشکان در زمینه محرمانه نگه داشتن اطلاعاتشان در مورد بدن، زندگی و رازهای افراد وجود دارد. اعتماد بیمار به پزشک در زمینه درمان، معالجه و رشد و ثبات شخصیت و مسوولیت فردی‌شان ضروری است.

افشای وضعیت HIV جورج باعث می‌شود وی احساس کند به او خیانت شده که در درمان وی تاثیرگذار است. همچنین، این امر می‌تواند اثر منفی بر اعتماد سایر بیماران به آن بخش بگذارد.

تعهد حرفه‌ای برای حفظ رازداری بسیار قوی است، لیکن مطلق نیست. پزشکان ممکن است خود را در شرایطی بیابند که باید بین تعهدشان به حفظ اطلاعات محرمانه بیمارانی که به آنها اعتماد می‌کنند و حس نیازشان به هشدار برای سایر افرادی که تحت تاثیر رفتار بیماران‌شان قرار می‌گیرند یکی را انتخاب کنند. حفظ سلامتی و حیات انسان دیگر ممکن است توجیهی اخلاقی برای افشای رازداری باشد. منشور اخلاق پزشکی چندین سازمان حرفه‌ای تصریح کرده‌اند که پزشکان تحت شرایط زیر می‌توانند اطلاعاتی را که باید محرمانه بماند را افشا نمایند:

- زمانی که بیمار اجازه دهد
- زمانی که قانون ایجاب نماید یا اجازه دهد
- زمانی که دلایل ضروری و قابل توجیهی وجود داشته باشد که مرتبط با سلامتی بیمار یا آن جامعه باشد
- در صورت وجود هدف دارای اولویت بالا

یک هدف با اولویت بالا (یعنی بالاتر از تعهد برای حفظ رازداری) ممکن است درمانگر را ملزم نماید اطلاعات محرمانه را افشا نماید چرا که بیمار وی دچار عفونت واگیرداری است که می‌تواند نه تنها یک فرد خاص را به خطر بیندازد بلکه ممکن است سلامت جامعه را تهدید کند. افشای مواردی از این دست ممکن است با اقدامات اصلاحی نظیر درمان (مثلا برای درمان سل مقاوم به آنتی بیوتیک‌های موجود) همراه باشد.

همچنین ممکن است موقعیت‌هایی در محیط کار پیش بیاید که در آن هدف والاتر حفظ زندگی شهروندان، درمانگر را ملزم به افشای این راز نماید که بیمار به نوعی بیماری مبتلا است که می‌تواند عملکرد وی را کاهش داده و دیگران را به خطر بیندازد. مثلاً، زندگی بسیاری از افراد بستگی به توانایی افرادی دارد که به‌عنوان خلبان هواپیما یا مهندس راه‌آهن برای انجام شغلشان به کار گماشته می‌شوند.

در مورد ابتلا به HIV، نیاز برای حفظ سلامتی و زندگی همسر فرد مبتلا به HIV می‌تواند هدف والاتر باشد و تصمیم درمانگر را برای افشای اطلاعات محرمانه‌اش توجیه نماید. این امر به‌ویژه زمانی صحیح است که درمانگر تنها فردی غیر از بیمار مبتلا به HIV است که برای هشدار به همسر یا شریک در معرض خطر دارای دانش ضروری است. لیکن، حتی در این شرایط ویژه، افشای رازداری باید آخرین اقدامی باشد که می‌توان به آن متوسل شد. فرد مبتلا به HIV تنها فردی است که حق دارد و موظف است همسر خود را آگاه نماید. درمانگر باید با جدیت روی بیمار HIV کار کند تا به وی کمک کند مسوولیت مطلع ساختن همسر خود را انجام دهد.

درمانگر نباید بهایی را که فرد مبتلا به HIV باید برای برآورده کردن ضروریات مسوولیت فردی‌اش بپردازد دست‌کم بگیرد. هزینه‌های اجتماعی، خانوادگی، احساسی و مالی برای صادق بودن با همسر در مورد ابتلا به HIV می‌تواند بسیار بالا باشد.

اگر یک درمانگر باور داشته باشد که باید آخرین اقدام را انجام دهد و اطلاعات محرمانه را افشا نماید، بهتر است ابتدا با یکی از همکاران قابل اعتماد خود مشورت کند.

چگونه بیمارستان می‌تواند سایر بیماران و کارکنان را از خطر ابتلا به ویروس جورج

محافظت نماید؟

کلیه نهادهای مراقبت سلامتی باید اقدامات احتیاطی جامعی را تاکنون اتخاذ کرده باشند. علاوه بر آن، در بخش روانی، راهکارهای زیر باید مد نظر قرار گیرد:

- رفتار کلیه بیماران را برای جلوگیری از وخامت اوضاع رصد نمایید.
- اقدامات مقتضی برای کنترل رفتار را (مثلا تجویز دارو، ایزولاسیون، موانع فیزیکی) انجام دهید در صورتی که بیماری کارهایی انجام دهد یا تهدید به انجام کارهایی بکند که دیگران را در معرض خطر ابتلا به HIV قرار دهد.
- حضور بیرون از بخش را با توجه به امکان استفاده از سوزن مشترک و فعالیت‌های جنسی بین بیماران به دقت بررسی نمایید.
- به کلیه بیماران درباره انتقال HIV و راهکارهای حفظ خود آموزش دهید.

با توجه به این که رفتار جنسی ممکن است در بخش روانی و با نظارت کافی روی دهد، بسیاری از بخش‌ها کاندوم‌هایی را در اختیار بیماران قرار می‌دهند. این اقدام بحث‌برانگیز توسط اصول کاهش آسیب حمایت می‌شود. از نظر اخلاقی، کمک به افراد در جلوگیری از انتقال HIV مهم‌تر از خودداری از ارائه روش‌های محافظتی به این بهانه است که ممکن است پیام نادرستی در مورد رابطه جنسی میان بیماران داشته باشد. واحدهای روان‌پزشکی باید بیشتر نگران ارسال پیام نادرست درباره عمل جنسی امن و پیشگیری از HIV باشند.

در میان چنین همه‌گیری گسترده، چرا تاکید مضاعفی روی رازداری و حفظ حقوق فرد

وجود دارد؟

تاکید بالا بر رازداری، حفظ حریم خصوصی و دفاع از حقوق بشر، واکنشی اخلاقی به داغ ننگ، تبعیض و انزوای افراد مبتلا به HIV است. بدنام کردن به این معناست که افراد مبتلا به HIV نشان متفاوت بودن از دیگران و خطرناک بودن برای سلامت دیگران را دارند. تبعیض افراد مبتلا به HIV را از حقوق، آزادی‌ها، فرصت‌ها و مزایایی که دیگران به آن دسترسی آسان دارند محروم می‌کند. انزوا افراد مبتلا به HIV را از فضاهای مشترک جامعه محروم می‌کند.

تاکید بر رازداری و حفظ حریم شخصی برای حفظ شأن انسانی افراد مبتلا به HIV ضروری است و به آنها در داشتن حس خودارزشمندی و شأن فردی کمک می‌کند.

بیشتر بحث حقوقی و اخلاقی در مورد ابتلا به HIV بر اختلاف درک شده بین حق جامعه برای حفظ خود در برابر شیوع بیماری و حق افراد مبتلا و آزادی‌های مدنی متمرکز است. در حقیقت، این ناسازگاری درک شده به دلایل زیر گمراه کننده است:

- بیشتر افرادی که این ویروس را منتقل می‌کنند نمی‌دانند که مبتلا به HIV هستند.
- رویکرد سلامت عمومی نسبت به همه‌گیری HIV بر اساس آزمایش سرم‌شناسی، ردیابی تماس و پابندی به اقداماتی به منظور کاهش انتقال ویروس است. موفقیت این اقدامات بستگی به تمایل این افراد برای مشارکت دارد. تبعیض و لکه ننگ افراد مبتلا به HIV باعث به خطر افتادن این رویکرد می‌شود. زمانی که افراد بفهمند که رازداری آنان تضمین نمی‌شود یا تبعیض را پیش‌بینی کنند، ممکن است آزمایش را رد کنند. بر عکس، زمانی که احساس کنند اطلاعات حفظ می‌شود و حقوق آنها رعایت می‌شود، بیشتر توافق می‌کنند که آزمایش شوند و قدم‌هایی برای جلوگیری از انتقال بردارند. با این روش، اقداماتی که فرد را حفظ کند جامعه را نیز حفظ می‌کند.
- چون بسیاری از افراد از وضعیت HIV خود آگاه نیستند، در نهایت مسوولیت مراقبت به عهده همه افراد است، نه فقط افراد مبتلا. اقدامات اجباری اعمال شده بر افراد مبتلا ممکن است تصویری نادرست از مراقبت ایجاد کند و باعث شود افراد مسوولیت شخصی خود را برای مراقبت از خود نادیده بگیرند (الیوت، ۲۰۰۰).

ماندن جورج در آن واحد هیچ رویداد مهمی در پی نداشت. پس از سه هفته، او آماده ترخیص بود.

چه اقداماتی را می‌توان در زمان ترخیص بیماران انجام داد تا خطر انتقال بیماری را در

دوره‌های بعدی کاهش داد؟

پیش از این که بیمار مبتلا به بیماری روانی مرخص شود، درمانگر باید مسایل زیر را با وی مرور کند:

- خطرات مربوط به فعالیت‌های جنسی محافظت نشده
- اقداماتی که افراد می‌توانند برای کاهش خطر انجام دهند
- استراتژی‌هایی که به حفظ اقدامات امن تر کمک می‌کند

درمانگر و جورج به مرور خطراتی که فعالیت‌های جنسی محافظت نشده برای دیگران و خودش دارند می‌پردازند (به بخش مرور پزشکی مراجعه شود). جورج این‌ها را می‌داند. چون فعالیت‌های با ریسک بالای وی منحصراً در چارچوب شنیدایی اتفاق می‌افتد، جورج موافقت می‌کند که پیگیری‌های سرپایی او دقیق‌تر انجام شود و داروهای خود را مصرف کند. علاوه بر

آن، دوست وی نیز در این پیگیری مشارکت داده می‌شود و به وی توصیه می‌شود زمانی که وی اولین علائم شیدایی را در او مشاهده نماید با روان‌پزشک تماس بگیرد.

بررسی موردی: بیماری که برای دیگران خطرناک است

لورا یک زن ۲۵ ساله است که به مدت چندین سال کوکائین مصرف کرده است و برای تامین پول اعتیاد خود به روسپی‌گری روی آورده‌است. وی در نهایت وارد برنامه سم‌زدایی در مرکز اقامتی می‌شود و سپس چندین ماه در پیگیری‌های سرپایی شرکت می‌کند. به عنوان بخشی از بازپروری، یک دوره کامپیوتر می‌گذراند و کاری پیدا می‌کند.

در جریان تقاضای بیمه، وی آزمایش HIV می‌دهد و نتیجه مثبت تشخیص داده می‌شود. چند هفته بعد، وی دوباره به مصرف کوکائین روی می‌آورد و به روسپی‌گری می‌پردازد. اگر مشتریان تمایل داشته باشند پول بیشتری برای فعالیت جنسی محافظت نشده بپردازند، وی تن به این کار نیز می‌دهد.

وی در اولین دیدار خود با پزشک HIV وی را آگاه می‌کند که فعالیت جنسی محافظت نشده با شرکای بسیاری داشته است. وی از HIV آگاه است و خطر انتقال آن را می‌داند؛ اما رفتار خود را با این حرف که "یکی از آنها مرا آلوده کرده‌است و من از آنها انتقام خواهم گرفت" توجیه می‌کند. وی برای رفع اضطراب خود درباره تشخیص جدید تصمیم می‌گیرد که به درمان‌گر مراجعه کند.

آیا باید شرکای لورا را از تشخیص بیماری وی آگاه نمود؟

آگاهی شریک بخشی از برنامه گسترده‌تر سلامت عمومی و پیشگیری از HIV/AIDS است. آگاهی شریک از وجود HIV/AIDS دو هدف دارد:

- جلوگیری از انتقال HIV
 - کاهش بیماری و مرگ و میر مربوط به HIV/AIDS
- اهداف آگاهی شریک به قرار زیر است:
- اطلاع از تماس احتمالی آنها با HIV
 - کمک به آنها در ارزیابی خطر ابتلا به HIV
 - کمک به آنها در تصمیم‌گیری آگاهانه در مورد آزمایش HIV
 - هشدار به آنها در مورد احتمال انتقال ثانویه به شرکا یا کودکان خود
 - کمک به آنها در تصمیم‌گیری به موقع در مورد درمان در صورت آلوده‌شدن

آگاهی شریک باید تنها زمانی صورت گیرد که حمایت کافی برای شخص موردنظر و شرکایی که مطلع شده‌اند وجود داشته باشد. با وجودی که کارشناسان سلامتی چنین استدلال می‌کنند که آگاهی شریک تنها

زمانی قابل قبول است که در ضمن حفظ اسرار شخص مورد نظر صورت گرفته باشد (اگر فرد بخواهد ناشناس باقی بماند)، چندین انجمن پزشکی تصریح می‌کنند که شرکای فعلی و قبلی می‌توانند بدون اجازه بیمار مطلع شوند، حتی اگر این به معنی افشای رازداری باشد. پیش از افشای رازداری، روان‌پزشکان و روان‌درمانگران باید ارزش‌ها و تصورات فردی را مدنظر قرار دهند. زمانی که درمانگران تصمیم می‌گیرند اطلاعات محرمانه را برای حفاظت از شخص ثالث افشا نمایند، تصمیم آنها ممکن است تا حدی تحت‌تاثیر نژاد، جنس و اولویت جنسی قرار گیرد (شواریزبام و دیگران، ۱۹۹۰). شرکا می‌توانند به سه روش متفاوت آگاه گردند:

- خود بیمار شریک را مطلع می‌کند. زمانی که یک بیمار (شخص مبتلا) تصمیم می‌گیرد تعدادی یا همه شرکا را مطلع نماید، باید به بهترین روش به وی تمرین داده شود تا آنها را در مورد خطر احتمالی آگاه کند. پیش از آگاه کردن شریک، شخص مبتلا باید تشویق شود تا عواقب احتمالی را مدنظر قرار دهد (مثلا شریک ممکن است خشمگین شود یا ممکن است اطلاعات را به افراد دیگر افشا نماید که این بر رازداری فرد مبتلا تاثیر گذارد).
- پزشک شریک را آگاه می‌کند.
- کارمند سلامت عمومی شریک را آگاه می‌کند.

آگاهی شریک یک فرآیند پیچیده است. روان‌پزشک باید تشریح نماید که چه کسی مسوول ابلاغ به شریک است. یک متخصص HIV که به امور بیمار می‌پردازد تجربیاتی در این زمینه دارد. در سناریوی ویژه لورا، مشکل اصلی این است که بیشتر شرکا قابل‌شناسایی نیستند.

رویکرد بالینی نسبت به بیمار مبتلا به HIV که دیگران را در معرض خطر قرار می‌دهد

چیست؟

اولین گام برای درمانگر ایجاد و حفظ اتحاد درمانی است. در بسیاری از بیماران، به‌ویژه افراد با سابقه اعتیاد، این کار نیازمند تلاش قابل توجهی است. فشار بر بیمارانی که قادر نیستند یا آمادگی ندارند پیام‌های پیشگیری را بشنوند آنها را به تغییر متقاعد نخواهد کرد. در عوض، درمانگر باید بر بحث مربوط به احساسات و نیازهای بیمار متمرکز شود.

به محض این که این اتحاد برقرار شود، درمانگر می‌تواند مشکلاتی را که در توانایی بیمار برای رعایت استراتژی‌های کاهش خطر انتقال دخیل است یا انگیزه‌هایی را که باعث می‌شوند دیگران را در معرض خطر قرار دهند کاوش نماید. توانایی بیمار برای تغییر رفتار موردنظر ممکن است تحت‌تاثیر عدم آگاهی، انکار، انگیزه‌های اقتصادی، استفاده از مواد، بیماری روانی، ترس از طرد یا خشونت، ناراحتی، نبود مهارت‌های اجتماعی، باورهای متفاوت سلامتی، ناامیدی یا نبود حس خودکارآمدی باشد.

خارج شدن از چرخه طولانی سقوط، کم ارزش شدن و از دست رفتن حس خودارزشمندی نیازمند زمان زیاد و دقت لازم است و باید از سوی دیگران نیز پذیرفته شود. با مراجعه فردی که احساس انزوا می‌کند به یک فرد متخصص که می‌داند چگونه باید از وی مراقبت نماید، زندگی نامه وی ممکن است تغییر کند. با پاسخ بیمار به درمان، مراقبت و تجربیات غیرمنتظره انسانی و مهربانی و توجه حرفه‌ای، وی ممکن است افق‌های امیدوی را شناسایی نماید که از تغییر رفتار حمایت کنند.

در اولین جلسه با لورا، درمانگر بر ایجاد اتحاد درمانی متمرکز می‌شود و برای این کار مشکلاتی را که لورا در زندگی خود داشت بررسی می‌کند و همچنین درباره موفقیت اولیه وی در برنامه توان‌بخشی موادمخدر صحبت می‌شود. درمانگر همچنین به نیاز فوری وی به پول و سرپناه توجه می‌کند. در جلسه دوم، لورا اشک می‌ریزد و در مورد رویاهای از بین رفته خود صحبت می‌کند. وی عصبانی است و از آینده می‌ترسد. درمانگر وی را تشویق می‌کند با برنامه سم‌زدایی دوباره ارتباط برقرار کند و وی را به گروهی از زنان مبتلا به HIV ارجاع می‌دهد.

مسائل انتقال متقابل^۱ در کار با بیمارانی که دیگران را در معرض خطر قرار می‌دهند

کدامند؟

درمانگری که قادر نیست بیمار را متقاعد نماید تا سریعاً رفتارهایی را که دیگران را به خطر می‌اندازد متوقف نماید ممکن است احساس عصبانیت و ناامیدی کند. این احساسات ممکن است درمانگر را متقاعد سازد تا رویکرد سختی اتخاذ نماید و تاکید بیشتری در جهت حفاظت از جامعه نماید، تا کمک به بیمار از طریق فرآیند تغییر. اگرچه رویکرد سختگیرانه ممکن است به خوبی طراحی شود، ولی احتمال دارد سودمند نباشد. مثلاً این رویکرد می‌تواند بیمار را مجبور کند از جریان پیگیری خارج شود یا در ابلاغ و آگاه کردن شرکا تلاشی نکند. تمایل به مواجهه با این مشکل باید با نیاز به حفظ اتحاد متوازن شود.

بهترین راه برای تضمین این که انتقال متقابل در کارآیی تداخل ایجاد نمی‌کند، بحث و بررسی این موارد دشوار با سایر اعضای تیم است. روان‌درمانگری که به تنهایی فعالیت می‌کند ممکن است مشاوره با همکارانی را که در زمینه HIV تجربه دارند و بحث و بررسی در مورد عواقب پیش‌بینی نشده وضعیت بالینی وی را مفید بیابد.

در مورد بیماری که رفتار خود را تغییر نخواهند داد و به نظر می‌رسد به امنیت دیگران توجهی ندارند چه کاری می‌توان انجام داد؟

شواهد کمی وجود دارد مبنی بر این که پیگرد قانونی و مجازات نقش توانبخشی مهمی داشته باشند. مشاوره و حمایت روش‌های موثرتر توانبخشی فردی هستند که در فعالیتهای دارای خطر بالا شرکت دارند. تنها یک رویکرد هماهنگ که دربرگیرنده منابع سلامت روان، خدمات اجتماعی و گروه‌های فرهنگی و اجتماعی است می‌تواند این شرایط پیچیده را مورد توجه قرار دهد. بیشتر درمانگران علاقمند به رویکرد گام‌به‌گام از غیر اجباری تا اجباری هستند:

- ابتدا تلاش کنید تا ارتباط و اتحادی ایجاد شود. آیا فردی حرفه‌ای وجود دارد که بتواند این کار را با این بیمار خاص انجام دهد؟
- عواملی که در تغییر رفتار دخالت می‌کنند را شناسایی کنید.
- اگر پس از ملاحظات دقیق، درمانگر تشخیص داد که با بیمار باید برخورد شود، بهترین فرد برای انجام این کار کیست؟ توجه داشته باشید که شما ممکن است بخواهید روابط کلیدی را برای پیگیری مداوم حفظ نمایید. مثلاً درمانگر ممکن است از یک عضو حاشیه‌ای‌تر تیم بخواهد تا رابطه خود با بیمار را "فدا کند" تا سایر مراقبت‌کنندگان بتوانند کار خود را ادامه دهند.

اینکه این رویکرد تا چه حد می‌تواند اجباری باشد بستگی به جامعه‌ای دارد که بیمار در آن زندگی می‌کند. پزشک باید با مسوولان سلامت عمومی تماس برقرار کند تا در این باره و قوانین مرتبط راهنمایی بگیرد.

ظرف چند ماه آینده، لورا در برنامه توانبخشی بیمار سرپایی حضور می‌یابد. بازگشت وی به اعتیاد کمتر می‌شود. وی در گروه زنانی حضور دارد که وی در مورد آرزوی بچه‌دار شدنش و این‌که چگونه تحت‌تاثیر ویروس HIV قرار گرفت صحبت می‌کند. وی از این گروه کمک می‌گیرد و دوستانی پیدا می‌کند تا در زمان بروز مشکلات در کنار او باشند.

مسائل حقوقی که مارک باید مد نظر قرار دهد کدامند؟

برای افرادی مبتلا به HIV داشتن روابطی که از سوی قانون حمایت نمی‌شوند غیر معمول نیست. مثلاً در مواردی، به‌جای شریک چند ساله فرد، قیمومیت هنگام از کار افتادگی به اقوام دور داده شده است. علاوه بر آن، بسیاری از حوزه‌های قضایی دسترسی شرکای فرد را به پس‌انداز بازنشستگی شرکای متوفی تضمین نمی‌کنند.

به این دلیل، کلیه افراد مبتلا به HIV و به‌ویژه افرادی که در شرایط غیرمعمول زندگی می‌کنند باید موارد زیر را دارا باشند:

- وصیت‌نامه
 - وکالت‌نامه پزشکی طولانی‌مدت که در زمانی که فرد فاقد صلاحیت می‌گردد دارای اعتبار باشد.
- درمانگر از مارک می‌پرسد که آیا وی این اسناد قانونی را تنظیم کرده است یا خیر. در ابتدا، مارک متعجب می‌شود و پاسخ می‌دهد که وی "که هنوز نمرده است". لیکن، در جریان درمان، او متوجه می‌شود که بهترین راه برای اطمینان از این که وی به خواسته‌هایش برسد این روش است. او و شریکش تاکنون از صحبت درباره مرگ خودداری کرده‌اند. درمانگر مارک را تشویق می‌کند بحثی را در این باره باز کند و به‌ویژه به شریک خود بگوید که چه تصمیمی در زمان مرگ خود دارد یا این که وصیت‌نامه بنویسد. وی و اندرو یک سردفتر را ملاقات می‌کنند و وصیت‌نامه و وکالت‌نامه پزشکی طولانی‌مدتی را تنظیم می‌کنند.

آیا ملاحظات خاصی برای افراد مبتلا به HIV پیشرفته که می‌خواهند وصیت‌نامه‌ای

تنظیم کنند وجود دارد؟

اعتبار یک وصیت‌نامه ممکن است به دلایل مختلف مورد اعتراض واقع شود؛ مثلاً ادعایی که مبنی بر آن موصی از صلاحیت وصیت برخوردار نیست یا تحت اعمال نفوذ نارواست. اگر افرادی که در مراحل پیشرفته HIV هستند وصیت‌نامه‌ای تنظیم کنند، اعتبار آن ممکن است به دلایل عدم صلاحیت ذهنی و روانی مربوط به جنون ناشی از HIV مورد سؤال قرار گیرد. برای جلوگیری از این مورد، فرد مبتلا به HIV ممکن است از یک روان‌پزشک یا روان‌درمانگر بخواهد صلاحیت وی را در زمان نوشتن وصیت‌نامه (در نزدیکترین زمان ممکن به زمان عقد این سند قانونی) ارزیابی کند.

برای ارزیابی صلاحیت تنظیم وصیت‌نامه، روان‌پزشک یا روانشناس باید:

- از منابع عینی و آگاه، ماهیت دارایی‌های موصی و در صورت امکان اسامی و روابط موصی با کلیه وراث احتمالی را تعیین نماید.

- از موصی بخواهد دارایی‌های خود را شرح دهد، درک خود را در مورد وصیت‌نامه شرح دهد و توضیح دهد که اسامی چه افرادی در آن ذکر شده است. باید توجه ویژه‌ای به محتوای سند وصیت‌نامه‌ای شود که ممکن است بعدها به چالش کشیده شود.
- ماهیت، گستره و عواقب کلی بیماری روانی را در صورت وجود نشان دهد.
- اعمال نفوذ ناروای احتمالی (کنترل و مدیریت احساسات، باورها و رفتار موصی) را ارزیابی نماید.
- معاینه‌ای کامل از وضعیت روحی انجام دهد و آزمایش روان‌شناختی اجرا کند (اسپار و گارب، ۱۹۹۲).

متأسفانه، مارک دیگر به داروها پاسخ نمی‌دهد و شرایط وی رو به وخامت است تا جایی که وی بستری می‌شود. وی گاهی اوقات به شریکش می‌گوید که دیگر از کیفیت زندگی خود راضی نیست و دوست دارد بمیرد. ولی، در زمان‌های دیگر، قادر است از جمع دوستان و مطالعه لذت ببرد. وی مبتلا به پنومونی پیشرفته می‌شود و باید بستری شود.

بستری شدن مارک با عوارض پزشکی متوالی همراه است. پس از موافقت با بررسی‌ها و درمان‌ها به مدت چندین هفته، مارک اکنون تقاضا دارد که درمان‌های وی قطع گردد و به‌وضوح می‌داند که این مساله به مرگ منتهی خواهد شد. اگرچه شریکش ناراحت است، تأیید می‌کند که مارک تصمیم خود را به مدت چندین هفته گرفته است و این امر با کلیه بحث‌های گذشته آنها بر سر موضوع مطابقت دارد. پزشک حاضر درخواست ارزیابی صلاحیت برای تصمیمات پزشکی می‌کند.

چگونه یک درمانگر صلاحیت بیمار را برای تصمیم‌گیری پزشکی تعیین می‌کند؟

صلاحیت یک مفهوم قانونی است که به‌طور رسمی تنها از طریق اقدامات قانونی تعیین می‌شود. کلیه بیماران بالغ برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت پزشکی خود صلاحیت دارند مگر این که دادگاهی آنها را فاقد صلاحیت اعلام نماید. لیکن، عملاً پزشکان صلاحیت تصمیم‌گیری بیمار را ارزیابی می‌کنند.

اگرچه تعریف جامعی از صلاحیت وجود ندارد، اپلبام و گریسو (۱۹۹۸) بیان کرده‌اند که بیمار باید:

- بتواند ترجیح پایدار خود را بیان کند.
- بتواند شرایط خود، درمان‌های پیشنهادی و روش‌های دیگر را درک کند.
- بتواند درک کند که اطلاعات ارائه شده برای شرایط وی به کار برده می‌شود (این شامل وجود بینش است)
- توانایی استدلال داشته باشد.

صلاحیت یک جز شناختی و یک جز عاطفی دارد. حالات عاطفی ممکن است صلاحیت را با تاثیرگذاری بر میزان خطرآندرممان و مزایای آن تحت تاثیر قرار دهند. برای انجام این فرآیند بیش از یک جلسه ارزیابی ممکن است موردنیاز باشد. صلاحیت یک فرد ممکن است به عنوان تابعی از جریان طبیعی بیماری، پاسخ به درمان، عوامل روان پویشی، وضعیت سوخت و ساز یا اثر داروها متغیر باشد. علاوه بر آن، بیماران اغلب مهم ترین نگرانی های خود را در مورد ویزیت اولیه و اقداماتی که خود ممکن است بخشی از فرآیند تشخیص باشد بیان نخواهند کرد (اپلبام و گریسو، ۱۹۹۸). وجود آسیب شناختی به خودی خود، مادامی که بیمار توانایی های ذکر شده در بالا را حفظ نماید، به معنای عدم صلاحیت نیست.

عوامل روانی اجتماعی موثر بر صلاحیت رد اقدامات نجات بخش زندگی کدامند؟

اگرچه بازنگری جامعی از عوامل روانی اجتماعی موثر بر تمایل به مرگ در بیماران خارج از حیطه این بخش است، صلاحیت برای رد درمان به ویژه درمان برای حفظ زندگی باید در شرایط گسترده تری از زندگی بیمار ارزیابی شود.

نویسندگان بسیاری اهمیت دیدگاه روان پویشی را در زمان ارزیابی تقاضا برای مرگ مورد تاکید قرار داده اند (اپلبام و راث، ۱۹۸۱؛ موسکین، ۱۹۹۸). "معنای ویژه رویکرد پیشنهادی برای بیمار تابعی از ماتریس منحصر به فرد از تجربیات قبلی بیمار است" (اپلبام و راث، ۱۹۸۱).

به عنوان بخشی از ارزیابی صلاحیت تصمیم گیری، درمانگر تمایل خواهد داشت موارد زیر را ارزیابی نماید:

- وجود افسردگی و ناامیدی
- وجود اختلالات روانی ناشی از مشکلات فیزیکی
- درد و رنج جسمانی که به درستی کنترل نشود
- حمایت اجتماعی
- منابع مالی (به ویژه در مراکز درمانی خصوصی)
- وجود خشم، تمایل به مرگ به عنوان انتقام
- نیاز به کسب حس کنترل
- وجود گناه و تمایل به تنبیه خود
- کیفیت رابطه با پزشک

ممکن است تصمیم فرد در نتیجه توجه کافی به برخی از این عوامل تغییر کند. مثلاً افسردگی و درد را می توان با درمان رفع کرد و مشکلات بین فردی را می توان حل و فصل کرد. زمانی که مراقبت کنندگان

طبیعی (بستگان) خسته می‌شوند، باید به آنها استراحت داده شود. کشف مسایل پویا دارای ابعاد تشخیصی و درمانی است. ارزیابی صلاحیت تصمیم‌گیری مستلزم شناسایی رویکرد تشخیصی متغیر، بررسی مناسب و ارزیابی مجدد بیمار پس از اقدام درمانی است (اپلبام و راث، ۱۹۸۱). هنر حساس ارتباط با بیماران در حال مرگ دشوار و پیچیده است. این کار از آن جهت دشوار است که مراقبت از افراد در حال مرگی که بسیار رنج می‌کشند ممکن است احساس ناامیدی، درماندگی، شکست یا تضعیف روحیه را در پزشک برانگیزد. برای پزشکی که این احساسات را تجربه می‌کند، بسیار دشوار است که از تقویت حس درماندگی و خودارزشمندی کاهش‌یافته‌ای که در تقاضای بیمار برای مرگ مشهود است جلوگیری کند. هنر ارتباط با افراد رنجور و در حال مرگ نیز پیچیده است زیرا تعامل بین پزشک و بیمار چیزی را شکل می‌دهد و محدود می‌کند که هر یک می‌شنوند و به دیگری می‌گویند. درخواست بیمار برای مرگ آسان ممکن است ناشی از ناامیدی فردی بیمار باشد. ولی این درخواست ممکن است ناشی از این باشد که دیگران از وی قطع امید کرده‌اند.

اگر برخی ناظران روان‌پزشکی درست گزارش کرده باشند، قانونی بودن مرگ آسان به عنوان یک گزینه پزشکی منجر به از دست‌رفتن دانش پزشکان در مورد برخورد با تفکرات خودکشی در بیماران نزدیک به مرگ می‌شود. پزشک می‌تواند از طریق گفتگوی خود با بیمار منشا و معنی تفکر خودکشی را در او کشف کند و به بیمار کمک کند قدرت سازگاری خود را کشف کرده و نهایتاً از خودکشی جلوگیری کند (مادستین، ۱۹۸۷؛ همیلتون و همیلتون، ۲۰۰۰؛ وارگس و کلی، ۲۰۰۱).

برخی عوامل ویژه مربوط به ابتلا به HIV که می‌تواند ارزیابی صلاحیت را پیچیده

نمایند کدامند؟

ماهیت آسیب مشاهده‌شده در دمانس ناشی از HIV می‌تواند ارزیابی صلاحیت را در افرادی که مبتلا به بیماری HIV پیشرفته هستند پیچیده نماید. همان‌طور که در فصل ۲ بررسی شد، دمانس ناشی از HIV بر کارکردهای زیرقشری نظیر کارکردهای اجرایی بیشتر از کارکردهای قشری تاثیر می‌گذارد. کارکردهای اجرایی شامل توانایی‌های شناختی موردنیاز برای ارزیابی شرایط، تصمیم‌گیری و اقدام براساس آن می‌شود و نقش حیاتی را در صلاحیت تصمیم‌گیری ایفا می‌کند.

ارزیابی کارکردهای اجرایی در معاینات معمول وضعیت روانی به راحتی نادیده گرفته می‌شود. یک بیمار ممکن است بتواند جملات منسجم را شمرده بیان کند حتی اگر آسیب جدی در قدرت تصمیم‌گیری اساسی به‌وجود آمده باشد. علاوه بر آن، خودارزیابی بیمار از وضعیت شناختی قابل‌اطمینان نیست (ون گورپ و دیگران، ۱۹۹۱). درمانگر می‌تواند به راحتی در تشخیص صلاحیت بیمار دچار گمراهی شود مگر این‌که کارکردهای اجرایی آزمایش شوند و سابقه معتبری از منابع بیرون جمع‌آوری شود. ارزیابی کارکردهای اجرایی

ممکن است سابقه قضاوت و خودمراقبتی ضعیف را نشان دهد. همان طور که شیندلر و همکاران (۱۹۹۵) در گروه بیماران خود که مبتلا به دمانس لب قدامی مغز و آسیب کارکردهای اجرایی بودند نشان دادند، این بیماران قادر نیستند درک شرایط خود را به برنامه‌ریزی واقعی و اجرای رفتار هماهنگ و ساماندهی شده تبدیل کنند.

چون آزمون کوتاه وضعیت روانی (MMSE) که به‌طور گسترده‌ای استفاده شده است به نشان‌دادن اختلال اجرایی حساس نیست، روان‌پزشکان ممکن است بخواهند با معاینات غربال‌گری دیگری که نشانه‌های شناختی مربوط به HIV پیشرفته را شناسایی می‌کنند آشنا شوند. (برای اطلاعات بیشتر در مورد آزمایش‌های حساس‌تر از MMSE، لطفاً به بخش ۲ مراجعه نمایید)

نتیجه‌گیری

جوانب اخلاقی ابتلا به HIV بیشتر تحت تاثیر این حقیقت است که ویروس HIV جمعیت بدنام‌شده‌ای را آلوده کرده است. با وجودی که افراد مبتلا به این ویروس از طریق خون و محصولات خونی آلوده به‌عنوان "افراد بی‌گناه" در نظر گرفته شده‌اند و حس دلسوزی را به‌وجود آورده‌اند، این واکنش تا حدی برای افرادی که بیماری آنها ناشی از رفتار "گناه‌آلود" است متفاوت بوده است. اگرچه جامعه خواستار حفاظت در برابر این بیماری است، مقامات سلامت عمومی تشخیص دادند که بهترین روش برای کاهش انتقال در حقیقت آموزش افراد، حفاظت از افراد مبتلا و تشویق افراد تحت خطری است که باید آزمایش HIV بدهند و رفتارهای "خطرآفرینشان" را تغییر دهند. با این وجود، تنش بین روش پیشگیرانه و تنبیهی در جامعه ادامه دارد و به‌صورت متناوب شدت می‌گیرد، به‌ویژه زمانی که مورد استثنائی ابتلا به این ویروس به‌دلیل سوءنیت و از روی عمد پوشش رسانه‌ای پیدا نماید.

زمانی که درمانگر با این مسایل پیچیده روبه‌رو می‌شود، واکنش‌های هیجانی قوی را تجربه می‌کند. بهترین راه برای اطمینان از این که تصمیمات بالینی تحت نفوذ ناروای تعصبات و پیش‌داوری‌ها قرار ندارند، داشتن جای امنی است که در آن احساسات قبل از ادامه تحلیل سناریوهای ممکنه که می‌تواند به هدف نهایی حفاظت از بیمار و جامعه دست پیدا کند ابراز می‌شوند.

منابع

1. American Psychiatric Association. AIDS policy: Policy Guidelines for Inpatient Psychiatric Units. American journal of Psychiatry, 150(5) (1993): 853. (Available as a living document at www.psych.org/aids2/aids_state12.cfm).
2. Applebaum, P. S. and Grisso, T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. New England journal of Medicine, 319 (1998): 1635-8.
3. Applebaum, P. S. and Roth, H. Clinical issues in the assessment of competency. American journal of Psychiatry, 138 (1981): 1462-77.
4. Canadian Psychiatric Association. CPA position statement on HIV disease. Canadian journal of Psychiatry, 41(1996): 595.
5. Cohen, L. M., Steinberg, M. D., Hails, K. C. et al. Psychiatric evaluation of death-hastening requests. Psychosomatics, 41 (2000): 199-203.
6. Elliott, R. Criminal Law and HIV/AIDS: Strategic Considerations. A Discussion Paper. (2000). (Available as a living document at www.aidslaw.ca).
7. Hamilton, N. G. and Hamilton, C. A. Therapeutic response to assisted suicide request. Issues in Law and Medicine, 16(2)(2000): 167-76.
8. Modestin, J. Countertransference reactions contributing to completed suicide. British journal of Medical Psychology, 60 (1987): 379-85.
9. Muskin, P. The request to die: role for a psychodynamic perspective on physician-assisted suicide. Journal of the American Medical Association, 279 (1998): 323-8.
10. Schindler, B. A., Ramchandani, D., Matthews, M. K. and Podell, K. Competency and the frontal lobe. Psychosomatics, 36 (1995): 400-4.
11. Schwartzbaum, J. A., Wheat, J. R. and Norton, R. W. Physician breach of patient confidentiality among individuals with human immunodeficiency virus (HIV) infection: patterns of decision. American Journal of Public Health, 80(7) (1990): 829-34.
12. Spar, J. E. and Garb, A. S. Assessing competency to make a will. American Journal of Psychiatry, 149 (1992): 169-74.
13. Varghese, F. T. and Kelly, B. Countertransference and assisted suicide. Issues in Law and Medicine, 16(3) (2001): 252.
14. van Gorp, W. G., Satz, P., Hinkin, C. et al. Metacognition in HIV-1 seropositive asymptomatic individuals: self-ratings versus objective neuropsychological performance. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 13 (1991): 812-19.
15. Zaubler, T. S. and Sullivan, M. D. Psychiatry and physician-assisted suicide. Psychiatric Clinics of North America, 19(3)(1996): 413-27.
16. SUGGESTED FURTHER READING
17. Block, S. D. and Billings, J. A. Patient requests for euthanasia and assisted suicide in terminal illness. Psychosomatics, 36(1995): 445-7.

18. Centers for Disease Control and Prevention standards (Available as a living document at [http:// www.cdc.gov](http://www.cdc.gov))
19. General Medical Council, UK. Serious Communicable Diseases (1997). (available at [http:// www.gmc-uk.org/global_sections/sitemap_frameset.htm](http://www.gmc-uk.org/global_sections/sitemap_frameset.htm))
20. American Psychiatric Association. Position statement on confidentiality, disclosure, and protection of others. American Journal of Psychiatry, 150(5)(1993): 852. (Also available at www.psych.org/aids2/aids_state3.cfm)

فصل هفدهم

انتظارات از روانپزشک و استرس روانپزشکی ایدز

توماس ان. کریهارد

مقدمه

داروی HIV و افراد مرتبط با درمان در ۲۰ سال گذشته تغییر کرده‌اند؛ به تبع آن، درخواست‌ها از روان‌پزشک HIV نیز تغییر کرده است. در این دوره از درمان بسیار موثر ضدترتروویروسی (HAART)، میزان مرگ‌ومیر در بین افراد مبتلا به HIV کاهش پیدا کرده است. پیشرفت‌های به دست آمده در داروی HIV لزوماً بار مسایل سلامت روانی را کم نکرده‌اند؛ ولی تنها تمرکز بر مراقبت را تا اندازه‌ای تغییر داده‌اند. روان‌پزشک HIV با درخواست‌ها و چالش‌هایی جدیدی روبه‌روست و ممکن است در سطوح احساسی، بین‌فردی و حرفه‌ای با این فشارهای جدید دست و پنجه نرم کند.

منشا نارضایتی روان‌پزشکان چیست؟

کار کردن به‌عنوان روان‌پزشک با بیماران مبتلا به HIV همراه با مجموعه‌ای از فشارها و خواسته‌هایی است که در صورت عدم احتیاط از سوی درمانگر می‌تواند آزاردهنده بوده و باعث به وجود آمدن محیط کاری ناخوشایند و بی‌ثمر گردند. در حالی که روان‌پزشک با حجم پرونده‌ای زیادی روبه‌روست و باید بیماران زیادی را در زمان ملاقات‌های کوتاه ببیند، ممکن است به طور فزاینده‌ای از کیفیت مراقبتی که فراهم می‌کند

ناراضی باشد. وقتی حجم پرونده‌ها خیلی زیاد می‌شود، مراقبت از بیمار ممکن است سرسری گرفته شده و یا روان‌پزشک استرس و نارضایتی شغلی بیشتری پیدا کند.

همچنین روان‌پزشک ممکن است خود را از تیم اصلی درمانی جدا ببیند. ارتباط ضعیف میان اعضای تیم یا عدم گفتگو در موارد میان رشته‌ای^۱ می‌تواند نهایتاً منجر به مدیریت ضعیف بیماران مشکل‌ساز گردد که برای همه مراقبان تولید استرس می‌کند. بیماران مشکل‌ساز اغلب برحسب اولویت نیاز به درمان به روان‌پزشک یا دیگر متخصصان سلامت روانی تخصیص داده می‌شوند که این امر منجر به مراقبت مقطعی و نیز نارضایتی بیماران می‌شود که احساس می‌کنند به نیازهای اولیه‌شان پاسخ داده نشده است. درمانگران اصلی HIV که پیچیدگی اختلالات روانی را درک نمی‌کنند ممکن است از روان‌پزشک انتظارات غیر واقعی داشته باشند و بخشی از آزرده‌گی خاطر خود را به روان‌پزشک منتقل کنند.

بیماران دارای مشکل اعتیاد ممکن است برای مراقبانی که از پایداری ضعیف آنها به برنامه درمانی‌شان احساس رنجش می‌کنند آزاردهنده باشند. همچنین روان‌پزشکان ممکن است رفتار بیماران را تایید نکنند (مانند رفتارهای جنسی ناایمن). روان‌پزشک می‌تواند احساسی نسبت به بیماران پیدا کند که نهایتاً درمان بهینه مشکلات پزشکی، روان‌پزشکی و سوء مصرف مواد آنها را مختل کند.

منشا استرس کسانی که در محیط‌های درمانی کار می‌کنند توسط مولفان مختلف (روسکه، ۱۹۸۱؛ سیسسون و گران، ۱۹۹۱؛ دکارد و دیگران، ۱۹۹۴؛ کاتالان و دیگران، ۱۹۹۶؛ بلانی و دیگران، ۱۹۹۶؛ بنت و دیگران، ۱۹۹۴؛ میلر، ۱۹۹۶؛ میلرو گیلیس، ۱۹۹۶؛ لدربرگ، ۱۹۹۸؛ واچون، ۱۹۹۸؛ دمر، ۲۰۰۲) ارزیابی شده است. عوامل استرس‌زای رایج شناخته‌شده (سیمپسون و گران، ۱۹۹۱؛ واچون، ۱۹۹۸؛ دمر، ۲۰۰۲) شامل موارد زیرند:

- مشکلات ارتباط تیمی
- کار بیش از حد و حجم پرونده‌ای بالا
- ابهام در وظایف
- مشکلات روابط اداری
- منابع و پرسنل ناکافی
- بیمار و خانواده مشکل دار
- ارتباط مشکل با بیمار و خانواده
- فضای اداری ضعیف
- حقوق پایین

ظاهراً عوامل استرس‌زای متعددی ویژه مراقبت از افراد مبتلا به HIV هستند (بالانی و دیگران، ۱۹۹۶؛ میلر و گیلیس، ۱۹۹۶؛ دمر، ۲۰۰۲) که شامل:

- همایندی بیماریهای داخلی، روان‌پزشکی و سوء مصرف مواد
- ترس از خطر سرایت و خطر شغلی
- نگرش اجتماعی به ایدز
- مسایل مربوط به تمایلات جنسی و شیوه‌های زندگی جایگزین
- الزامات رازداری
- طبیعت غیرقابل پیش‌بینی بیماری
- شاهد زوال فیزیکی و روانی بیمار بودن
- درگیر بودن با مرگ‌های متعدد بیماران
- مسایل پیش‌هماندسازی^۱ و انتقال متقابل^۲

چگونه یک روان‌پزشک مسایل انتقال متقابل خود با یک بیمار را دنبال می‌کند؟

برای روان‌پزشک مهم است که بداند چه موقع مسایل انتقال متقابل مثبت و منفی مانع مراقبت از بیمار می‌شوند. برخی از بیماران چنان مورد علاقه روانپزشک‌شان هستند که او ممکن است در شناسایی نشانه‌ها و علائم نگران‌کننده‌ای که نیازمند درمان تهاجمی هستند دچار مشکل شود. به عنوان مثال، یک بیمار دوست‌داشتنی ممکن است بسیار افسرده و گرایش به خودکشی داشته باشد ولی ترجیح دهد درمانگر خود را با لبخند و رفتار خوشایند خوشحال کند؛ در نتیجه ممکن است روان‌پزشک افسردگی او را عمیق ارزیابی نکند. هم عرض این نگرانی، بیمارپرست که دوست دارد "مورد تنفر" واقع شود که به عنوان بار اضافی و قدرناشناس برای وقت و مهارت روان‌پزشک و اعضای تیم درمانی شناخته می‌شود. بیمارانی که مواد مصرف می‌کنند اغلب در این طبقه قرار می‌گیرند، به ویژه اگر رفتار عصبانی، مصرانه و بیقرار داشته باشند. روان‌پزشک باید از احساس خود به بیمار آگاه بوده و تشخیص دهد که چه موقع این احساسات قضاوت بالینی و برنامه‌های درمانی را تحت تاثیر قرار می‌دهند. احساسات شخصی نسبت به بیماران امری معمول و مناسب است ولی قضاوت بالینی نباید تحت تاثیر فراوان برداشت‌های شخصی باشد. اگر یک روان‌پزشک تشخیص

1 Overidentification

2 countertransference

دهد که تحسین یا تحقیر یک بیمار شدید بوده و به درمان بهینه آسیب می‌زند، باید راهی برای عقب‌گرد پیدا کرده و دوباره به مسایل بالینی مراجعه کند که در برخی مواقع از طریق موارد زیر به دست می‌آید:

- فرآیند درون‌نگری^۱ و یا روان‌درمانی
- درخواست نظارت از یک همکار ارشد
- ترتیب‌دادن یک جلسه مشاوره با همکار در خصوص یک کیس
- برنامه‌ریزی یک کنفرانس موردی درمورد یک بیمار
- اتکا به پروتکل‌های استاندارد برای اداره‌کردن علائم رفتاری و روان‌شناختی معین
- و به عنوان آخرین گزینه، ارجاع بیمار به یک روان‌پزشک دیگر برای مراقبت.

نهایتاً، مساله این نیست که روان‌پزشک چه احساسی نسبت به بیماری که درمان می‌کند دارد؛ مساله این است که او چگونه با بیمار رفتار می‌کند. گروز^۲ (۱۹۷۸) به این نکته تاکید و پیشنهاد کرده است که مشکل اداره کردن بیماران دردرساز به دلیل فشار اضافی ناشی از انکار احساس تنفر شدیدی است که به بیماری مربوط است. او پیشنهاد می‌کند که واکنش‌های منفی پزشک می‌تواند اطلاعات بالینی مهمی را درباره روان‌پزشکی بیمار فراهم سازد که ممکن است به روان‌پزشک کمک کند تا به‌طور مناسب‌تری بیمار را درک و درمان کند.

عواقب بلندمدت نارضایتی روان‌پزشک کدامند؟

قرار گرفتن در معرض شرایط کاری پراسترس و موقعیت‌های چالش‌برانگیز شخصی در دراز مدت می‌تواند منجر به فرسودگی شغلی گردد. اگر چه فرسودگی شغلی به‌طور وسیعی بررسی شده است، روش تعریف آن از یک مطالعه به مطالعه دیگر متفاوت است. فرسودگی شغلی به عنوان حالتی از خستگی فیزیکی و یا روانی ناشی از استرس بیش از حد و مدت‌دار (گیردین و دیگران ۱۹۹۶) و "خستگی دلسوزی"^۳ که عده‌ای آن را نوعی آسیب‌دیدگی ثانویه یا نیایی می‌دانند تعریف می‌گردد. بعضی نویسندگان فکر می‌کنند که مراقبانی که دچار فرسودگی شغلی می‌شوند می‌توانند نشانه‌های مشابهی را برای کسانی که درمان می‌کنند به‌وجود آورند. آنها ممکن است شکلی از اختلال استرسی پس از حادثه را که مربوط به حضور زیاد در برابر بیماران نیازمند است پیدا کنند (فیگلی، ۱۹۹۵). عموماً، بیشتر مطالعه‌ها بر این اشاره دارد که افراد کم‌تجربه بیشتر از افراد مجرب مستعد فرسودگی شغلی هستند (بنت، ۱۹۹۴؛ گوریتالت-چالوین و دیگران، ۲۰۰۰؛ دمر، ۲۰۰۲).

1 Introspection

2 Groves

3 Compassionate fatigue

فرسودگی شغلی می‌تواند مراقبت بیماران و توجه به خود را به خطر اندازد. نشانه‌ها و علائم معمول آن (موسیک، ۱۹۹۷ و اچون، ۱۹۹۸) شامل موارد زیر است:

- خستگی
- افسردگی
- اضطراب
- بی‌خوابی
- زوال شخصیتی^۱
- عصبانیت
- زود رنجی
- انزوا
- پرخوری یا کم‌خوری
- تأخیر مکرر در ورود
- تمرکز کم
- اجتناب از بیماران
- انگیزه کم در محل کار
- درگیری بین‌فردی در محل کار
- عملکرد شغلی ضعیف
- اعتراض از سوی همکاران
- ابتلا به بیماریهای متعدد و مرخصی استعلاجی متعدد
- احساس کاهش میزان پیشرفت شخصی
- احساس عدم کفایت و امنیت
- حس عمومی عدم رضایت شغلی
- پریشانی روابط خارج از محل کار
- سوء مصرف الکل و مواد.

چه مداخلات شخصی برای مراقبت از خود حرفه‌ای مهم هستند؟

وقتی که روان‌پزشک نشانه‌ها و علائم فرسودگی شغلی را تشخیص می‌دهد، باید گام‌های شخصی را جهت بهبود وضعیت بردارد. اغلب آگاه کردن سرپرست از مشکلات بسیار کمک‌کننده است. این امر نه تنها منجر به حل مسایل سازمانی بالقوه و آسایش خاطر حرفه‌ای می‌شود، بلکه صرف عمل پذیرفتن محدودیت‌ها و نیاز به کمک می‌تواند بسیار رهایی‌بخش باشد. سایر اقدامات برای مراقبت شخصی شامل موارد زیر است:

- محدود کردن حضور در محل کار به زمان‌های معمول و رسمی
- رفتن به تعطیلات و یا گرفتن مرخصی
- یافتن راه‌هایی که محیط کار را اجتماعی‌تر و خوشایندتر کند
- استراحت کردن کوتاه‌مدت در هنگام کار روزانه
- انجام فعالیت‌های فرحبخش پس از کار
- عادات تغذیه سالم و ورزش منظم
- یافتن فنون و تمریناتی جهت کاستن استرس

پرداختن به روان‌درمانی شخصی می‌تواند بسیار مفید باشد. روان‌درمانی ممکن است به روان‌پزشک کمک کند تا تصورات نامناسب از خود و کار را در زمینه بزرگتری از عزت‌نفس شناسایی کند. اگر شرایط کاری بسیار استرس‌زا باشد یا سرپرستان و سازمان در قبال نگرانی‌های روان‌پزشک پاسخگو نباشند، او می‌تواند تصمیم به ترک پست بگیرد.

مدیریت استرس نیازمند تلاش آگاهانه از سوی هر درمانگر است. راه‌های متعددی برای اداره استرس و مراقبت از خود وجود دارد که شامل موارد زیر است (واچون،^۱ ۱۹۹۸):

- ارزش خود را بدانید
- تناسب اندام خود را حفظ کنید
- درست غذا بخورید
- به اندازه کافی استراحت کنید و بخوابید
- برای تمدد اعصاب و فعالیت‌های لذت‌بخش وقت اختصاص دهید
- به فعالیت‌های بیرون از خانه بپردازید
- به اغنای معنوی بپردازید

- مهارت‌های ارتباطی و حل تعارض را در خود تقویت کنید
- از داشتن استرس نترسید
- تکنیک‌های رابطه را بیاموزید
- روش درست "نه" گفتن را بیاموزید
- روی فعالیت‌های خود کنترل داشته باشید
- مهارت‌های مدیریت زمان را تمرین کنید
- درباره میزان فشارکاری که می‌توانید تحمل کنید واقع بین باشید
- فلسفه‌ای شخصی از بیماری، مرگ و نقش خود در این فرآیندها را گسترش دهید

کدام مداخلات سازمانی برای مراقبت از خود حرفه‌ای مهم هستند؟

کارهای زیادی در سطح موسسه یا سازمانی برای کاهش استرس مرتبط با کار می‌تواند انجام گیرد. برای شروع، مسایل بالینی پراسترس باید با همکاران به اشتراک گذاشته شود و به تنهایی اداره نشود. استرس می‌تواند با به اشتراک‌گذاری غیر رسمی اطلاعات، مشورت خواستن از سرپرستان، ترتیب دادن جلسات کنفرانس بررسی موردی یا ترتیب دادن نظارت همکارانه یا حرفه‌ای منظم تعدیل شود (لدبرگ، ۱۹۹۸). پیچیدگی پرونده‌های HIV یک بحث جدی برای کنفرانس‌های موردی روزمره بر پایه رویکرد بین رشته‌ای است. تیم‌های بین رشته‌ای مکانیسمی را فراهم می‌کنند که حرفه‌ای‌های مختلف می‌توانند تجربه‌های خود با بیماران را با هم مقایسه کنند و دیدگاه‌های جدیدی را شناسایی نمایند. وقتی همه‌ی تیم بر رویکرد متحد شدن در یک پرونده پیچیده توافق دارند، این امر استرس هر عضو تیم را کاهش داده و به افراد تیم اجازه می‌دهد که در هنگام داشتن احساس استیصال به یکدیگر رجوع کنند.

ترتیب‌دادن جلسات آموزش پرسنل در خصوص اختلالات سلامت روانی و سوء مصرف مواد و گزینه‌های درمانی می‌تواند در درمان کلی بیماران روانی مبتلا به HIV بسیار کمک‌کننده باشد. در بسیاری از موارد، آزرده‌گی خاطر روان‌پزشک ریشه در این دارد که پرسنل احساس می‌کنند درباره بیماری روانی آماده نبوده و آموزش ندیده‌اند. با آموزش پزشکان مراقبت اولیه HIV، پرسنل پرستاری و سایر پرسنل پشتیبان، روان‌پزشک غالباً حمایت و شکیبایی آنان را در اداره کردن این بیماران به‌دست می‌آورد. همچنین پرسنل آگاهی بهتری پیدا می‌کنند و احتمال بیشتری دارد که مسایل را به موقع ارجاع دهند که این کار ممکن است به کاهش بحران در درمانگاه کمک کند.

به منظور کاهش استرس مربوط به بیماران مشکل‌ساز، سازمان‌ها می‌توانند "رویه‌ها و سیاست‌های" رسمی برای علائم بالینی مختلف درست کنند. این ممکن است شامل رویه‌ها و سیاست‌های مربوط به

بیماران بی‌قرار، بیماران متمایل به خودکشی، بیماران با سوء مصرف مواد یا بیماران تهدیدکننده باشد. این سیاست‌ها می‌توانند رویکردی منسجم و متحد فراهم آورند تا روان‌پزشکان و دیگر پرسنل در ارتباط با بیماران "مشکل‌ساز" از آن استفاده کنند. چنین سیاست‌هایی می‌توانند به تعیین کارکنانی که در هنگام بحرانی شدن رفتار بیمار باید حضور داشته باشند و گام‌های مشخص برای کنترل و مستندسازی نموداری^۱ بپردازند. داشتن سیاست‌ها و رویه‌های رسمی مسوولیت شخصی را که هر یک از افراد در هنگام مدیریت یک پرونده به تنهایی حس کند کاهش می‌دهد.

همچنین موسسات می‌توانند با بیماران قرارداد ببندند؛ این قراردادها مسوولیت بیمار را در نحوه برخورد در محیط درمانگاه مشخص می‌کنند به شکلی که محیط کاری امن و مطمئن فراهم بیاورد. برخی موسسات بیمارانی دارند که در حین اولین پذیرش بالینی خود مجموعه‌ای از قوانین و مقررات را امضا می‌کنند. این قوانین استانداردهای رفتاری برای آن درمانگاه شامل سیاست‌های موسسه‌ای برای روبه‌رو شدن با رفتار تهدیدآمیز و حضور در محیط درمانگاه در حالت نشئگی هستند.

گروه‌های حمایتی همتایان برای پرسنل درمانی که با افراد بحرانی کار می‌کنند مفید بوده‌اند (لدربرگ، ۱۹۹۸). گروه‌های حمایتی که به وسیله حمایت‌کننده‌های بی‌طرف راهبری می‌شوند به پزشکان و دیگر پرسنل اجازه می‌دهند آزردهی خاطر خود را بدون ترس از بازتاب‌های شغلی بیان کنند. حمایتی که ایجاد می‌شود می‌تواند به ورای گروه پشتیبان و در محل کار گسترش یابد. گروه‌های حمایتی پرسنل می‌توانند محیطی را فراهم کنند که در آن سطح جدیدی از ارتباطات و حل مسایل حرفه‌ای و شخصی اتفاق بیفتد.

مطالعه موردی: روبه‌رو شدن با نتایج ضعیف

جان یک مرد ۴۲ ساله با ایدز پیشرفته و تاریخچه طولانی افسردگی مازور است. جان با درمانگر خود، دکتر وانگ، به مدت ۳ سال کار کرده است و آنها رابطه‌ای بر پایه احترام متقابل ایجاد کرده اند. به جز چند مورد اندک در گذشته که جان به اعتیادش به الکل و هرویین بازگشته بود، او در درمانهای روانی و پایبندی‌اش به درمان‌های ضد‌رتروویروسی‌اش ثابت قدم بوده است. دکتر وانگ منتظر قرار ملاقات ماهیانه جان است و در طی این سال‌ها در چندین شرایط بحرانی در کنار جان بوده است نظیر: جدایی پس از ۱۰ سال رابطه، مرگ مادرش از سرطان و اعتیادش به الکل و هرویین که از ۱۹ سالگی شروع شد. اخیراً جان دوست نزدیکی داشت که بر اثر ایدز و لوکواسفالوپاتی چندکانونی پیشرونده (PML) فوت کرد و در طی چند ماه گذشته شروع به احساس ناپایداری کرد. جان با افسردگی مراجعه کرده و اظهار می‌کند از این‌که مانند دوستش بمیرد وحشت دارد. سلامتی او فراز و نشیب‌های خودش را داشته ولی در روزهای اخیر شمار سلولی CD4 ثابت برابر با 45 cells/mm^3 و بار ویروسی در بازه 2000 units/ml بوده است. پزشک اصلی HIV او روی این موضوع کار می‌کند که جان را در یک کارآزمایی بالینی دارویی شرکت دهد که می‌تواند شرایط سلامت او را تقویت کند. بر خلاف انتظار، روزی جسد جان در آپارتمانش پیدا می‌شود. کالبد شکافی آشکار می‌کند که او از مصرف بیش از اندازه هرویین و الکل مرده است.

مرگ بیمار چگونه روی روان‌پزشک تاثیر می‌گذارد؟

روان‌پزشکان می‌توانند واکنش‌های متعددی به مرگ بیمار داشته باشند. احتمال دارد بیماری که رابطه طولانی‌تری با روان‌پزشک داشته است اثر بیشتری روی او بگذارد. از دست دادن یک بیمار نزدیک می‌تواند مانند از دست دادن یک دوست نزدیک باشد. وقتی بطور مکرر مرگ بیماران بطور غیر منتظره و سخت اتفاق بیفتد، حتی پرسنل با تجربه هم با تنش و وحشت به آن پاسخ خواهند داد (لدربرگ، ۱۹۹۸). اگرچه مرگ ناشی از HIV در چند سال قبل پیش پا افتاده بود، امروزه این مرگ گاهی مواقع می‌تواند شوکه‌کننده و غیرقابل پیش‌بینی باشد. در حقیقت، هر چه مرگ غیرقابل پیش‌بینی‌تر باشد، خانواده و مراقبان، آن را با مشکلات بیشتری پشت سر خواهند گذاشت. چون HIV تبدیل به یک "بیماری قابل مدیریت" شده است، پزشک به‌سختی واقعه مرگ را می‌پذیرد. پزشکان و روان‌پزشکان HIV اغلب در هنگامی که یک بیمار می‌میرد احساس مسؤلیت و گناه می‌کنند: اگر آنها به اندازه کافی سعی می‌کردند، بیمار هنوز زنده بود. در این شرایط نمی‌توان انتظار داشت مراقبان با ادامه کار و هضم واکنش‌های عاطفی‌شان، مساله را حل کنند (لدربرگ، ۱۹۹۸).

مرگ یک بیمار بر اثر مصرف بیش از حد مواد امکان خودکشی را افزایش می‌دهد. آیا جان خیلی افسرده شده بود که عمداً و برای خاتمه دادن به زندگیش بیش از حد مواد مصرف کرد؟ آیا دکتر وانگ سرخ مهمی را از دست داد که می‌توانست زندگی جان را نجات دهد؟ آیا دکتر وانگ همه کارهای ممکن را برای مراقبت از موارد افسردگی و سوءمصرف مواد او انجام داده بود؟ پس از مرگ بیمار، سؤال‌های مربوط به شایستگی حرفه‌ای اغلب در مرکز پریشانی روان‌پزشک قرار دارند. این برای پزشکان عادی است که از این حدس پشتیبانی کرده و درباره اعمالشان احساس عدم امنیت کنند. برخی پزشکان درباره توانایی به‌روز نگهداشتن خود در گستره بی‌کران دانش که مراقبت روان‌پزشکی مدرن را شکل می‌دهد احساس بی‌کفایتی می‌کنند و این احساسات ممکن است به دلیل احساس عدم امنیت آنان باشد.

واکنش روان‌پزشکان به خودکشی بیماران‌شان به دو شکل خلاصه شده است: واکنش‌های شخصی خودانگیخته و پاسخ‌های جبرانی^۱ که نشانگر نقش روان‌کاو در جامعه است (لیتمن، ۱۹۶۵). واکنش‌های شخصی شامل فقدان^۲، احساس شکست و ناامیدی، گناه (مخصوصاً درباره حذف شدن احتمالی)، خشم و همزادپنداری^۳ با شخص مرده است. واکنش‌های جبرانی درمانگران نیز شامل ترس از این است که توسط دیگران سرزنش شوند و از لحاظ حرفه‌ای بی‌کفایت شناخته شوند (لیتمن، ۱۹۶۵).

گناه یک واکنش احساسی معمول به خودکشی بیمار است. در بررسی ملی چمبوب^۴ (۱۹۸۸) از ۲۵۹ روان‌پزشک، احساس گناه پس از خودکشی یک بیمار با سابقه‌ی کار آنها نسبت عکس داشت. بدون شک، انکار یک دفاع رایج در میان روان‌پزشکان بازمانده است. لیتمن ذکر می‌کند که انکار، تکراری‌ترین دفاع در دوره پس از خودکشی بیمار است که به شکل عدم پذیرش مرگ بصورت خودکشی یا فراموش کردن جوانب آن بیمار ابراز می‌شود (لیتمن، ۱۹۶۵). اندوه یک واکنش قابل پیش‌بینی به خودکشی است ولی در مورد عده‌ای این اندوه ممکن است به حدی برسد که مانع توانایی روان‌کاو در کارکرد شخصی و حرفه‌ای گردد. مالتسبرگر^۵ سه نوع اندوه آسیب‌شناختی را با عنوان‌های مالیخولیایی، جبرانی و اجتنابی توضیح داده است (مالتسبرگر، ۱۹۹۲). طبق توضیح مالتسبرگر، این سه واکنش اندوه آسیب‌شناختی در شکل شدید خود ممکن است باعث خودکشی روان‌پزشک (مالیخولیایی)، عصبانیت شدید که به محل دیگری منتقل می‌شود (جبرانی) یا یافتن یک سپر بالا که مسوولیت مرگ بیمار را قبول کند (اجتنابی) شود.

1 restitutive

2 Loss

3 Partial identification with the dead person

4 Chembob

5 Maltzberger

مرگ یک بیمار ممکن است در نهایت حس شخصی روانپزشک از نامیرایی را تشدید کند. بسیاری از ما مرگ را به سختی درک می‌کنیم و در برابر یادآورهای شکنندگی مان مقاومت می‌کنیم. نوع نگرانی که روانپزشک پس از مرگ بیمار درک می‌کند مخصوصا کسی که از لحاظ سنی به او نزدیک است ممکن است ریشه در ناراحتی شخصی روانپزشک از مرگ و ناتوانی در درک طبیعت بدون تبعیض آن داشته باشد.

روانپزشک چگونه می‌تواند با نتایج ضعیف کنار بیاید؟

روانپزشکان باید با نتایج بالینی ضعیف در دو سطح کنار بیایند: شخصی و حرفه‌ای (بلانی و دیگران، ۱۹۹۶؛ میلر، ۱۹۹۶؛ لدربرگ، ۱۹۹۸؛ واچون، ۱۹۹۸).

در سطح شخصی، دکتر وانگ می‌تواند برای از دست دادن بیمار، که با او ارتباط عاطفی داشت، سوگوار شود. اندوه در چنین موقعیتی می‌تواند مناسب و سالم باشد. فرآیند سوگاری از نوع شخصی است و ممکن است نیازمند اظهار اندوه، یادآوری، شرکت در یک مراسم تشییع جنازه، یادآوری میان همکاران یا تأمل و تمدد اعصاب باشد. بعضی موسسات این مساله را با برگزاری برنامه‌های یادبود به‌طور منظم یا گروه‌های پشتیبان برای پرسنل تامین می‌کنند. برخی روانپزشکان هنگامی که با مرگ یک بیمار متاثر می‌گردند، ممکن است به دنبال منابع حمایتی مذهبی و معنوی خود باشند.

همچنین فرآیند سوگاری می‌تواند ریشه در احساس عدم امنیت، ترس یا مواجهه غیر صحیح با مرگ فرد پیشین باشد. مرگ یک بیمار می‌تواند مفهومی مستقل از یک مورد خاص و بر پایه تجربه‌های حل نشده روانپزشک باشد. روانپزشک ممکن است مرگ یک بیمار را به‌شکلی ناسالم درونی کند. اگر به این شکل باشد، دکتر وانگ ممکن است نیاز داشته باشد محدودیت‌هایش را به‌عنوان یک روانپزشک انعکاس دهد و طبیعت غیرقابل پیش‌بینی کارش را بپذیرد و با آن کنار بیاید. هر روانپزشک باید درباره کاری که برای بیماران انجام می‌دهد احساس خوبی داشته باشد. اگر یک روانپزشک احساس بی‌کفایتی کند، می‌تواند این احساسات را از طریق کاوش شخصی، مشورت با همکاران، روان‌کاوی حرفه‌ای یا گام‌هایی که پیشرفت حرفه‌ای را در بر می‌گیرد برطرف کند. همچنین دور شدن از کار، پشتیبانی هم‌تایان یا روان‌کاوی حرفه‌ای می‌تواند در این فرآیند به روانپزشکان کمک کند.

در سطح حرفه‌ای، روانپزشکان می‌توانند تعدادی از رویکردهای موسسه یا سازمانی را برای کمک به خودجهت تجزیه و تحلیل مرگ بیمار به کار برند. بازنگری پرونده‌ها یا کالبدشکافی‌های روانپزشکی می‌تواند راهی مفید و سازنده برای یادگیری از یک مورد و صرف زمان برای پذیرش معنادار بودن آن رابطه باشد.

بعضی از حرفه‌ای‌ها برای گروه‌های حمایتی همتایان یا صحبت ساده با همکاران درباره روابط حرفه‌ای و شخصی خود با یک مورد ارزش قائلند (اوبرایان^۱، ۱۹۹۸). برخی موسسات مراسم‌های یادبود منظمی دارند که برای متخصصان لحظاتی برای تأمل فراهم می‌کنند. در صورتی که سرپرستان وقتی را برای قدردانی از کار خوبی که روانپزشک روی یک بیمار انجام داده است علی‌رغم نتیجه نامطلوب آن اختصاص دهند، می‌توانند منبعی بی‌کران از حمایت فراهم آورند.

نتیجه‌گیری

به نظر نمی‌رسد رفع استرس روان‌پزشکان HIV کار ساده‌ای باشد. در حقیقت، مشکلات مالی در سیستم‌های درمانی ممکن است تقاضاهای فزاینده‌ای از روان‌پزشکان ایجاد کنند. روان‌پزشکی که می‌تواند با نیازهای روزافزون کار سازگار شود عزت‌نفس بالایی دارد. او قادر است به‌طور موثر با سرپرستان و دیگر اعضای تیم ارتباط برقرار کند. او همچنین سیستم حمایت اجتماعی قوی و توانایی ارزیابی دقیق استعدادهایش بدون خودخواهی را داراست. همچنین روان‌پزشک باید یک زندگی پراز خوشی و معنا و هدف بسازد و آن‌گاه وقتی برای این فعالیت‌ها اختصاص دهد (موسیک، ۱۹۹۷).

درحالی که بیشتر منابع بر مظاهر منفی و مشکلات مراقبت از افراد مبتلا به HIV/AIDS تمرکز کرده‌اند (باربور، ۱۹۹۴)، پذیرفتن رهاوردهای این نوع کار مهم است. درمانگرانی که با بیماران مبتلا به HIV کار می‌کنند، موارد زیر را به‌عنوان منابع رضایت تشخیص داده‌اند (باربور، ۱۹۹۴؛ هورسمن و شیران، ۱۹۹۵؛ دمر، ۲۰۰۲):

- توانایی کمک به دیگران
- کم کردن بار دیگران
- خدمت به جامعه
- انجام کاری پرارزش
- ایجاد رابطه با بیماران
- فراهم آوردن آرامش و حمایت
- ارائه مراقبت بدون دآوری به جمعیتی برجسب‌خورده
- ارائه آموزش به بیماران، پرسنل و خانواده‌های آنان
- گرفتن بازخورد از بیماران و خانواده‌هایشان

برای دیدن فهرستی سازمان‌هایی که استرس پزشکان را مطالعه می‌کنند و برای پزشکان و کار آنان سمینار و مشورت ارائه می‌کنند، به قسمت منابع رجوع شود (موسیک، ۱۹۹۷).

منابع

1. Barbour, R. S. The impact of working with people with HIV/AIDS: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 39 (1994): 221-32.
2. Bellani, M. L., Furlan, F., Gnechi, M. et al. Burnout and related factors among HIV/AIDS health care workers. *AIDS Care*, 8(2) (1996): 207-21.
3. Bennett, L. and Kelaher, M. Longitudinal predictors of burnout in HIV/AIDS health professionals. *Australian Journal of Public Health*, 18 (1994): 334-6.
4. Bennett, L., Ross, M. W., and Sunderland, R. The relationship between recognition, rewards and burnout in AIDS caring. *AIDS Care*, 8(2) (1996): 145-53.
5. Catalan, J., Burgess, A., Pergami, A. et al. The psychological impact on staff of caring for people with serious diseases: the case of HIV infection and oncology. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(4) (1996): 425-35.
6. Chembob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G. et al. Patient's suicides: frequency and impact on psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 145 (1988): 224-8.
7. Deckard, G., Meterko, M. and Field, D. Physician burnout: an examination of personal, professional, and organizational relationships. *Medical Care*, 32(7) (1994): 747-54.
8. Demmer, C. Stressors and rewards for workers in AIDS service organizations. *AIDS Patient Care and STDs*, 16(4) (2002): 179-87.
9. Figley, C. R. (ed.) *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview*. In *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized*. New York, NY: Brunner/Mazel, 1995.
10. Girdin, D. A., Everly, G. S. and Dusek, D. E. *Controlling Stress and Tension*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon, 1996.
11. Groves, J. E. Taking care of the hateful patient. *New England Journal of Medicine*, 298(16) (1978): 3-7.
12. Gueritault-Chalvin, V., Kalichman, S., Demi, A. and Peterson, J. L. (2000). Work-related stress and occupational burnout in AIDS caregivers: test of a coping model with nurses providing AIDS care. *AIDS Care*, 12 (2000): 149-61.
13. Horsman, J. M. and Sheeran, P. Health care workers and HIV/AIDS: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 41 (1995): 1535-67.
14. Lederberg, M.S. oncologystaff Stress ana rlatect Interventions. In *Psycho-oncology*, J. Holland, ed., pp. 1035-48. New York, NY: Oxford University Press, 1998.

15. Litman, R. E. When patients commit suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 19 (1965): 570-6.
16. Maltsberger, J. T. The implication of patients suicide for the surviving psychotherapist. In *Suicide and Clinical Practice*, D. Jacobs, ed., pp.169-182. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1992.
17. Miller, D. HIV/AIDS health worker stress and burnout: introduction and overview. *AIDS Care*, 8(2) (1996): 133-5.
18. Miller, D. and Gillies, P. Is there life after work? Experiences of HIV and oncology health staff. *AIDS Care*, 8(2) (1996): 167-182.
19. Musick, J. L. How close are you to burnout? American Academy of Family Physicians web site, 1997. (Available as a living document at www.aafp.org/fpm/970400fm.lead.html).
20. O'Brien, S. R. Staff wellness program promotes quality care. *American Journal of Nursing*, 98(6) (1998): 16B.
21. Roeske, N. C. Stress and the physician. *Psychiatric Annals*, 11(7) (1981): 10-32.
22. Simpson, L. A. and Grant, L. Sources and magnitude of job stress among physicians. *Journal of Behavioral Medicine*, 14(10) (1991): 27-42.
23. Vachon, M. L. S. The stress of the professional caregiver. In *The Oxford Textbook of Palliative Medicine*, D. Doyle, G. W. C. Hanks, and N. MacDonald, eds., pp. 919-29. New York: Oxford University Press, 1998.
24. ORGANIZATIONS SPECIALIZING IN PHYSICIAN STRESS
25. Center for Professional Well-Being Colony West Professional Park
26. 21 W. Colony Place, Suite 150
27. Durham, NC 27705 919-489-9167
28. Center for Professional and Personal Renewal 540 N. Santa Cruz Ave., Suite 208
29. Los Gatos, CA 95030
30. 800-377-1096
31. Gigi Hirsch, MD and Associates 1 Memorial Drive, 15th floor Cambridge, MA 02142
32. Menninger Leadership Center P.O. Box 829
33. Topeka, KS 66601-0829 800-288-5357
34. WEBSITES WITH INFORMATION ON PHYSICIAN BURNOUT
35. <http://www.doctorspage.net/satisf.asp>
36. <http://workhealth.org/index.html>
37. <http://www.texmed.org/cme/phn>

