

## AİDS'e Bağlı Psikiyatrik Bozukluklar

Mehmet BEKAROĞLU\*  
Nafiz ULUUTKU\*

*Şu an Türkiye için öncelikli bir tehlike olmasa bile Avrupa'da bulunan çok sayıdaki Türk işçisi ve ülkenin AT yolunda Avrupa ile temaslarının giderek yoğunlaşması nedeniyle yakın gelecekte AIDS Türkiye için de ciddi sorunlardan biri olacağı kesindir. Bu nedenle başta hekimler ve sağlık personeli olmak üzere toplum olarak şimdiden AIDS'i tanıyarak tedbirlerimizi almak zorundayız. Bu derleme çalışmasında batıdaki tecrübelerin ışığında AIDS'in psikiyatrik yönü tartışılmıştır.*

Seksenli yılların başlarından itibaren dünya kamuoyu gündemini giderek yoğunlaşan bir ağırlıkla işgal eden en önemli konulardan biri şüphesiz AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome)'dir. AIDS, ilk defa Fransa'da 1983 yılında isole edilen ve Lymphadenopathy Associated Virus (LAV) diye adlandırılan daha sonra ABD'de Human T. cell Lymphotropic Virus Type III (HTLV-III) diye tanınan, bugün ise International Committee'nin verdiği isim olan Human Immunodeficiency Virus (HIV) diye bilinen bir lentovirüs tarafından ortaya çıkarılmaktadır. Virus başlıca immün efektör mekanizmayı kontrol eden T<sub>4</sub>-helper lymphocyt'lerin ve dışarıdan gelen hastalık etkenlerini ortadan kaldıran makrofaj ve öldürücü lymphocyt'lerin stimülasyonu engellenmiş olur. Bu şekilde ortaya çıkan immün yetmezlik sonucu hastalığa yakalanan kişide her türlü enfeksiyon ve özellikle "Kaposi's Sarcoma" ve "Non-Hodkin's Lymphoma" olmak üzere neoplasmlar rahat bir şekilde gelişebilmektedir.

HIV enfeksiyonuna yakalanan kişide viral proteinlere karşı antikor oluşmakta ise de bu antikorların virüsü nötralize etmeleri mümkün olmamaktadır. Ancak bu antikorlar laboratuvar testlerle enfeksiyonun teşhisinde yararlı olmaktadır (34). Seropozitifliğe rağmen enfekte kişide latent peryot süresince semptom görülmemektedir. Aylarca ya da yıllarca devam edebilen latent peryottan sonra PGL (Persistent Generalised Lymphadenopathy), ARC (AIDS-

Related Complex) veya klinik AIDS gelişir. Yeni araştırmalar seropozitif kişilerin %34'ünde AIDS belirtilerinin ortaya çıkabildiğini bildirmektedir (19).

Uzun süren ateş, ciddi kilo kaybı, devamlı ishal, deri döküntüleri, ağız ve makatta yaralar, inatçı öksürük, nefes darlığı, lenf bezlerinde şişme, özellikle kol ve bacaklarda mor lekeler gibi belirtileri olan klinik AIDS vakaları genellikle araya giren enfeksiyonlarla ölmektedirler. Şu anda AIDS'i önleyecek bir aşı mevcut olmadığı gibi hastalığı tedavi edecek etkili bir ilaç da henüz geliştirilememiştir (4).

ABD'nde iki milyona yakın HIV ile enfekte insanın bulunduğu, bunların 20 bininde klinik AIDS'in gelişmiş olduğu ve klinik AIDS'lilerin yarısının öldüğü bildirilmektedir (4). Yine araştırmalar gösteriyor ki bu rakamlar her 6-10 ayda bir misli artmaktadır (3). Avrupa'da yarım milyon insanın HIV taşıdığı, Afrika'da ise 10 milyon kişinin HIV ile enfekte olduğu bildirilmektedir (1,3). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada şu anda 125000 civarında klinik AIDS'li vaka ihbarı bulunmaktadır (35).

Kan, meni, servikal ve vaginal salgı, salya, göz yaşı, anne sütü, serebrospinal sıvı ve beyin dokusundan izole edilen virüsün bu gün için başlıca bulaşma yolu cinsel temastır. Batı ülkelerinde daha çok erkek homoseksüeller arasında bulaşma sözkonusu ise de bu tek yol değildir (19). Özellikle Afrika ülkelerinde etkin bulaşmanın heteroseksüel temas yolu ile olduğuna dair kuvvetli deliller mevcuttur (1). Türkiye gibi ülkelerde ise daha çok kan ve kan ürünleri yolu ile nakledildiği sanılmaktadır (11,30). İntravenöz ilaç bağımlıları iğne, şırınga ve diğer araç-gereci paylaştıkları için risk grubudurlar. Yine hemofilili hastaların enfekte kan ürünleri dolayısıyla AIDS'e yakalanma şansları daha fazladır. Enfekte anne çocuğuna hamilelik sırasında, doğumda ya da emzirme yoluyla virüsü

\*KTÜ.Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim Üyesi

bulaştırılabilir (30). Ayrıca enfekte insanlarla uğraşanların da iğne batması ve diğer yaralanmalar nedeniyle risk grubu oldukları bildirilmektedir (27). Bunların yanında, virüsün rastgele sosyal temas\*, ağız yolu, damla veya inhalasyon yoluyla bulaştığına dair hiç bir delil mevcut değildir (7,30).

Son yıllarda yapılan araştırmalarda HIV'in sadece linfotropik değil aynı zamanda nörotropik olduğu ve direkt olarak merkezi sinir sistemi (MSS) hücrelerini enfekte edebileceği ile ilgili deliller artmıştır.(2,12, 17). Nitekim AIDS'in kliniğinde MSS'i belirtileri genellikle mevcuttur. Ancak HIV'in MSS'ini enfekte etmesi her vakada söz konusu mudur, AIDS veya ARC'ye yakalanmış seropozitif hastalar nihayetinde beyin hücrelerinin virüs tarafından direkt olarak tutulması ile mi ölüyorlar? Yoksa MSS'i enfeksiyonu immün eksiklikten dolayı mı ortaya çıkıyor? MSS'i direkt tutulumu olan hastaların yaşam süresi daha kısa mıdır? Bütün bu sorulara kesin cevaplar verebilecek bilgi birikimine henüz sahip değiliz. Bunun için daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Şu andaki bilgilerimize göre yakaladığı hemen herkesi öldüren AIDS şu üç nedenden dolayı psikiyatrinin ilgi alanına girmektedir:

1. AIDS'in nörolojik komplikasyonları ve demans,
2. Özellikle risk grupları olmak üzere halk arasındaki "AIDS paniği", bunun ruh sağlığı ve toplumsal ilişkileri olumsuz etkilemesi,
3. AIDS'lerde görülen psikiyatrik bozukluklar.

### **AIDS'in Nörolojik Komplikasyonları ve Demans**

Nörolojik komplikasyonlar AIDS'li vakaların hemen hepsinde görülmektedir (17,24,31). AIDS'e bağlı serebral patolojinin en genel şekli ensefalopati, menenjit ve neoplastik hastalıklardır. Otopside rastlanan en sık MSS bulgusu ensefalopati görünümüdür. Literatürde bu durum subakut ensefalit olarak bilinmektedir (17,31). Bu tabloda primer olarak HIV enfeksiyonunun sorumlu olduğuna inanılmaktadır (12). Ensefalopatiden HIV'nin yanı sıra protozoal enfeksiyonlar, herpes grubu virüsler ve papovavirüs gibi araya giren enfeksiyonlar da suçlanmaktadır (16). Yine vakaların çoğunda rastlanan menenjit daha çok cryptococcus gibi fungal enfeksiyonlara bağlı ise de herpes grubu virüslerin neden olduğu aseptik menenjitler de bildirilmektedir (16). Otopside neoplastik oluşum olarak daha çok MSS lenfomama rastlanmaktadır (17). Ancak bunun yanı sıra MSS'ini de tutan büyük hücre lenfoması, immünoplastik sarkoma, plazmasitoma ve Burkitt lenfomasına benzer sistemik lenfomalar da bulunmuştur (17). Yine serebral infarkt ile intraserebral ve subaraknoid hemorajiler AIDS'in serebrovasküler komplikasyonları olarak

karşımıza çıkmaktadırlar (17). Ayrıca kranial sinir disfonksiyonu ve periferik nöropatiler de bildirilmiştir (17,31).

İdaresi için psikiyatrik yardımın mutlaka gerekli olduğu demans tablosu için araya giren kimi enfeksiyonları suçlamak mümkünse de primer olarak HIV'in beyin enfeksiyonu sorumludur. AIDS Demans Complex (ADC) denilen demans tablosu hastaların büyük çoğunluğunun kliniğinde görülmektedir (26). ADC kognitif, motor ve davranış bozukluklarının bir kombinasyonudur. Kognitif bozukluklar hastaların çoğunda en çok dikkat çeken belirtiler olmakla beraber motor ve davranış bozuklukları daha devamlıdır. Konsantrasyon fakirliği, desoryantasyon, genel mental yavaşlama, yakın hafıza bozukluğu, koordinasyon aksamaları, yürüyüş bozuklukları, apati, depresyon ve sosyal çekilme en çok görülen demans belirtileridir. Tremor, hızla değişen hareketlerde aksama ve ataksi gibi motor bozukluklar erken dönemde görülebilirler (26). İlerleyen bu demans tablosunda birden bire kognitif bozukluklarda artma, mutizm, inkontinans ve sonunda komanın belirtildiği global demans tablosuna ulaşılabilir ve araya giren enfeksiyonların katkısı ile ölüm görülür (15).

Kimi hastalarda, özellikler erken dönemde anormalliklere rastlanmasa da genellikle EEG'de non-fokal diffuz yavaşlama şeklinde bulgular mevcuttur (7). Serebrospinal sıvı muayenesinde protein yüksekliği ve hücre artması, BT'de ise kortikal atrofi görülebilir (7,16)

AIDS'li hastaların çoğunda bulman depresyon tablosu kimi vakalarda, belirgin olmayan demans bulgularını maskeleyebilir (24,28). Birçok vakada ise demans tablosu şizofrenideki benzer mimik fonksiyon bozuklukları, akut paranoid ataklar, psikotik depresyon ve manik ataklar gibi psikotik özelliklerle karakterize olabilir (22). Bu görünümde hezeyanlar, hallüsinasyonlar, şüpheler, büyüklük düşünceleri, fikir uçuşması, tekrarlayan konuşmalar ve affekt bozuklukları en sık rastlanan belirtilerdir. Demans tablosu gelişiminde bu şekildeki psikotik belirtilerin kognitif defisitlerden önce görülmesi daha geneldir. Bu durum, AIDS risk grubunda olan bir kişide ortaya çıkan psikotik tablonun hastalık için şüphe uyandırması açısından çok önemlidir. Yine bilinen bir AIDS hastasında açık psikotik belirtilerin görülmesi ciddi bir organik beyin disfonksiyonunun habercisi olabilir (13, 24,28).

Bazı araştırmacılar immünosupresyon olmaksızın beyindeki primer HIV enfeksiyonuna bağlı olarak presenil demans tablolarının görülebileceğini söylemektedirler (18). Yine bazı araştırmacılar tarafından kızamık virüsü ile aynı ya da benzer bir virüsün sebep olduğu demans ve diğer psikiyatrik belirtilerle seyreden subakut sklerozan panensefalit tablosu ile AIDS'li hastalarda tanımlanan tablo arasındaki ilginç benzerliğe dikkat çekilmektedir (18,31,32).

### AİDS Paniği ve Bağlı Psikiyatrik Tablolar

AİDS tarafından uyandırılan korku, çözümünü en az AİDS kadar güç olacak başka bir hastalık oluşturmak üzeredir. Ne olduğu, kimselerde bulunduğu, nasıl bulaştığı ve nasıl önleneceği kesin bilinmeyen, ancak yakaladığı hemen herkesi öldüren bir hastalık sözkonusudur. Gerçekten şu an elimizdeki verilere göre klinik AIDS'li hastaların %80'i iki yıl içinde ölmektedir. AİDS teşhisi, bu teşhisi alan herkes için katastrofik bir travma etkisi yapmaktadır. Hastalığın ilk tanınmasından bu yana geometrik bir yayılma gösterdiğine dair ciddi deliller mevcuttur. En korkutucusu, klinik belirti vermeyen çok sayıda enfekte insan halkın içinde dolaşmaktadır ve bunlar her an bir başkasına kesin bilemediğimiz yollarla hastalık etkeni vermektelerdir. AİDS ile ilgili oldukça bulanık ama korkutucu olan bu ilk işaretler halk arasında büyük bir paniğin doğmasına sebep olmuştur. Bu panik, başta risk grupları olmak üzere bir çok insanı AİDS testi merkezlerine yöneltmiştir (5). Konu üzerindeki belirsizliklerin aydınlatılması geciktikçe klinik AIDS'li ve seropozitif vakalar şöyle dursun yüksek risk gruplarındaki panik derinleşirken toplumun bütün kesimleri büyük bir korku ve AİDS ile zihin meşguliyeti içine girmişlerdir. Bu duruma bağlı olarak kişilik yapıları uygun olan birçok insanda bazı somatik yakınmalar, affektif bozukluklar ve konversiyon reaksiyonları gelişmiştir. Yine intihar için de risk grubu olan subkültürlerde intihar düşünceleri ve girişimleri artmıştır. Özellikle seropozitif vakalar arasında psikolojik yakınmalar ve intihar vakaları büyük bir sorun olmuştur (20) Geniş bir şekilde kullanılan ve birçok merkezde yanlış yorumlanan testler AİDS'e bağlı psikiyatrik semptomları olan yeni bir hasta popülasyonunun doğmasında büyük rol oynamıştır.

Basın yayın organları sansasyonel havada halkı yanlış ve gereksiz bilgilendirmeleri ile panik durumunun yaratılmasında anahtar rol oynamışlardır. "Çağın vebası, öldürücü afet, öldüren epidemi, keyif belası" gibi başlıklarla verilen sansasyonel AIDS haberleri günah ve buna verilen ceza havası ile işlenirken özellikle çocuklar, hemofilililer ve AİDS için yüksek risk grubu teşkil eden subkültürlerin dışındaki insanları günahsız kurbanlar şeklinde tarif edilmekteydi. Bu yaklaşım halk arasındaki panik havasını daha da şiddetlendirirken AİDS'i alma konusunda oldukları kadar yayma konusunda da risk grubu olan subkültürdeki insanları toplumdan uzaklaştırmış hatta topluma karşı kinlenmelerine sebep olmuştur.

Yetersiz bilgi, her an her yerde AİDS gelebilir endişesi toplumsal ilişkileri alt üst etmiştir. Birçok batı ülkesinde iş verenler AİDS taşıyabileceğini düşündüğü çalışanlarını işten çıkarırken aynı psikoloji ile ev sahipleri kiracılardan evlerini boşaltmalarını istemiştir. Temizlik işçileri şüpheli şahısların evlerinden çöpleri almayı reddetmektedirler. Sigorta şirketleri risk grup-

larını sigorta etmekten, cenaze işleri ile uğraşanlar bile şüpheli ölümlerde hizmet vermektan kaçınmaktadılar. Cezaevlerinde mahkumlar, homoseksüeller ve drug müptelaları ile mutfak ve eşyaları paylaşmamak için açlık grevlerine giderlerken, gardiyanlar da bunlarla temastan kaçmaktadırlar. Aileler AIDS Tilerle temas eder korkusuyla çocuklarını şüphelilerin gittiği okullardan uzak tutmaya çalışıyorlar. Halk lokanta, mağaza, berber gibi toplu hizmetlerin yapıldığı yerlerden korkmaya başlamıştır. Zaten insanı ilişkilerin zayıf olduğu, insanın sevebileceği ve kendisini sevecek hemcinslerini bulmakta güçlük çektiği, insan değerinin sadece üretim ve tüketime katkısı ile ölçülen batı toplumunda bu durum ruhsal hastalıkların artmasında ciddi bir stimulan faktör olmuştur.

Bu bunaltıcı psikolojik travmanın zaten çarpık olan kişisel ilişkilere olumsuz etkisine hastalığın nörolojik komplikasyonları da eklenince AIDS ile barber psikiyatrik bozuklukların bulunmasına şaşmamak gerekir. Yapılan çalışmalar gösteriyorki AIDS'le ilişkili psikiyatrik bozukluklar arasında MSS hasarına bağlı demans ve deliryum belirtilerinin yanı sıra depresyon, intihar düşünceleri ve girişimi, bazı davranış bozukluktan ve obsessif-kompulsif yakınmalar oldukça sık görülmektedir (6,13).

Affekt bozuklukları, AIDS ile bağlantılı en çok görülen psikiyatrik komplikasyondur (28) Psikiyatrik tabloların oluşmasında hastalık öncesi kişilik yapısının da etkisi vardır. AIDS'lilerde daha çok psikotik depresyon söz konusudur ve intihar riski oldukça yüksektir. Klinik tablodaki üzüntü, ümitsizlik, çaresizlik-acizlik duygularına sıklıkla öz benliğe saygı eksikliği, değersizlik ve suçluluk-günahkârlık düşünceleri eşlik eder. Toplumdan kaçma ve izolasyon ile daha çok yakınları AIDS'den ölenlerde görülen intihar düşünceleri hastalığı ağırlaştırır semptomlardır.

AİDS'le bağlantılı olarak obsessif-kompulsif bozukluklar da sıklıkla rastlanmaktadır. Obsesyonel düşünceler ve davranışlar deprese mizaç ile beraber ortaya çıkabileceği gibi tek başına da bulunabilirler. Obsessif semptomlar sadece klinik AIDS'lilerde değil ayrıca ARC ve seropozitif vakalar arasında da yüksek oranlarda ortaya çıkarlar. AIDS ile hiç bir ilişkisi olmayan kimi obsessif-kompulsif nevroz vakalarında da AIDS imajına rastlanmaktadır. Obsesyonel düşünce olarak en çok ölüm düşünceleri ile geçmişteki seksüel pratik ve eşlerle ilgili kuşkular bildirilmiştir. Bazı hastaların vücutlarındaki döküntüler ve şüpheli lekeleri bir obsesyonel davranış olarak saatlerce muayene ettikleri, AIDS oldukları iddiası ile sık sık doktora gittiklerine rastlanmaktadır (21,22). Bu insanların bazen böyle düşüncelerini çok genişleterek hayatı çekilmez hale getirdikleri, ilişkide oldukları aile üyeleri ve arkadaşlarının hastalıkları, kan nakilleri, çeşitli eşyalarla hastalık alabilecekleri şeklindeki düşüncelerle yoğun şekilde uğraştıklarına rastlanmaktadır (21,23) ;

Hastalığın etyolojisi, bulaşması ve tedavisi ile ilgili belirsizlikler insanlann günlük yaşamlarını etkileyen panik havasının doğmasında önemli olmaktadır. Bu panik havası içindeki insanlar hastalık alırs düşünce ile birçok toplumsal aktiviteden kendilerini çekmişlerdir. Bunun sonucunda mesleki ilişkiler, cinsel yaşam bozulmuş, aile ve arkadaş ilişkileri ile destekleri azalmış, hasta ziyaretleri bile askıya alınmıştır. Hastalığı seks dışı yollardan alanların bile günahkârlanetlenmiş şeklinde takdim edilmesi suçluluk duygularını doğurmuştur. Böyle çatışmalar ve suçluluk bağlantıları zamanla her şeyin kirliliği ve hastalık taşıyıcı olduğu duygularına kadar gidebilmektedir. "Hayatı tehdit eden bu lanet hastalık" her yerde herkeste ve her şeyde vardır düşüncesi özellikle uygun kişilikli insanları büyük bir çıkmazın içine sokmuştur. Bu da kişilerin fizik dayanıklılığını, çalışma kapasitelerini etkilemiş, insanlar arası ilişkilerin aksamasına ve verimliliğin düşmesine sebep olmuştur. İş kayıpları, gelir düşmesi, aile ve toplumsal ilişkilerin kısıtlanması da depresyonları deprestirmektedir.

#### **AİDS'e Bağlı Psikiyatrik Tablolarda Yardım ve Teciavi**

Psikiyatrik problemi olmayan AIDS'li hasta olmayacağına göre bu hastaların psikiyatrik tedavisi ve yardım oldukça önemlidir. Hastalara ne gibi yardımların verilebileceğini planlamak için her şeyden önce hastanın durumunu iyi tanımlamak gerekir. "Hastanın hangi psikiyatrik semptomları vardır, bunların şiddeti nedir, hastada saldırganlık ve intihar düşünceleri var mı, MSS komplikasyonları" gibi sorulara doğru cevaplar verilmelidir. Eğer bir zorunluluk yoksa örneğin; akut psikotik tablo, şiddetli intihar düşünceleri, araya giren ciddi enfeksiyonlar hastanın izole edilmesi doğru değildir. Psikiyatrik bakımın, ancak AIDS konusunda uzmanlaşmış bir hekimin her gün hastayı görmesi koşuluyla psikiyatri birimlerinde yapılması uygun olur (9,17,33) :

AİDS'e bağlı psikiyatrik bozuklukları olan hastaların bakımı için yapılacak olan programda, eninde sonunda öldürücü olsa bile AIDS'in zaman zaman akut şiddetlenmelerle giden kronik bir hastalık olduğu hiç unutulmamalıdır. Bu yaklaşım içinde hastayla çevresini, özellikle bakıcılarını içine alan danışıcı ve destekleyici bir tedavi programı esas alınmalıdır (11,14,24). Bu programın en önemli parçası hasta ve yakın çevresinin doğru bilgilendirilmesidir. Bilgilendirme, hastalığın etkeni, bulaşma yolları, tedavide yapılabilecekleri içine alır. Ayrıca hastalığı bulaştırmadan aile üyeleri, cinsel eş ve diğer arkadaşlarla birlikte yaşanabileceği anlatılmalıdır.

Tek yol olmamakla beraber özellikle batı tipi toplumlarda hastalığın başlıca bulaşma ortamı sapsmış cinsel ilişki ve intravenöz ilaç kullanımının yaygın olduğu subkültürlerdir. Bu nedenle hastalık ile mü-

cadele bu subkültürler esas alınmaktadır. Subkültürleri bilgilendirmeye yönelik programlarda bunlara hastalık bulaştırmayı en aza indirecek yöntemler anlatılmalıdır. Özellikle anal sekste yağlama, prezervatif kullanımı, derin öpme ve ısırılardan kaçınma, ilaç için kullanılan araç-gerecin paylaşılmaması ve steril olması gibi öneriler yapılmalıdır. İlginçtir, bazı Avrupa ülkelerinde ilaç kullananlara uygun araçlar temin eden merkezler mevcuttur (7).

Hastalığı hangi yolla alırsa alsın bütün hastalar diğer insanlara kızgın ve kinlidirler hastalıkları için toplumu suçlamaktadırlar. Bu durum kendilerine yapılacak yardımı güçleştirirken aynı zamanda hastalığın yayılmasını da kolaylaştırmaktadır. Burada toplumun ve özellikle sağlık personelinin hastalara karşı olumsuz düşünce ve tutumları işi tam bir çıkmaza sokmaktadır. Bu nedenle yapılacak en önemli iş AIDS'in lanetlenmişlerin hastalığı, çağın vebası olduğu düşüncesinin ortadan kaldırılmasıdır. Nitekim, tarihte benzer hastalıklarla yapılan mücadeleler ancak bu düşüncenin ortadan kaldırılması ile başarılı olabilmektedir.

Hasta ve muhtaç bir insana yardım anlayışı içinde olaya yaklaşarak pozitif vakadan terminal dönemdekine kadar her aşamada uygulanacak bir danışıcı ve destekleyici program hastalığın gelişimini önleyecek aşı ve hastalığın tedavisini sağlayacak ilacı bulmak için yapılacak çalışmalar kadar önemlidir. Bu şekilde hastaların daha rahat yaşamaları, hatta ölüme hazırlanmalarının sağlanacağı gibi en önemlisi hastalığı yaymalarının da büyük ölçüde önüne geçilmiş olacaktır. Danışıcı ve destekleyici program, mutlaka öncelikle hastanın aile üyeleri, yakın arkadaşları ve sağlık personeli olmak üzere toplumun geneline yayılmalıdır. Batı ülkelerinde sözünü ettiğimiz programın birkaç gönüllü kişi veya kuruluş tarafından uygulanması mümkün değildir. Komi bütün ünieriyie bir devlet politikası olarak ele alınmalıdır.

AİDS'e bağlı psikiyatrik bozukluğu bulunan hasta için uygulanacak kişisel tedavi teknikleri ancak bu genel yaklaşım içinde etkili olabilir. Affektif bozukluklar ve stres Immüno-supressif etki yaptığından antidepressif ve anksiyete azaltıcı tedavi hastanın psikiyatrik semptomlarını hafifletirken aynı zamanda genel kliniği için de yararlı olacaktır (20,29). Bu nedenle anksiyete azaltıcı yöntemler AIDS tedavisinin önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir (11,20). Anksiyeteye eşlik eden somatik belirtiler çoğu hasta tarafından hastalık tablosunun kötüleştiği şeklinde yorumlanacağından anksiyete tedavisinin önemi daha da artmaktadır. Bu amaçla hastanın kişilik özellikleri ve klinik tablosuna uygun olacak relaksasyon teknikleri ve anti-anksiyete ilaçları denir. Dépressif tablo için de uygun antidepressif ilaç ve psikolojik tekniklere başvurulur. Hastanın fizik gücüne uygun bir işe yeniden yerleştirilmesi, onu fizik dayanıklılığı ve top-

lum ilişkileri açısından cesaretlendirecek, kendisi hakkındaki olumsuz düşünceleri azaltacaktır. Bu şekilde hastalığın kötüleşmesinde oldukça etkili olan hayatın gaysizliği inancı biraz olsun giderilmiş olacaktır (11, 14,23).

AIDS'li bir hasta için intihar girişimi ile sonuçlanacak çok sayıda hayat tecrübesi söz konusudur. Hastalık belirtilerinin şiddetlenmesi ve fizik sağlığın bozulması, AIDS'li yakın birinin ölmesi, sosyal izolasyon, iş kaybı ve ekonomik sorunlar gibi birçok olay depresyon tablosunu derinleştirebilir. Bu nedenle uygulanan destekleyici programda mutlaka bu ihtimaller gözönüne alınarak hasta çevresi ve ilgili makamlarla işbirliği yapılmalıdır (11,14,20).

AIDS'li hastalarda bulunan psikiyatrik tabloların tedavisinde psikotrop ilaçlar diğer fonksiyonel ve organik mental hastalıklardaki gibi kullanılır. Anksiyete ve depresyon için özellikle trisiklik antidepressif ilaçlar rahatlatma sağlarlar, ancak postural hipotansiyon, sedasyon ve konfüzyon gibi yan etkileri nedeniyle bazı sorunlar çıkabilir. Yine psikotik tablolar için kullanılacak olan Fenotiazin ve Haloperidol gibi nöroleptiklerin ekstrapiramidal yan etkileri hesaba katılmalıdır. Bu durumlarda Tioridazin daha iyi netice verdiği bildirilmektedir (7,18).

AIDS'lilere verilecek medikal tedavi ve bakımda bu işle uğraşacak olan personelin de hazırlanması oldukça önemlidir. Çoğu zaman, personel arasında bulunan korku, anksiyete ve gerginlik hastalara verilen hizmeti aksatmaktadır (14,25,33). Hastaların yaşam stiline tiksinden ve hastalık alma endişesini taşıyan bir ekipten verimli hizmet beklemek yanlış olur. Aslında toplumdaki panikte olduğu gibi bu durum da geniş ölçüde bilgi eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Nitekim ABD'nde yapılan bir araştırma göstermiştir ki, hastane çalışanlarının yarısı AIDS'in rastgele sosyal temasla bulaşacağından korkarken %15'i hastalığın sağlık personeli arasında daha fazla görüldüğüne inanıyordu. Yine personelin yansından fazlası AIDS'li hastalara daha az zaman ayınyor, 2/3 u de aktif bir şekilde AIDS'li hastalardan sakınıyordu. Ayrıca personelin %85'inde AIDS'li hastalarla ilgilenmek zorunda kaldıklarından ciddi psikiyatrik sorunlar başlamıştı ve bir kısmı da işini terketmişti (10). Yapılan başka bir çalışmada da, belli bir eğitim ve destekleyici programdan geçen personelin AIDS'li hastalarla daha iyi ilgilendiği ve verimin yükseldiği gösterilmiştir (7) Bu konu için sağlık personeline uygulanacak program, bilgilendirmenin yanısıra personelin duygu ve davranışlarına gerçekçi bir yaklaşımını da içermelidir. Personelin hastalarına karşı hastalıktan ve yaşam stilleri nedeniyle takınmış oldukları olumsuz tutumlar mutlaka ortadan kaldırılmalıdır. Söylenenlerden homoseksüel ve drug müptelelan subkültürünün desteklenip teşvik edileceği anlamı çıkarılmamalıdır. Ancak unutulmamalıdır ki dünyamıza

egemen olan batı tipi ilişki biçiminde bu şekildeki yaşamı benimseyen marjinal gruplar her zaman bulunacaktır. Ayrıca bu gruplarla ilişkisi olmayan insanlar da AIDS'e yakalanabilmektedir (6,14). Özellikle batı ülkelerinde homoseksüeller ve ilaç kullanan subkültürler halen AIDS'in en büyük kaynağı gibi görünebile Türkiye ve diğer üçüncü dünya ülkelerinde hastalık daha çok kontamine enjektörler ve kan ürünleri ile bulaşmaktadır (8). Bu gerçeklerin personele anlatılması hastalara karşı beslenen olumsuz inanç ve tutumları yıkararak bakımı kolaylaştıracaktır.

## SONUÇ

Elimizde bulunan bilgiler gösteriyor ki AIDS çok uzun latent periyodu olan kronik bir hastalıktır. Bu nedenle çok sayıda asemptomatik, hastalığından habersiz insan toplumda dolaşmaktadır. Eğer başta risk grupları olmak üzere halk gerçek bilgilerle donatılmazsa ve bir an evvel lanetliler hastalığının psikolojisinden kurtulmazsa insanlar hastalığı teşhis ettirmekten, teşhisten sonra da lanetli olarak tescil edilmekten korkmaya devam edeceklerdir. Bu durumda AIDS'lilerin tedavisini güçleştireceği gibi diğerlerinin de hastalık alma şansını artıracaktır.

Yapılan çalışmalar bazı Afrika ülkelerinde popülasyonun %25'inin enfekte olduğunu göstermektedir. Yine ABD ve Avrupadaki veriler geometrik bir yayılmayı işaret etmektedir. Öyle görülüyor ki önümüzdeki yıllarda insanoğlunu en çok meşgul edecek konulardan biri AIDS olacak ve bundan dünyanın her tarafı etkilenecektir. O halde her ülke için olduğu gibi Türkiye de paniğe kapılmadan ama ciddi bir şekilde AIDS ile mücadele stratejisini geliştirmelidir. Şu anda Türkiye için yayılma yolu olarak kontamine medikal araç ve gereçler ile kan ürünleri görünüyorsa da gelecek yıllarda bu böyle olmayacaktır. Türkiye için elimizde sağlıklı istatistikler olmadığından kesin hesapların yapılmasının güçlüğü yanında anlaşılıyor ki, yakın bir gelecekte AIDS batı tipi bir gelişme gösterecektir. Gerçekten batı tipi toplumsal ilişkilerin artık köylere kadar taşındığı Türkiye'yi AT üyesi olma yolunda bir çok sıkıntının yanında ciddi bir AIDS sorunu da beklemektedir. Bu nedenle daha şimdiden sorunun önem sırası tesbit edilmeli ve batı ülkelerinde mevcut bilgi birikiminden de yararlanılarak akılcı tedbirler alınmalıdır. Ancak sadece batı kültürleri için AIDS'in temel kaynağı olan homoseksüeller ve ilaç bağımlıların lanetlemek ve bu hastalığı lanetlenmişlerin vebası olarak göstermekle sorunu çözmek şöyle dursun işi iyice çıkmaza sokmuş oluruz. Sözü ettiğimiz subkültürler batı tipi toplumsal ilişkilerin vazgeçilmez marjinal gruptandır. Yüzyıllık resmi devlet politikası olan batılılaşma hareketlerini özellikle seksenli yıllarda ortaya konan ciddi yapı değişikliklerinden sonra durdurmak ise oldukça uzak bir ihtimal olarak görülmektedir. O halde yapılacak iş AIDS soru-

nunu ciddi bir koruyucu hekimlik konusu olarak kabul ederek batıdaki mücadelelere benzer bir çalışmayı şimdiden başlatmaktadır.

Sanayi toplumunda insanın değeri üretim ve tüketim olayı ile yakından ilişkilidir. İnsanın daha bağımsız olması, daha uzun ve refah içinde yaşamasını amaçlayarak başlattığı daha çok ve daha iyisini üretme çabası maalesef kendi yaratılışına ters bir sistemin doğmasına sebep olmuştur. Üretim makinelerinin sesleri arasında insanın sesi artık pek cılız kalmaktadır. Herkes daha çok üretmek ve tüketmek için devamlı çalışırken makine uğultularının frekansına ayarlanan kulaklar kendi hemcinslerinin sesini duymaz oldular. Sevilmeyen ve sevecek vakti olmayan insan insan tarihinin en büyük yalnızlığı içine düşmüştür. Belkide batı insanı birbirlerine ancak

cinsel ilişki ve başka bir hizmetin alış-verişinde yaklaşabilmektedir. Bu gerçek göz önüne alındığında batıdaki AIDS paniğine şaşmamak gerekir. Batı insanının temel anksiyetesi belkide bunca yapılanlara rağmen sürekli bastırılan ölüm gerçeğidir. Günümüzde insan en çok bu gerçeğin hatırlatılmasından rahatsız olmaktadır. Bu nedenle batı kültürü ölüm gerçeğini esas alan düşünce biçimleri ile amansız bir savaş içindedir. İşte böyle bk...ortamda bir hastalık çıkıyor ve bütün çıplaklığı ve en -şirkin haliyle ölümü getiriyor. Üstelik bunca bilgi birikimi ve gelişmiş teknolojiye rağmen nasıl bulaşır, nasıl önlenir, nasıl tedavi edilir bilinmiyor. Bu psikoloji içinde AIDS ile ilgili psikiyatrik hastalıkların giderek artması beklenen bir gelişmedir ve eğer yakında etkili bir aşı ve ilaç bulunmazsa, öyle görülyorki 1990'lann ortasında psikiyatri AIDS kurbanlarının idaresinde ön sırada yer alacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Bigger RJ: The AIDS problem in Africa. The Lancet, i: 79-83, 1986.
2. Black PB: HTLV-III, AIDS, and the brain. New England Journal of Medicine, 313:1538-1540, 1985.
3. Centers for Disease Control: Update on acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)-United States. Morbidity and Mortality Weekly Report, 31:507-514, 1982.
4. Curran JW: The Epidemiology of AIDS: Current status and future prospects. Abstract (Communication SP14) in Programme of International Conference on AIDS: Paris, France, Voyage Conseil, 1986.
5. Deueliar N: AIDS in New York City with particular reference to the psycho-social aspects. British Journal of Psychiatry, 145:612-619, 1984.
6. Dilley JW, et al: Findings in psychiatric consultations with patient with AIDS. American Journal of Psychiatry 142:82-86, 1985.
7. Fenton TW: AIDS-related psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry. 151:579-588, 1988.
8. Feorina PM, et al: Transfusion-associated acquired immunodeficiency syndrome: Evidence for persistent infections in blood donors. N Eng J Med, 312:1293-1297, 1985.
9. Geddes AM: Risk of AIDS to health care workers. British Medical Journal, 92:711-712, 1986.
10. Corden F, Lavine C, Willoughby A, Gurel L, and Nell K: Hospital workers, knowledge, behavior and attitudes towards AIDS, Abstract (Communication 213:S24 e) in Programme of International Conference on AIDS, Paris France: Voyage Coseil, 1986.
11. Green J: Counselling HTLV-III sero-positives in the management of AIDS Patients (eds:D.Miller, J.Weber and J.Green). Basingtoke: Macmillan, Press, 1986.
12. Ho D, et al: Isolation of HTLVII from cerebro-spinal fluid and neural tissues of patient with neurological syndromes related to the AIDS. N Eng J of Med, 313: 1493-1497, 1985.
13. Hoffman RS: Neuropsychiatric complication of AIDS. Psychosomatics, 25:393-400, 1984.
14. Holland JC and Tross S: The psychosocial and neuropsychiatric sequelae of the acquired immunodeficiency syndrome and related disorders, Annals of Internal Medicine, 103:760-764, 1985.
15. Kermani E, Drob S, and AlbertM: Organic brain syndrome in three cases of acquired immunodeficiency syndrome. Comprehensive Psychiatry, 25:294-297, 1984.
16. Levy JA, Shimabukure J, Hollander, Mills J and Keminsky L: Isolation of DIDS-associated retroviruses from cerebrospinal fluid and brain of patients with neurological symptoms. The Lancet, ii:586-588, 1985.
17. Levy RM, Bredesen DE, and Rosenblum ML: Neurological manifestations of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) experience at UCSF and review of the literature. Journal of Neurosurgery, 62:475-495, 1985.
18. Lishman WA: Organic Psychiatry. Second edition. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1987.
19. Melbye M: The natural history of Human T-lymphotropic virus-III infection: The cause of AIDS. British Medical Journal, 292:5-12, 1986.
20. Miller D: Psychology, AIDS, ARC and PGL. In The Management of AIDS Patients. (eds:D.Miller, J.Weber and J.Green). Basingstoke: MacMillan, 1986.
21. Miller D, Green J, Farmer R and Carrol G: A'pseudo-AIDS' syndrome following from fear of AIDS. British Journal of Psychiatry, 146:550-551, 1985.

22. Nichols SE: Psychiatric aspects of AIDS. *Psychosomatics*, 24:1083-1086, 1983.
23. Nutberg HG, Prudic J, Fiori M and Freedman EP: Psychosomatics, 24:1083-1086, 1983.
24. Perry S and Jacobsen P: Neuropsychiatric manifestation of AIDS-spectrum disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 36:173-176, 1985.
25. Polon HS, Hellerstein D, Amchin J: Impact of AIDS-related cases on an inpatient therapeutic milieu. *Hospital and Community Psychiatry*. 36:173-176, 1985.
26. Price RW and Navia BA: The AIDS dementia complex: answers and questions. Abstract (Communication 137: s 20 K) in Programme of International Conference on AIDS. Paris, France. Voyage Conseil, 1986.
27. Prompt CA, et al: Transmission of AIDS virus at renal transplantation. *The Lancet*, ii:672, 1985.
28. Rundell JR, Wise MG and Ursano RJ: Three cases of AIDS-related psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143:777-778, 1986.
29. Schlieffer SJ et al: Lymphocyte function in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 41: 484-486, 1984.
30. Smithies A: AIDS. HTLV-III/LAV: The causal agent and modes of transmission. *Health Trends*, 18:19-21, 1986.
31. Snider WD, et al: Neurological complications of AIDS: Analysis of 50 patients. *Annals of Neurology*, 14: 403-418, 1983.
32. Thomas CS, Toone BK, El Komy A, Harwin B and Fartling CP: HTLV-III and psychiatric disorders. *The Lancet*, ii:395-396, 1985.
33. Thomson C, Isaacs G, Supple D and Bercu S: AIDS: Dilemmas for the psychiatrist. *The Lancet*, i:269-270, 1986.
34. Weiss SH et al: Screening test for HTLV-III antibodies: Specificity, sensitivity and applications. *JAMA*, 253: 221-227, 1985.
35. World Health Organization: AIDS report. Geneva: WHO, 1988.