

ارتباط اختلالات روانپزشکی و عفونت HIV

چکیده

دریافت: ۱۳۹۴/۰۳/۰۲ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۷/۲۶ آنلاین: ۱۳۹۴/۰۹/۲۰

عفونت HIV/ایدز از جمله علل اصلی ناتوانی و مرگ و میر در سراسر دنیا به شمار می‌رود. بیش از ۳۵ میلیون نفر در جهان با این ویروس زندگی می‌کنند. در کشور ما نیز تا سال ۱۳۹۲ در مجموع ۲۷۱۴۰ نفر مبتلا به HIV در کشور شناسایی شده‌اند. تخمین زده می‌شود تعداد موارد مبتلایان به عفونت HIV در کشور ۷۸۲۹۰ باشد. پایان و فرجام این عفونت، به رفتار انسان بستگی دارد. اختلالات روانپزشکی نیز از جمله اختلالات شایع بوده و با ناتوانی قابل توجه همراهند. در این مقاله مروری، ارتباط میان اختلالات روانپزشکی، به عنوان یکی از تعیین‌کننده‌ترین عوامل سلامت و عفونت HIV/ایدز مرور می‌گردد. افراد دچار اختلال روانپزشکی، در معرض خطر افزایش یافته‌ی ابتلا به عفونت HIV می‌باشند. اختلالات مصرف مواد، چه به صورت تریقی و چه به صورت غیر تریقی و نیز اختلالات شدید روانپزشکی همگی با افزایش احتمال ابتلای فرد به عفونت HIV همراهند. از سوی دیگر، فرد مبتلا به عفونت HIV نیز ممکن است در سیر بیماری دچار اختلالات روانپزشکی گردد. انطباق با یک بیماری مزمن، تاثیر ویروس بر سیستم اعصاب مرکزی و عوارض درمان‌های ضد ویروسی از جمله مکانیسم‌های مطرح شده در این زمینه می‌باشند. با این وجود ارتباط میان اختلالات روانپزشکی و عفونت HIV/ایدز فراتر از این تسهیل دوسویه بوده و اختلالات روانپزشکی می‌توانند بر پایداری فرد به درمان، سیر و پیش‌آگهی عفونت تاثیرگذار باشند. اهمیت بالینی، مکانیسم‌های زمینه‌ای و کاربردهای دیگر این ارتباط، در این مقاله مروری مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

کلمات کلیدی: عفونت HIV/ایدز، اختلالات روانپزشکی، سلامت روان.

انوشه صفرچراتی^۱
معصومه امین اسماعیلی^۱
بهرنگ شادلو^{۱*}
مینو محرز^۲
آفرین رحیمی موقر^۱

۱- مرکز ملی مطالعات اعتیاد، پژوهشکده کاهش رفتار پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲- مرکز تحقیقات ایدز ایران، پژوهشکده کاهش رفتار پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: تهران، کارگر جنوبی، میدان قزوین، جنب بیمارستان فارابی، پلاک ۴۸۶، مرکز ملی مطالعات اعتیاد، پژوهشکده کاهش رفتار پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
تلفن: ۰۲۱-۵۵۴۲۱۵۵
E-mail: behrang.shadloo@gmail.com

مقدمه

بر اساس گزارش دفتر ایدز ملل متحد (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) در سال ۲۰۱۴، بیش از ۳۵ میلیون نفر در جهان با این ویروس زندگی می‌کنند.^۳ با وجودی که میزان بروز سالیانه عفونت HIV در حال کاهش است، اما شیوع این بیماری به دلیل کاهش مرگ و میر ناشی از آن، با توجه به دسترسی بیشتر بیماران به درمان‌های ضدویروسی در حال افزایش می‌باشد.^۳ بر اساس همین گزارش به نظر می‌رسد که افزایش آگاهی، تغییر در رفتار جنسی مثل استفاده از کاندوم و کاهش تعدد شرکای جنسی و همچنین استفاده از مشاوره و آزمایش، مسئول کاهش بارز بروز موارد جدید عفونت باشند. بنا به "گزارش پیشرفت کنترل ایدز در جمهوری

طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، تا سال ۲۰۳۰ ایدز یکی از پنج علت اصلی مرگ و میر در کشورهای با درآمد متوسط و در حال پیشرفت خواهد بود.^۱ این امر در مورد بار بیماری‌ها نیز صدق می‌کند به طوری که ایدز یکی از علل اصلی ناتوانی بر حسب سال‌های عمر تطبیق شده برای ناتوانی (Disability Adjusted Life Years) در سال ۲۰۳۰ در کل جهان خواهد بود.^۱ پیش‌بینی می‌شود که بیشترین رشد بار بیماری‌ها تا سال ۲۰۲۵ مربوط به رشد بار HIV/ایدز در کشورمان باشد.^۲

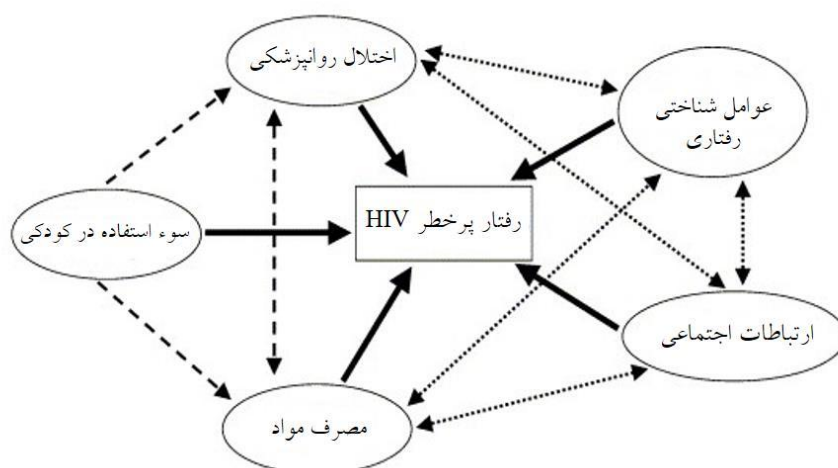
عفونت HIV، در نتیجه‌ی عوارض ناشی از آن و هم به‌عنوان یک عامل بالقوه برای پیشروی به سوی ایدز وجود داشته باشند.^{۷،۸} این اختلالات با احتمال بیشتر انتقال ویروس، پیش‌آگهی وخیم‌تر و پایبندی ضعیف به رژیم‌های درمانی ضدویروسی همراه هستند.^{۹-۱۰} از آنجا که HIV و اختلالات روانپزشکی ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند، توجه به اختلالات روانپزشکی باید در مجموعه برنامه‌ها و خدمات پیشگیری و درمان HIV از جایگاه ویژه‌ای برخوردار باشد. این در حالی است که به‌طور شایع از این موضوع غفلت می‌شود. این مقاله مروری به این دلیل تهیه شده است تا توجه کلیه‌ی سیاست‌گذاران، برنامه‌ریزان و ارائه‌دهندگان خدمت این حوزه را به این وجه مهم جلب نماید.

بیماران دچار اختلالات روانپزشکی به دلایل مختلفی در خطر ابتلا به HIV/ایدز قرار دارند. مصرف تزریقی مواد، اختلال در قضاوت و در نتیجه درگیر شدن در روابط جنسی پرخطر از جمله مکانیسم‌های مطرح شده هستند. این عوامل خطر را می‌توان در دو گروه اختلالات مصرف مواد و اختلالات عمده‌ی روانپزشکی گنجانده. شکل ۱ به‌صورت شماتیک، الگوی این ارتباط را به تصویر می‌کشد.^{۱۱} در ادامه به تشریح این عوامل پرداخته می‌شود.

اختلالات مصرف مواد، چه به‌صورت تزریقی و چه به‌صورت غیر تزریقی، با افزایش خطر ابتلا به عفونت همراه هستند.^۷ مصرف

اسلامی ایران^{۱۲}، تا سال ۱۳۹۲ در مجموع ۲۷۱۴۰ نفر مبتلا به HIV/ایدز در کشور شناسایی شده‌اند که ۸۹٪ آنان را مردان و ۱۱٪ را زنان تشکیل می‌دهند. تاکنون ۵۱۱۸ نفر مبتلا به ایدز شده و ۵۴۷۱ نفر از افراد مبتلا فوت کرده‌اند.^{۱۳} ایدز چهارمین علت مرگ در مردان در ایران است.^{۱۴} ۴۵/۴٪ از مبتلایان به HIV در زمان ابتلا در گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال قرار داشته‌اند که بالاترین نسبت را در بین گروه‌های سنی به خود اختصاص می‌دهد. تخمین زده می‌شود تعداد موارد مبتلایان به عفونت HIV در کشور ۷۸۲۹۰ باشد.^{۱۵} بر اساس گزارش فوق، روش‌های انتقال موارد شناسایی شده در سال ۱۳۹۲ به شرح زیر بوده است: مصرف تزریقی مواد ۵۲٪، انتقال جنسی ۳۳٪ و انتقال از مادر مبتلا به کودک ۳/۴٪. در ۱۱٪ از موارد شناسایی شده راه انتقال نامشخص مانده است. سهم راه انتقال جنسی در موارد شناسایی شده رو به افزایش بوده و از حدود پنج تا هشت درصد در سال‌های پیش از ۱۳۸۵، به ۳۳٪ در سال ۱۳۹۲ رسیده است.

سه اختلال ایدز، اختلالات روانی و اعتیاد، ارتباط نزدیکی با یکدیگر داشته و عوامل خطر گوناگونی شامل بی‌خانمانی، فقر، بی‌مبالاتی جنسی، خشونت و پیامدهایی مشابه مانند انگ و تبعیض، هر سه را همراهی می‌کنند. اختلالات روانپزشکی و اعتیاد می‌توانند هم به‌عنوان عامل خطر برای ابتلا به ویروس، هم به‌صورت همراه با



شکل ۱: مدل نظری ارتباط بین عوامل روانی - اجتماعی با رفتار پرخطر HIV

HIV در بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی تا ۲۳/۸٪^{۱۹} و در مطالعه‌ای دیگر تا ۲۹٪ گزارش شده است.^{۲۰} همچنین دیده شده که این گروه بیماران از میزان بالایی از ناتوانی ناشی از اختلالات روانپزشکی رنج می‌برند.^{۱۸} اندک مطالعات دیگر در این خصوص در کشورهای دیگر انجام شده است. در یک مطالعه در کشور اوگاندا، شیوع HIV در بیماران مبتلا به اختلالات شدید روانی ۱۱/۳٪ گزارش شده است.^{۲۱}

اکثر افراد مبتلا به اختلالات شدید روانی از نظر جنسی فعال بوده و بسیاری از آنان درگیر رفتارهای پرخطر مثل رابطه‌ی جنسی محافظت نشده، شرکای جنسی فراوان و مصرف تریقی مواد بوده‌اند. رفتارهای پرخطر جنسی با اختلالات روانپزشکی، سوء مصرف مواد، عوامل شناختی رفتاری و روابط اجتماعی مرتبط می‌باشند.^{۱۱} در مطالعه Majer و همکاران نشان داده شده است که اختلالات روانپزشکی شدید به‌عنوان یک فاکتور زیربنایی، رفتارهای پرخطر جنسی مرتبط با ابتلا به HIV (تعدد شرکای جنسی یا رابطه جنسی محافظت نشده در ۳۰ روز گذشته) را در افراد با اختلال مصرف مواد به‌طور معناداری افزایش می‌دهد.^{۲۲}

افزون بر این، سوء استفاده جنسی در دوران کودکی، به‌عنوان یک عامل مستقل و غیرمستقیم رفتار پرخطر جنسی در بزرگسالی مطرح شده است.^{۱۱، ۲۳} نتایج مطالعه‌ای بر بیماران روانپزشکی،^{۲۴} شیوع کلی رفتارهای جنسی محافظت نشده در آنان را ۸۰/۳٪ گزارش کرده است. در این مطالعه، افراد مسن‌تر، متاهلین، زنان، افراد دارای شرکای جنسی مختلف و افرادی که دچار اختلال روانپزشکی با شدت کم بودند، بیشتر رابطه‌ی جنسی محافظت نشده را تجربه می‌کردند. این یافته‌ها همگی بر ضرورت مداخلات موثر بر رفتارهای پرخطر جنسی برای کنترل گسترش عفونت تاکید دارند.

بسیاری از افراد مبتلا به اختلالات شدید و مزمن روانپزشکی شامل اعتیاد، از لحاظ اقتصادی-اجتماعی در وضعیت نامساعدی به سر می‌برند. این افراد ممکن است شرایط اسکان موقت و شبکه‌ی اجتماعی محدودی داشته باشند. این عوامل فرد را در معرض خطر ابتلا به عفونت قرار می‌دهد.^۷ در ضمن، این گروه از افراد از لحاظ منابع مالی در تنگنا بوده و ممکن است برای دریافت پول و یا کالا، به تن‌فروشی مبادرت ورزند.^{۲۵} با وجودی که در برخی مطالعات گزارش شده که افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا، اختلال دوقطبی و افسردگی به

تزریقی مواد شایع‌ترین روش انتقال عفونت در کشور بوده و بیش از نیمی از موارد HIV در کشور، از این طریق رخ داده است.^۴ یک مطالعه‌ی مروری سیستماتیک در ایران نشان داد که پس از سال ۲۰۰۵، شیوع HIV در معتادان تزریقی کشور ۱۸/۴٪ می‌باشد.^{۱۲} در جهان نیز انتقال ویروس از طریق مصرف تزریقی مواد چشمگیر بوده و مسئول حدود ۴۰٪ از موارد ابتلای جدید عفونت در سراسر دنیا می‌باشد.^۳ افزون بر این، مصرف کنندگان غیر تزریقی مواد نیز، به دلیل تماس جنسی غیر ایمن زمانی که قضاوت فرد تحت تاثیر موادی همچون مواد محرک و الکل دچار اختلال شده و یا وقتی از رابطه‌ی جنسی برای به دست آوردن پول یا مواد استفاده می‌کند، در معرض خطر خواهند بود.^۷

شیوع به‌نسبت بالای مصرف غیر تزریقی مواد در مردان همجنسگرا (Homosexual) و دو جنس‌گرا (Bisexual) و همراهی آن در روابط جنسی پرخطر در مطالعات دیگر نیز مشاهده شده است.^{۱۳} مطالعه‌ی مروری سیستماتیک دیگر در ایران، شیوع HIV در مصرف کنندگان غیر تزریقی مواد را پس از سال ۲۰۰۵، ۵/۴٪ گزارش نمود.^{۱۴} این گروه دومین گروه بزرگ در معرض خطر HIV را در کشورمان تشکیل می‌دهند. گرچه تبدیل الگوهای مصرف غیر تزریقی به تزریقی و بر عکس نیز در کشورمان نادر نیست.^{۱۵، ۱۶}

افراد مبتلا به اختلالات شدید و یا مزمن روانپزشکی نیز در معرض خطر افزایش یافته‌ی ابتلا به HIV هستند. به‌عنوان مثال فرد مبتلا به اختلال خلقی دوقطبی، در فاز مانیا مهار لازم برای کنترل رفتارهای پرخطر و لذت‌بخش را ندارد و یا فرد دچار اختلال افسردگی اساسی ممکن است به دلیل شدت علائم افسردگی و یا افکار ناامیدی و احساس بی‌ارزشی به مراقبت از خود چندان اهمیت ندهد. افراد مبتلا به اختلالات مزمن روانی و عقب‌ماندگی ذهنی نیز به دلیل شرایط زندگی و بی‌خانمانی ممکن است در معرض سوء استفاده جسمی و جنسی قرار گیرند.^{۱۷، ۱۸}

در مطالعه‌ای چند مرکزی در ایالات متحده که در خلال سال‌های ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۱ صورت پذیرفته، شیوع HIV در افرادی که از خدمات روانپزشکی استفاده می‌کنند چهار برابر بیشتر از جمعیت عمومی بوده است.^{۱۸} در این مطالعه نتیجه مثبت آزمایش را در مراکز بستری، برنامه‌های درمانی متمرکز و مراکز بهداشت روان جامعه‌نگر به ترتیب، ۵/۹، ۵/۱ و ۴٪ گزارش کرده‌اند.^{۱۸} در مطالعه مروری دیگری شیوع

تشخیص‌ها بوده و به ترتیب در ۳۲ و ۱۴٪ از آزمودنی‌ها مشاهده شد. این میزان به مراتب بیشتر از شیوع ۲۳/۶ درصدی اختلالات روانپزشکی، شیوع ۱۲/۷ درصدی اختلال افسردگی اساسی و ۵/۲ درصدی اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد که با ابزار مشابه در جمعیت عمومی بالغین کشور گزارش شده است.^{۳۶} مکانسیم‌های مختلفی برای ابتلا به اختلالات روانپزشکی در بیماران HIV مطرح شده است. در ادامه به تشریح مهم‌ترین این عوامل و مکانسیم‌ها پرداخته می‌شود.

تشخیص عفونت HIV در فرد، وی را با استرس‌های متعددی مواجه می‌کند. انتظار برای دریافت پاسخ آزمایش، نگرانی هنگام بروز اولین علائم بیماری، تغییرات شغلی، روابط بین فردی و اجتماعی، سنگینی یک رژیم درمان دارویی پیچیده و در نهایت، تغییر در الگوی زندگی فرد، از جمله استرس‌هایی است که فرد مبتلا به HIV با آن رو به رو می‌شود.^۷ افزون بر این، علائم مزمن عفونت، از جمله احساس ضعف و خستگی و نیز بی‌خوابی، بر رنج فرد می‌افزاید. مواجهه با این استرس‌ها به صورت مزمن، ممکن است مکانسیم‌های مقابله‌ای فرد را تحت تاثیر قرار داده و وی را دچار اختلالات انطباقی، به خصوص با علائم افسردگی نماید.^{۳۷} شواهد روز افزونی وجود دارد که بهبود وضعیت احساسی و سازگاری فرد، عملکرد ایمنی فرد را بهبود بخشیده و پیشرفت عفونت به سمت ایدز را کندتر می‌نماید.^{۳۸}

عفونت HIV با تظاهرات متعدد شناختی و رفتاری همراه بوده که به مرور با پیشرفت بیماری و افت عملکرد سیستم ایمنی، شدیدتر می‌شوند.^۷ سندرم دمانس ایدز (AIDS Dementia Complex) در سال ۱۹۸۶ به‌عنوان سه گانه‌ای از علائم شناختی، حرکتی و رفتاری تشریح شد.^{۳۹} و در سال ۱۹۹۱ توسط انجمن نورولوژی آمریکا به دمانس مرتبط با HIV (HIV-Associated Dementia) تغییر نام یافت. از جمله تظاهرات ناشی از تهاجم ویروس به سیستم اعصاب مرکزی می‌توان اختلال در توجه و تمرکز، سرعت پردازش حرکات و اطلاعات، حافظه‌ی دیداری، اختلال در تکلم و مهارت‌های اجرایی (Executive functioning) را بر شمرد.^{۴۰} از سوی دیگر افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی مانند اختلالات خلقی، اضطرابی و اختلالات مصرف مواد، دچار اختلالاتی در عملکردهای شناختی نیز هستند که ممکن است افتراق این دو از یکدیگر را دشوار نماید. به صورت موردی، تظاهرات نادر رفتاری از جمله، آتش افروزی، پرخاشگری و برداشتن اموال دیگران نیز در این افراد گزارش شده است.^۷

مراتب بیشتر از افراد بدون اختلال روانپزشکی برای تشخیص HIV مورد آزمایش قرار گرفته‌اند،^{۳۶} در مجموع توصیه به انجام روتین آزمایش و مشاوره HIV در همه مراکز بالینی را مورد تاکید قرار می‌گیرد تا بیماران روانپزشکی در زمان مناسب از خدمات مراقبتی بهره‌مند شوند. بر اساس راهنمای آزمایش HIV انگلیس که در سال ۲۰۰۸ منتشر شده است، مراکزی که در آن شیوع HIV از دو در ۱۰۰۰ بالاتر باشد آزمایش HIV توصیه می‌شود.^{۳۷}

همانگونه که پیش‌تر عنوان شد، اختلالات روانپزشکی در میان افرادی که با عفونت HIV زندگی می‌کنند نیز شیوع بسیار بالایی دارد. این امر در مطالعات مختلفی مشاهده شده است.^{۳۱-۳۸} در مطالعه‌ی Bing و همکاران که بر نمونه‌ی بزرگی از بیماران مبتلا به HIV در ایالات متحده صورت گرفته، نشان داده شده است که در حدود نیمی از آنان همزمان دچار یک اختلال روانپزشکی بوده‌اند.^{۳۲} در این میان، اختلال افسردگی اساسی به‌عنوان شایع‌ترین اختلال و پس از آن اختلالات اضطرابی و سپس اختلال وابستگی به مواد قرار داشت. در این بیماران، اختلال افسردگی اساسی پنج برابر، اختلال اضطرابی منتشر هشت برابر و حملات پانیک چهار برابر جمعیت عمومی مشاهده شده است. عواملی همچون تعدد علائم مربوط به عفونت HIV، وابستگی به مواد و مصرف سنگین الکل، بی‌کاری و ناتوانی به صورت مستقل با وجود اختلال روانپزشکی در این بیماران همراه بوده است. در مطالعه دیگری نشان داده شده است که حدود ۴۰ درصد بیماران مبتلا به HIV، یک اختلال روانپزشکی همراه داشته و تحت درمان بوده‌اند.^{۳۳}

در مطالعات ایرانی نیز شیوع بالای اختلالات روانپزشکی در میان مبتلایان به عفونت HIV نشان داده شده است. در یک مطالعه که به منظور بررسی وضعیت روانی ۱۳۲ بیمار HIV مثبت مراجعه‌کننده به یک مرکز بهداشتی صورت گرفته بود، تمامی از نظر غربالگری مثبت بوده و بیش از ۹۳٪ حداقل یکی از اختلالات را داشتند. اختلالات وابستگی به مواد در ۹۳٪، اختلالات خلقی در ۴۳٪ و اختلالات اضطرابی در ۱۹٪ مبتلایان به HIV گزارش شده است.^{۳۴}

در مطالعه‌ای که بر ۲۵۰ مراجع HIV مثبت مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام‌خیمینی (ره) تهران، با استفاده از یک ابزار ساختار یافته و تشخیصی برای اختلالات روانپزشکی صورت گرفت، شیوع اختلالات روانپزشکی در دوازده ماه گذشته، ۵۰٪ گزارش شد.^{۳۵} اختلال افسردگی اساسی و اختلال اضطراب فراگیر شایع‌ترین

درمان‌های ضدویروسی چند دارویی و نگرش منفی درمانگران نسبت به پایداری این افراد به درمان، از جمله عوامل دسترسی کمتر این افراد به درمان می‌باشد.^{۴۸}

برای سرکوب موثر ویروس HIV با رژیم درمانی، حداقل ۹۵٪ پایداری به درمان لازم است.^{۴۹} عدم پذیرش و پایداری نامطلوب به درمان، مشکل شایعی در بیماران HIV مثبت بوده و میزان قابل ملاحظه‌ای از بیماران تحت درمان با داروهای ضدویروسی، دوزهای درمانی خود را از قلم انداخته و مصرف نمی‌کنند.^۹ عوامل متعددی، از جمله عوامل دموگرافیک مانند جنسیت، سطح اقتصادی-اجتماعی و میزان تحصیلات، عوامل روانی-اجتماعی و عوامل مرتبط با رژیم دارویی ممکن است بر پایداری به درمان تاثیر گذارند.^{۵۰} در این میان، مطالعات متعددی بر نقش اختلالات روانپزشکی (به ویژه اختلالات خلقی و اختلالات مصرف مواد) بر پایداری به درمان تاکید ورزیده‌اند.^{۹،۵۱،۵۲} از سوی دیگر، درمان این اختلالات موجب ارتقای پایداری به درمان و بهبود عملکرد سیستم ایمنی در این افراد می‌گردد.^{۵۳،۵۴}

نتیجه‌گیری: حمایت‌های روانی اجتماعی، مداخلات غیردارویی و روانشناختی و مراقبت‌های روانپزشکی می‌بایست به عنوان جزء جدانشدنی برنامه‌های درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به عفونت با HIV محسوب گردد. به این ترتیب سازمان جهانی بهداشت، مدلی ترکیبی از مراقبت‌های پزشکی و رفتاری برای بهبود درمان این بیماران را پیشنهاد می‌نماید. وجود یک راهنمای مبتنی بر شواهد که به جنبه‌های درمان دارویی و غیردارویی اختلالات روانی در مبتلایان به HIV بپردازد، می‌تواند به راه‌اندازی چنین خدماتی کمک کند. توانایی ارزیابی همه جانبه بیماران که اختلالات روانپزشکی را نیز در بر گیرد، منجر به درمان سریع‌تر و مناسب‌تر اختلالات روانی و مشکلات جسمانی می‌شود.

ادغام خدمات با کاستن از موانع میان سیستم‌های مختلف درمانی، موجب تسهیل دسترسی بیماران به خدمات روانپزشکی شده و موانع توأم با انگ را کم می‌کند. همچنین ترکیب این خدمات، موجب کاستن از هزینه‌های درمان و بهبود نتایج آن خواهد شد.

به دلیل نبود یک آنتی‌ویروس کارآمد و با توجه به این نکته که چرخه‌ی حیات ویروس مراحل مختلفی دارد و برای سرکوب تکثیر ویروس به صورت موثر، داروهای متعددی مورد نیاز است، عموماً برای درمان، از رژیم چنددارویی استفاده می‌گردد. افایرنز (Efavirenz) که یکی از داروهای مورد استفاده در این رژیم چند دارویی است، عوارض روانی-عصبی قابل ملاحظه‌ای دارد.^{۴۴-۴۱} رویاهای زنده (Vivid dreams)، بی‌خوابی و تغییرات خلقی از جمله شایع‌ترین این عوارض بوده و در نیمی از مصرف‌کنندگان مشاهده شده است.^{۴۱} به همین دلیل، استفاده از افایرنز در میان افراد دارای سابقه‌ی اختلالات روانپزشکی با احتیاط صورت می‌پذیرد. اگرچه اختلالات روانپزشکی به‌طور شایع‌تری در افراد مبتلا به عفونت HIV دیده می‌شوند و تعامل دو طرفه‌ای بین این دو موضوع وجود دارد، ولی ارتباط عفونت HIV و اختلالات روانپزشکی فراتر از تسهیل دوسویه‌ی بروز آنهاست. شاید مهم‌ترین وجوه عملی این ارتباط را بتوان در تداخل در روند پایداری به درمان ضدویروسی و سیر وخیم‌تر عفونت یافت.

عوامل روانشناختی مانند استرس یا اختلالات روانپزشکی، مانند افسردگی اساسی، ممکن است بر سیستم ایمنی تاثیر گذاشته و آسیب‌پذیری میزان به هر نوع عفونت، از جمله عفونت‌های ویروسی را افزایش دهند. در این خصوص اتفاق نظر وجود دارد که واسطه‌های بیولوژیک و وضعیت روانشناختی، می‌توانند نقشی مهمی در پیشروی بیماری HIV داشته باشند.^{۴۵} در یک کوهورت آینده‌نگر نیز افت بارز سلول‌های CD4 و بار ویروسی بالاتر، در زنان مبتلا به افسردگی گزارش شد.^{۴۶} مصرف مواد نیز به عنوان یک عامل جانبی در پیشرفت ایمونوپاتوژنز HIV شناخته شده است. اختلالات مصرف مواد موجب افزایش آسیب‌پذیری سلول‌های ایمنی به HIV و افزایش تکثیر ویروس در ماکروفاژها، لنفوسیت‌های T و سلول‌های مغزی می‌شود. این امر در خصوص مواد افیونی، مواد محرک آمفتامینی و کوکائین مشاهده شده است.^{۴۷}

افراد مبتلا به اختلالات شدید روانی به همراه HIV، در دسترسی به درمان با داروهای ضدویروسی با مشکلاتی روبرو هستند. تشخیص HIV، نگرانی از انگ و تبعیض، هزینه‌های درمان، پیچیدگی

References

1. World Health Organization (WHO). The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Khajehkazemi R, Sadeghirad B, Karamouzian M, Fallah MS, Mehroolhassani MH, Dehnavieh R, et al. The projection of burden of

- disease in Islamic Republic of Iran to 2025. *PLoS One* 2013;8(10):e76881.
3. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. The Gap Report. Geneva: UNAIDS, 2014.
 4. National AIDS Committee Secretariat. Islamic Republic of Iran AIDS Progress Report, 2014.
 5. Forouzanfar MH, Sepanlou SG, Shahraz S, Dicker D, Naghavi P, Pourmalek F, et al. Evaluating causes of death and morbidity in Iran, global burden of diseases, injuries, and risk factors study 2010. *Arch Iran Med* 2014;17(5):304-20.
 6. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2012.
 7. Cohen MA, Gorman JM, editors. Comprehensive Textbook of AIDS Psychiatry. New York, NY: Oxford University Press; 2008.
 8. Benton TD. Depression and HIV/AIDS. *Curr Psychiatry Rep* 2008;10(3):280-5.
 9. Springer SA, Dushaj A, Azar MM. The Impact of DSM-IV Mental Disorders on Adherence to Combination Antiretroviral Therapy Among Adult Persons Living with HIV/AIDS: A Systematic Review. *AIDS Behav* 2012;16(8):2119-43.
 10. Mayston R, Kinyanda E, Chishinga N, Prince M, Patel V. Mental disorder and the outcome of HIV/AIDS in low-income and middle-income countries: a systematic review. *AIDS* 2012;26 Suppl 2:S117-35.
 11. Meade CS1, Sikkema KJ. HIV risk behavior among adults with severe mental illness: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2005;25(4):433-57.
 12. Rahimi-Movaghar A, Amin-Esmaeili M, Haghdoost AA, Sadeghirad B, Mohraz M. HIV prevalence amongst injecting drug users in Iran: a systematic review of studies conducted during the decade 1998-2007. *Int J Drug Policy* 2012;23(4):271-8.
 13. Koblin BA, Chesney MA, Husnik MJ, Bozeman S, Celum CL, Buchbinder S, et al. High-risk behaviors among men who have sex with men in 6 US cities: baseline data from the EXPLORE Study. *Am J Public Health* 2003;93(6):926-32.
 14. Amin-Esmaeili M, Rahimi-Movaghar A, Haghdoost AA, Mohraz M. Evidence of HIV epidemics among non-injecting drug users in Iran: a systematic review. *Addiction* 2012;107(11):1929-38.
 15. Jafari S, Rahimi-Movaghar A, Craib KJ, Baharlou S, Mathias R. A follow-up study of drug users in Southern Iran. *Addict Res Theory* 2010;18(1):59-70.
 16. Rahimi-Movaghar A, Amin-Esmaeili M, Shadloo B, Noroozi A, Malekinejad M. Transition to injecting drug use in Iran: A systematic review of qualitative and quantitative evidence. *Int J Drug Policy* 2015;26(9):808-19.
 17. Tsai AC, Weiser SD, Dilworth SE, Shumway M, Riley ED. Violent Victimization, Mental Health, and Service Utilization Outcomes in a Cohort of Homeless and Unstably Housed Women Living With or at Risk of Becoming Infected With HIV. *Am J Epidemiol* 2015;181(10):817-26.
 18. Blank MB, Himelhoch SS, Balaji AB, Metzger DS, Dixon LB, Rose CE, et al. A multisite study of the prevalence of HIV with rapid testing in mental health settings. *Am J Public Health* 2014;104(12):2377-84.
 19. Collins PY, Holman AR, Freeman MC, Patel V. What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? A systematic review. *AIDS* 2006;20(12):1571-82.
 20. Campos LN, Guimarães MD, Carmo RA, Melo AP, Oliveira HN, Elkington K, et al. HIV, syphilis, and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature. *Cad Saude Publica* 2008;24 Suppl 4:s607-20.
 21. Lundberg P, Nakasujja N, Musisi S, Thorsen AE, Cantor-Graae E, Allebeck P. HIV prevalence in persons with severe mental illness in Uganda: a cross-sectional hospital-based study. *Int J Ment Health Syst* 2013;7:20.
 22. Majer JM, Komer AC, Jason LA. Psychiatric severity and HIV-risk sexual behaviors among persons with substance use disorders. *J Dual Diagn* 2015;11(1):3-11.
 23. Rosenberg SD, Trumbetta SL, Mueser KT, Goodman LA, Osher FC, Vidaver RM, et al. Determinants of risk behavior for human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in people with severe mental illness. *Compr Psychiatry* 2001;42(4):263-71.
 24. Guimaraes MD, McKinnon K, Campos LN, Melo AP, Wainberg M. HIV risk behavior of psychiatric patients with mental illness: a sample of Brazilian patients. *Rev Bras Psiquiatr* 2010;32(4):351-60.
 25. Naranbhai V, Abdool Karim Q, Meyer-Weitz A. Interventions to modify sexual risk behaviours for preventing HIV in homeless youth. *Cochrane Database Syst Rev* 2011(1):CD007501.
 26. Yehia BR, Cui W, Thompson WW, Zack MM, McKnight-Eily L, DiNenno E, et al. HIV testing among adults with mental illness in the United States. *AIDS Patient Care STDS* 2014;28(12):628-34.
 27. Rayment M, Asboe D, Sullivan AK. HIV testing and management of newly diagnosed HIV. *BMJ* 2014;349:g4275.
 28. Catalan J, Harding R, Sibley E, Clucas C, Croome N, Sherr L. HIV infection and mental health: suicidal behavior: systematic review. *Psychol Health Med* 2011;16(5):588-611.
 29. Sherr L, Clucas C, Harding R, Sibley E, Catalan J. HIV and depression: a systematic review of interventions. *Psychol Health Med* 2011;16(5):493-527.
 30. Sherr L, Nagra N, Kulubya G, Catalan J, Clucas C, Harding R. HIV infection associated post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth: a systematic review. *Psychol Health Med* 2011;16(5):612-29.
 31. Owe-Larsson B, Sall L, Salomon E, Allgulander C. HIV infection and psychiatric illness. *Afr J Psychiatry (Johannesburg)* 2009;12(2):115-28.
 32. Bing EG, Burnam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58(8):721-8.
 33. Himelhoch S, Josephs JS, Chander G, Korthuis PT, Gebo KA, Network HR. Use of outpatient mental health services and psychotropic medications among HIV-infected patients in a multisite, multistate study. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31(6):538-45.
 34. Shakeri J, Parvizifard AA, Aminzadeh S. Mental status of HIV positive patients referred to Kermanshah health care center. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2006;10(1).
 35. Shadloo B, Amin-Esmaeili M, Rahimi-Movaghar A, Mohraz M. Psychiatric disorders among people living with HIV/AIDS in Iran: prevalence, severity, service utilization and unmet mental health needs (Final report). Tehran: Iranian Research Center for HIV/AIDS; 2015. [In Persian]
 36. Sharifi V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. *Arch Iran Med* 2015;18(2):76-84.
 37. Leserman J. HIV disease progression: depression, stress, and possible mechanisms. *Biol Psychiatry* 2003;54(3):295-306.
 38. Antoni MH. Stress management and psychoneuroimmunology in HIV infection. *CNS Spectr* 2003;8(1):40-51.
 39. Navia BA, Jordan BD, Price RW. The AIDS dementia complex: I. Clinical features. *Ann Neurol* 1986;19(6):517-24.
 40. Gallego L, Barreiro P, López-Ibor JJ. Diagnosis and clinical features of major neuropsychiatric disorders in HIV infection. *AIDS Rev* 2011;13(3):171-9.
 41. Kenedi CA, Goforth HW. A systematic review of the psychiatric side-effects of efavirenz. *AIDS Behav* 2011;15(8):1803-18.
 42. Gazzard B, Balkin A, Hill A. Analysis of neuropsychiatric adverse events during clinical trials of efavirenz in antiretroviral-naive patients: a systematic review. *AIDS Rev* 2010;12(2):67-75.
 43. Cespedes MS, Aberg JA. Neuropsychiatric complications of antiretroviral therapy. *Drug Saf* 2006;29(10):865-74.

44. Reid S, Dwyer J. Insomnia in HIV infection: a systematic review of prevalence, correlates, and management. *Psychosom Med* 2005;67(2):260-9.
45. Kopnisky KL, Stoff DM, Rausch DM. Workshop report: The effects of psychological variables on the progression of HIV-1 disease. *Brain Behav Immun* 2004;18(3):246-61.
46. Ickovics JR, Hamburger ME, Vlahov D, Schoenbaum EE, Schuman P, Boland RJ, et al; HIV Epidemiology Research Study Group. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women: longitudinal analysis from the HIV Epidemiology Research Study. *JAMA* 2001;285(11):1466-74.
47. Cofrancesco Jr J, Scherzer R, Tien PC, Gibert CL, Southwell H, Sidney S, et al. Illicit drug use and HIV treatment outcomes in a US cohort. *AIDS* 2008;22(3):357-65.
48. Tegger MK, Crane HM, Tapia KA, Uldall KK, Holte SE, Kitahata MM. The effect of mental illness, substance use, and treatment for depression on the initiation of highly active antiretroviral therapy among HIV-infected individuals. *AIDS Patient Care STDS* 2008;22(3):233-43.
49. Bangsberg DR, Perry S, Charlebois ED, Clark RA, Roberston M, Zolopa AR, et al. Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. *AIDS* 2001;15(9):1181-3.
50. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc* 2013;16(3 Suppl 2):18640.
51. Yalda A, Seyyed Alinaghi S, Hajiabdolbaghi M. Adherence to antiretroviral therapy and its determinants in AIDS patients: review article. *Tehran Univ Med J* 2008;66(7):447-55.
52. Nakimuli-Mpungu E, Bass JK, Alexandre P, Mills EJ, Musisi S, Ram M, et al. Depression, alcohol use and adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *AIDS Behav* 2012;16(8):2101-18.
53. Sin NL, DiMatteo MR. Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: a meta-analysis. *Ann Behav Med* 2014;47(3):259-69.
54. Al-Dakkak I, Patel S, McCann E, Gadkari A, Prajapati G, Maiese EM. The impact of specific HIV treatment-related adverse events on adherence to antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Care* 2013;25(4):400-14.

Correlation of mental illness and HIV/AIDS infection

Abstract

Received: 23 May 2015 Accepted: 18 Oct. 2015 Available online: 11 Dec. 2015

Anousheh Safarcherati M.D.¹
 Masoumeh Amin-Esmaeili
 M.D. M.P.H.¹
 Behrang Shadloo M.D.^{1*}
 Minoo Mohraz M.D.²
 Afarin Rahimi-Movaghar M.D.
 M.P.H.¹

1- Iranian National Center for Addiction Studies (INCAS), Iranian Institute for Reduction of High-Risk Behavior, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
 2- Iranian Research Center for HIV/AIDS (IRCHA), Iranian Institute for Reduction of High-Risk Behavior, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding author: Iranian National Center for Addiction Studies (INCAS), Institute for Reduction of High-Risk Behavior, Tehran University of Medical Sciences,
 No 486, Qazvin Sq., South Karegar Avenue, Tehran, Iran.
 Tel: +98- 21- 55421155
 E-mail: behrang.shadloo@gmail.com

HIV/AIDS is among the leading causes of morbidity and mortality in world. There are more than 35 million people living with HIV/AIDS in the world. Although the annual incidence of HIV infection is decreasing globally, HIV prevalence is rising due to development of more effective treatment and higher survival. Iran suffers from concentrated HIV epidemics among injecting and non-injecting drug users. There are more than 27 thousand registered cases of HIV infection and it is estimated that there are above seventy eight thousand cases in the country. Regarding the burden of disease, it is projected that HIV/AIDS will have the highest growth during the next 10 years. The outcome of this epidemics will be determined by human behavior. HIV, psychiatric disorders and substance use disorders are closely correlated and are accompanied by similar risk factors. They also share common consequences such as stigma and discrimination. Correlation of psychiatric disorders, as one of the most influential determinants of our behavior, and HIV/AIDS infection is reviewed in this narrative article. Psychiatric disorders are associated with greater risk of HIV acquisition. Substance use disorders, both injecting and non-injecting, as well as severe mental illnesses put the individual at higher risk of acquiring HIV infection. Impaired judgment, diminished inhibition and control over behaviors, lack of insight and poor self-care have been proposed as the underlying mechanisms. On the other hand, HIV infection may put the individual at greater risk of developing a mental illness. Coping with a chronic and life-threatening illness, fear of stigma and discrimination, CNS invasion of the virus as well as the adverse neuropsychiatric side effects of anti-retroviral medications may all contribute to establishment of a psychiatric disorder. Although there exists a bi-directional correlation between mental health problems and HIV/AIDS infection, this reciprocity goes beyond. Psychiatric disorders can affect the patient's adherence, access to treatment and care and can worsen the course and clinical outcome of the infection. The clinical importance, underlying mechanism and other implications of this correlation are reviewed in this article.

Keywords: acquired immunodeficiency syndrome, HIV, psychiatric disorders, mental health.