

## فصل ششم:

# سلامت روان و عفونت HIV

### مقدمه

اختلالات روانی، اعتیاد و عفونت HIV ارتباط نزدیکی با یکدیگر داشته و عوامل خطر مشترکی مانند بی‌خانمانی، فقر، بی‌مبالاتی جنسی، خشونت، و پیامدهای مشترکی چون انگ و تبعیض دارند. در مقایسه با جمعیت عمومی، اختلالات روانی در افراد مبتلا به عفونت با ویروس HIV به طور شایع‌تری دیده می‌شود. بر اساس مرور منابع غیر ایرانی، بیش از ۵۰ درصد بیماران HIV/AIDS حداقل یک اختلال روانی همراه نیز دارند. مطالعه‌ای در ایران که به بررسی وضعیت روانی بیماران HIV<sup>+</sup> مراجعه‌کننده به یک مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری پرداخته، اختلالات وابسته به مواد را در ۹۳ درصد، اختلالات خلقی را در ۴۳ درصد و اختلالات اضطرابی را در ۱۹ درصد مبتلایان به HIV گزارش کرده است. نتایج تحقیقی که بر مراجعین مرکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی در سال ۸۶-۱۳۸۵ صورت گرفت، نشان داد که ۴۲ درصد از بیماران مبتلا به HIV، براساس پرسشنامه بک<sup>۱</sup> افسردگی شدید داشته‌اند.

برخی از این اختلالات پیش از ابتلا به این عفونت وجود دارند و فرد را در معرض خطر ابتلا به آن قرار می‌دهند، در حالی که برخی از مشکلات روانی بطور مستقیم و یا غیرمستقیم پیامد HIV/AIDS می‌باشند. بنابراین می‌توان ارتباط متقابل اختلالات روانی با HIV/AIDS را در سه دسته‌ی زیر تشریح کرد:

دسته‌ی اول: برخی از بیماری‌های روانی افراد را در معرض خطر بیشتری برای ابتلا یا انتقال HIV/AIDS قرار می‌دهند. سه گروه از این بیماری‌ها شامل اختلالات مصرف مواد، اختلالات خلقی شامل افسردگی و اختلال دوقطبی و اختلالات روانی مزمن می‌باشد. به عنوان مثال مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، که تزریق مشترک دارند یا از وسایل مشترکی برای تزریق استفاده می‌کنند، در معرض خطر بالاتری برای ابتلا یا انتقال این عفونت هستند، ولی حتی افرادی که از روش تزریق برای مصرف استفاده نمی‌کنند نیز، بدلیل تماس جنسی غیرایمن، زمانی که تحت تاثیر موادی همچون محرک‌ها و الکل هستند و یا وقتی از رابطه‌ی جنسی برای بدست آوردن پول یا مواد استفاده می‌کنند، در معرض خطر خواهند بود. به عنوان مثالی دیگر، افراد مبتلا به اختلال مانیا مهار لازم برای کنترل رفتارهای پرخطر لذت‌بخش را ندارند و یا افراد مبتلا به اختلالات مزمن

<sup>1</sup> Beck

روانی و عقب‌ماندگی ذهنی به دلیل شرایط زندگی و بی‌خانمانی ممکن است در معرض سوء استفاده‌ی جسمی و جنسی قرار بگیرند.

دسته‌ی دوم: عفونت با HIV بدلیل دیسترس شدیدی که بر فرد وارد می‌کند، می‌تواند فرد را در معرض ابتلا به اختلالات روانی قرار دهد. استرس‌های مختلفی همچون مشکلات جاری همراه با مصرف مواد، اطلاع یافتن از وضعیت آزمایش HIV، استرس مطلع کردن افراد خانواده و دوستان از وضعیت عفونت، آغاز درمان ضد رتروویروس، زمان‌هایی که قصد ترک مواد را دارد و باید علائم ترک را تحمل کند، بروز هرگونه بیماری طبی همراه، مطلع شدن از هرگونه پیشرفت سیر بیماری به عنوان مثال افت میزان CD4 و یا افزایش بار ویروس در بدن، نیاز به بستری به‌ویژه در اولین بستری، مرگ یکی از افراد مهم در زندگی، تشخیص استقرار بیماری ایدز، تغییرات مهم در زندگی مانند از دست دادن شغل، شکست در یک رابطه‌ی عاطفی و یا نقل مکان کردن به محل جدید و زمانی که مشخص می‌شود فرد مدت زیادی زنده نمی‌ماند و باید تصمیمات مهمی در پایان عمرش بگیرد، از جمله استرس‌هایی هستند که فرد ناگزیر، در سیر بیماری با آن رو به رو می‌شود.

دسته‌ی سوم: عفونت با HIV/AIDS و یا درمان‌های ضد ویروسی ممکن است سیستم عصبی را تحت تأثیر قرار دهند و تظاهرات روانپزشکی ایجاد نمایند و یا بیماری‌های زمینه‌ای روانپزشکی فرد را تشدید کنند.

اگرچه اختلالات روانپزشکی به طور شایع‌تری در افراد مبتلا به عفونت HIV دیده می‌شود و به دلایل مختلفی تعامل دوطرفه‌ای بین این دو موضوع وجود دارد، ولی متأسفانه ارتباط HIV/AIDS و بیماری‌ها و مشکلات روانپزشکی فراتر از تسهیل دوسویه‌ی بروز آنهاست. شاید مهم‌ترین وجه عملی این ارتباط، تداخل در روند پذیرش درمان ضد رتروویروسی باشد. عدم پذیرش درمان مشکل شایعی در بیماران HIV<sup>+</sup> است و بیش از ۷۰ درصد بیماران تحت درمان ART دوزهای درمانی خود را از قلم می‌اندازند و مصرف نمی‌کنند.

شکست در پذیرش و استمرار درمان سه پیامد مهم به همراه دارد:

- ❖ فواید قابل انتظار درمان اتفاق نمی‌افتد، بنابراین وضعیت بالینی بدتر می‌شود و احتمال مرگ افزایش می‌یابد؛
- ❖ مصرف نامنظم دارو منجر به پیدایش سوش‌های جدید و مقاوم به درمانی از ویروس می‌شود و کنترل بیماری را در آینده مشکل‌تر می‌کند؛
- ❖ درمان ناکامل و منقطع، باعث هدر رفتن منابع مالی و سایر منابعی خواهد شد که می‌توانست هزینه اثر بخشی بیشتری برای بیماران که پذیرای درمان هستند، داشته باشد.

نگهداری از یک بیمار مبتلا به HIV/AIDS، مراقبین و افراد خانواده‌ی وی را متحمل استرس طاقت فرسایی می‌کند که می‌تواند به زنجیره‌ای از مشکلات روانشناختی و رنج قابل توجه و یا افت عملکرد آنان منجر شود و از این طریق نیز بر پذیرش درمان و حمایت از بیمار برای ادامه‌ی مراقبت تأثیر بگذارد.

بر این اساس می‌توان گفت، حمایت‌های روانی اجتماعی، مداخلات روانشناختی و روانپزشکی می‌بایست به عنوان جزء لاینفک برنامه‌های درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به عفونت HIV محسوب گردند. در هر صورت، ابتلای به اختلالات روانپزشکی که در بیش از نیمی از مبتلایان به HIV وجود دارد، نباید موجب گردد که این افراد، از دریافت درمان و مراقبت لازم برای عفونت HIV، از جمله ART، محروم گردند.

در این فصل به اختلالات شایع روانپزشکی در بیماران مبتلا به HIV می‌پردازیم. این اختلالات شامل اختلالات افسردگی، اختلالات اضطرابی و اختلالات مصرف مواد هستند. مدیریت و درمان این اختلالات به طور معمول نیز در نظام مراقبت‌های اولیه، به عهده‌ی پزشک عمومی آموزش دیده است. بدیهی است در هر یک از اختلالات ذکر شده، در مواردی که ضرورتی وجود داشته باشد و یا زمانی که پزشک با اختلالات پیچیده‌تر و شدیدتری چون اختلالات شخصیت، اختلالات پسیکوتیک،

اختلال دوقطبی و دمانس مواجه شود، این امکان در نظر گرفته شده که بیمار به سطوح بالاتر تخصصی ارجاع گردد. مصادیق ارجاع در هر یک از اختلالات فوق نیز در این فصل آمده است.

## افسردگی

افسردگی شایع‌ترین اختلال روانپزشکی در بیماران مبتلا به HIV محسوب می‌شود و شیوع افسردگی در این بیماران دست کم دو برابر جمعیت عمومی گزارش شده است. در صورت هم‌بودی این اختلال با اختلالات مصرف مواد، شیوع آن بیش از این مقدار افزایش می‌یابد. مطالعات نشان داده است که از هر ۳ فرد مبتلا به HIV، یک نفر به اختلال افسردگی اساسی مبتلا است. علائم افسردگی با بروز رفتارهای پرخطر، عدم تبعیت از درمان و کوتاه شدن مدت بقاء یا زنده ماندن فرد مبتلا همراه است. البته اندوه و سوگ، پاسخ‌های معمول و طبیعی به بسیاری از پیامدهای عفونت با HIV بوده و افسردگی بالینی محسوب نمی‌شود، اگرچه ممکن است نیاز به مراقبت و مداخله داشته باشد.

## تشخیص بیماری

برخی از پزشکان تمایلی برای پرسش مستقیم در مورد علائم روانپزشکی مراجعین خود ندارند و ممکن است از این بترسند که پرسیدن سئوالاتی در مورد روان افراد، توهین به آنها تلقی شود. به هر حال، واقعیت این است که در یک مرکز درمانی، بیمار برای این گونه سئوالات آماده است و احساس نمی‌کند که به او توهین شده است. برای بیماری که از علائم روانپزشکی رنج می‌برد پذیرفته شده است که از او در مورد آنها سئوال شود. برای شروع، پزشک می‌تواند از بیمار این گونه سئوال کند که "من به همان اندازه که نگران سلامت جسمی شما هستم به مشکلات اعصاب و روان شما هم اهمیت می‌دهم" و سپس این گونه ادامه دهد که "می‌خواهم چند سئوال در مورد مشکلات اعصاب و روان از شما بپرسم". تشخیص اختلال افسردگی با جستجو در مورد علائم کلیدی افسردگی آغاز می‌شود و بر اساس مجموعه‌ای از موارد زیر، تشخیص افسردگی برای فرد مطرح می‌شود.

❖ بر اساس معیارهای DSM-IV، فرد ۵ مورد از علائم زیر را هر روز و به مدت حداقل دو هفته باید داشته باشد:

- خلق افسرده
- عدم احساس لذت/بی‌علاقگی به امور
- اختلالات خواب
- کندی حرکتی و یا بی‌قراری
- کاهش اشتها
- کاهش انرژی
- کاهش تمرکز
- افکار مرگ و خودکشی
- احساس گناه یا بی‌ارزشی

❖ یکی از دو علامت اول یعنی «خلق افسرده» و «عدم احساس لذت یا بی‌علاقگی به امور» باید حتماً وجود داشته باشد.

❖ علائم باید اختلال قابل توجهی در عملکرد فرد در زمینه‌های شغلی یا تحصیلی، روابط بین فردی و فعالیت‌های اجتماعی ایجاد کند.

- ❖ علایم نباید ناشی از یکی بیماری طبی یا مصرف مواد باشد.
- ❖ پیش از شروع داروی ضد افسردگی، باید وجود سابقه‌ی مانیا در فرد چک شود تا از احتمال بروز اپیزود مانیا پس از شروع درمان ضد افسردگی پیشگیری شود. خلق بالا یا تحریک پذیر، کاهش نیاز به خواب، افزایش انرژی، پرش افکار و فشار تکلم، پر فعالیتی و انجام رفتارهای پرخطر از علایم برجسته‌ی دوره‌های مانیا است. در این صورت بهتر است برای ارزیابی بیشتر، بیمار به روانپزشک ارجاع گردد.
- باید توجه داشت که بسیاری از بیماران ممکن است نشانه‌های خود را به عنوان افسردگی قبول نداشته باشند و آنها را به پزشک خود گزارش نکنند؛ ولی تغییراتی در رفتار ایشان مشاهده می‌شود که می‌تواند پزشک را به وجود افسردگی مشکوک کند. رفتارهای زیر ممکن است نشانگر افسردگی در فرد مبتلا به HIV باشد:

- ❖ تغییر در وضعیت پایبندی به درمان ART؛
- ❖ ناتوانی در اتخاذ تصمیم‌های مهم زندگی از جمله تصمیماتی که فرد باید برای مراقبت‌های پزشکی و سازگار شدن با بیماری خود بگیرد؛
- ❖ مشغولیت فکری بیش از حد با موضوعات خاص که معمولاً موضوعات پیش پا افتاده‌ی زندگی فرد هستند؛
- ❖ تغییر در عملکرد فرد شامل ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزمره، عود مصرف مواد و دوری گزینی تعمدی از دیگران و منزوی شدن؛
- ❖ شکایات جسمی غیرقابل توصیف که علت جسمی برای آن نمی‌توان یافت به ویژه درد، سستی و بی‌حالی بدون علت مشخص؛
- ❖ مشکلات بین فردی؛
- ❖ بروز رفتارهای مشکل آفرین در مرکز درمانی.

در چنین مواردی که بیمار تمایلی به ابراز نشانه‌های افسردگی خویش ندارد یا قادر به تشخیص مشکل خود نیست، پزشک ارائه‌کننده‌ی خدمات به این بیماران موظف است افسردگی را در فرد ارزیابی کرده و در صورت تشخیص افسردگی، این موضوع را به بیمار بازخورد دهد. به طور معمول بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی، درجاتی از اندوه، سوگ، دل‌سردی یا روحیه‌ی پایین را تجربه می‌کنند؛ ولی وجود علایمی چون ناامیدی، لذت نبردن از فعالیت‌های معمول زندگی، نشخوار ذهنی با احساس گناه و افکار مرگ و خودکشی قطعاً نیازمند مداخله‌ی روانپزشکی است.

در دوره‌های بحرانی از زندگی بیماران، خطر بروز افسردگی افزایش می‌یابد. پزشک باید این نقاط بحرانی را بشناسد و گوش به زنگ برای شناسایی و مداخله‌ی به موقع افسردگی باشد. این بحران‌ها شامل موارد زیر است:

- ❖ تشخیص عفونت با HIV؛
- ❖ افشای وضعیت بیماری به بستگان؛
- ❖ توصیه برای شروع درمان ART؛
- ❖ بروز بیماری جسمی جدید؛
- ❖ بروز نشانه‌های پیشرفت بیماری (کاهش شدید CD4 یا افزایش بار ویروس)؛
- ❖ بستری شدن در بیمارستان (به ویژه اولین بستری)؛
- ❖ تشخیص سندرم AIDS؛
- ❖ برگشت به سطوح بالاتر عملکرد (بازگشت به بازار کار یا شروع مجدد مدرسه)؛
- ❖ تغییرات بزرگ در زندگی (به دنیا آمدن فرزند، حاملگی، از دست دادن شغل، از دست دادن یک رابطه‌ی عاطفی، تغییر محل سکونت)
- ❖ مرگ عزیزان مبتلا به HIV؛

### ❖ روزهای پایانی زندگی و زمان تصمیم‌گیری‌های مهم برای بازماندگان.

در بسیاری از مراکز ارائه‌کننده خدمات بهداشت روان، مراجعه‌کنندگان HIV<sup>+</sup>، از جهت وجود نشانه‌های روانپزشکی از جمله علائم افسردگی، غربالگری می‌شوند. این کار توسط ابزارهای غربالگری کوتاه و ساده که برای عموم مردم قابل فهم باشد و اعتبار مناسبی داشته باشد، صورت می‌گیرد. از بین ابزارهایی که در جهان برای این بیماران در مراکز مراقبت‌های اولیه مورد استفاده قرار می‌گیرد، مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی<sup>۱</sup> (HADS)، پرسشنامه‌ی سلامت عمومی ۲۸ و یا ۱۲ گزینه‌ای<sup>۲</sup> (GHQ-28/GHQ-12)، پرسشنامه‌ی مراقبت‌های اولیه‌ی ۹ گزینه‌ای<sup>۳</sup> (PHQ-9) و ابزار غربالگری علائم سوء مصرف مواد و اختلالات روانی<sup>۴</sup> (SAMISS)، بیشتر استفاده شده‌اند. بدیهی است ابزارهای غربالگری باید حساسیت بالایی داشته باشند و تا بتوانند درصد بالاتری از افرادی که احتمال افسردگی برای ایشان مطرح است را شناسایی کنند. بنابراین در افرادی که بر اساس ابزار غربالگری، احتمال افسردگی برای ایشان مطرح می‌شود، باید ارزیابی بالینی تکمیلی به عمل آید.

توصیه می‌شود مسئول پذیرش، در مورد نحوه‌ی انجام و نمره‌گذاری ابزار آموزش مختصری ببیند، ابزار خودایفا را به مراجع دهد و پس از تکمیل توسط بیمار، پرسشنامه را نمره‌گذاری کرده و افراد دارای ظن به اختلال روانی را مشخص نماید. در صورتی که بیمار بی‌سواد باشد، مسئول پذیرش با خواندن پرسشنامه به وی در تکمیل آن کمک کند. افراد دارای اختلال روانی بر اساس نقطه‌ی برش<sup>۵</sup> ابزار، به پزشک ارجاع می‌شوند تا تشخیص قطعی، تعیین شده و درمان بیمار و برنامه‌ی پیگیری وی آغاز شود.

پزشک باید توجه داشته باشد که برخی از وضعیت‌های طبی یا مصرف برخی داروها ممکن است نشانه‌های مشابه افسردگی ایجاد کند و درمان بیماری زمینه‌ای و مدیریت عوارض داروها، به ویژه در بیماران با عفونت پیشرفته با HIV باید مدنظر قرار گیرد. این وضعیت‌ها شامل موارد زیر است:

- ❖ اختلالات اندوکراین، مانند هیپوگنادیسم، هیپوتیروئیدیسم و دیابت؛
- ❖ مصرف داروهای افایرنز<sup>۶</sup>، اینترفرون<sup>۷</sup> و کورتیکواستروئید؛
- ❖ کمبود ویتامین B12؛
- ❖ عفونت‌های فرصت طلب، مانند توکسوپلاسموز و سایر عفونت‌ها مانند سیفلیس؛
- ❖ دمانس ناشی از HIV<sup>۸</sup>؛
- ❖ بدخیمی‌های سیستم اعصاب مرکزی.

<sup>1</sup> Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

<sup>2</sup> General Health Questionnaire-28 or 12 (GHQ-28, GHQ-12)

<sup>3</sup> Primary Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

<sup>4</sup> Substance Abuse and Mental Illness Symptom Screener (SAMISS)

<sup>5</sup> Cut-off Point

<sup>6</sup> Efavirenz

<sup>7</sup> Interferon

<sup>8</sup> HIV-associated Dementia

## ارجاع به روانپزشک

اندیکاسیون‌های ارجاع بیماران شامل موارد زیر است:

- ❖ وجود افسردگی همزمان با هر یک از علائم دمانس، علائم پسیکوتیک، علائم یا سابقه‌ی قبلی مانیا؛
- ❖ عدم پاسخ به درمان ضدافسردگی (با دو دوره درمان ضدافسردگی متفاوت با دوز مناسب)؛
- ❖ بدتر شدن علائم با وجود درمان مناسب؛
- ❖ نیاز به استفاده از دوزهای بالاتر از آنچه برای کنترل علائم توصیه شده ؛
- ❖ عدم تحمل عوارض جانبی توسط بیمار یا نگرانی پزشک در مورد عوارض جانبی احتمالی؛
- ❖ نیاز به درمان‌های تخصصی مانند روان‌درمانی و ECT؛
- ❖ افکار جدی خودکشی؛
- ❖ افسردگی در زنان حامله یا شیرده؛
- ❖ بروز افسردگی در زمان درمان با اینترفرون در بیمار مبتلا به عفونت همزمان<sup>1</sup> HIV/HCV؛
- ❖ بروز علائم افسردگی در فردی که سابقه‌ی اختلال دوقطبی دارد.

در وضعیت‌های زیر خطر خودکشی افزایش می‌یابد:

- ❖ دسترسی به وسیله‌ای برای خودکشی (مانند، اسلحه، دارو و مواد مهلک) در افرادی که در حال حاضر فکر، قصد یا نقشه‌ای برای خودکشی دارند؛
- ❖ وجود سابقه‌ی قبلی خودکشی؛
- ❖ سوء مصرف مواد و الکل؛
- ❖ تکانشگری یا ضعف در کنترل رفتار؛
- ❖ ناامیدی شدید و طولانی؛
- ❖ تجربه‌ی اخیر فقدان (از دست دادن قوای جسمی، شکست مالی یا از دست دادن عزیزان)؛
- ❖ دوره‌ی پس از ترخیص از بیمارستان؛
- ❖ وجود سابقه‌ی خانوادگی خودکشی؛
- ❖ سابقه‌ی قربانی شدن به علت سوء استفاده جسمی، جنسی یا عاطفی؛
- ❖ همبودی با بیماری‌های جسمی،
- ❖ عوامل جمعیت‌شناختی (افراد مسن یا بالغین جوان، افراد مجرد یا افرادی که به تنهایی زندگی می‌کنند)،
- ❖ داشتن تمایلات همجنسگرایانه؛
- ❖ اختلال هویت جنسی.

لازم به ذکر است، نحوه‌ی برخورد با بیماری که خطر خودکشی وی بالاست، در فصل هفتم با عنوان «کار با مراجعین دارای افکار خودکشی» آمده است.

<sup>1</sup> HIV/Hepatitis C Co-Infection

## عفونت همزمان HIV و HCV

عفونت همزمان با HCV در بیماران مبتلا به HIV پدیده‌ی شایعی است و در مطالعه‌ای که بر روی معتادان تزریقی در ایران انجام شده، عفونت همزمان با HCV در ۸۰ درصد مبتلایان به HIV گزارش شده است. شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به عفونت همزمان با این دو ویروس بالاست و در صورتی که برای بیمار اینترفرون آلفا تجویز شود، بروز افسردگی به ۲۰ تا ۴۰ درصد می‌رسد و حتی در مطالعات مختلف این خطر تا ۸۰ درصد نیز ذکر شده است. پزشکی که برای بیمار مبتلا به عفونت همزمان HIV/HCV اینترفرون آلفا تجویز می‌کند، باید بداند که بیمار در زمان دریافت درمان با اینترفرون باید به صورت ماهانه از نظر وجود افسردگی ارزیابی شود. بروز افسردگی در ۸ هفته‌ی اول درمان با اینترفرون بالاتر است و در صورت افسردگی، به ویژه در صورت همراهی افسردگی با اختلالات مصرف مواد، پزشک باید بیمار را به روانپزشک ارجاع دهد. وجود سابقه‌ی افسردگی، منعی برای تجویز اینترفرون نیست و در صورت وجود یک سیستم پیگیری و کار تیمی که درمان و مراقبت از افسردگی بیمار را نیز پوشش دهد، احتمال بروز مشکل به حداقل می‌رسد.

## درمان افسردگی

افسردگی خفیف که پس از استرس‌های زندگی رخ می‌دهد، به طور معمول طی ۲ تا ۴ هفته صرفاً با حمایت و آموزش بیمار برطرف می‌شود. در صورتی که افسردگی به مداخلات حمایتی و آموزشی معمول پاسخ ندهد و یا علائم افسردگی شدیدتر باشند به گونه‌ای که افت واضح در عملکرد شغلی و اجتماعی فرد ایجاد شود، افکار جدی خودکشی وجود داشته باشد و یا مراقبت فرد از خود دچار مشکل شود، درمان دارویی ضرورت پیدا می‌کند. برای برخی از بیماران درمان دارویی به تنهایی برای درمان افسردگی کافی است؛ ولی برای برخی دیگر ممکن است نیاز به ترکیبی از درمان دارویی و روان‌درمانی وجود داشته باشد تا درمان، مؤثرتر و سریع‌تر صورت گیرد.

## درمان دارویی:

داروهای شایعی که پزشک مراقبت‌های اولیه، به طور معمول برای درمان افسردگی تجویز می‌کند، از دو دسته‌ی اصلی مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین<sup>۱</sup> (مانند فلوکستین و سرتالین) و ضدافسردگی‌های سه‌حلقه‌ای (مانند آمی‌تریپتیلین و ایمی‌پرامین) تشکیل می‌شود. نکات زیر هنگام درمان دارویی بیمار مبتلا به اختلال افسردگی، باید مد نظر قرار گیرد:

- ❖ انتخاب ضدافسردگی بر اساس، سابقه‌ی قبلی مصرف ضدافسردگی در خود بیمار یا اعضاء خانواده‌ی وی، علائم بیمار، عوارض جانبی و تداخلات دارویی صورت می‌گیرد. اگر بیمار در گذشته به داروی ضدافسردگی خاصی پاسخ مناسب داده است، یا خانواده‌ی وی این دارو را استفاده می‌کنند و در آنها درمان مؤثر بوده است، استفاده از همان دارو، انتخاب مناسبی خواهد بود. همچنین عوارض دارو ممکن است برای درمان علائم بیمار مفید باشد؛ به عنوان مثال در فردی که به دلیل افسردگی دچار بی‌خوابی شده، دارویی که خواب‌آلودگی بیشتری ایجاد می‌کند مفیدتر است.
- ❖ به عنوان یک اصل، این مفهوم را به عنوان سنگ بنای درمان با داروهای روانپزشکی در بیماران مبتلا به HIV باید به خاطر داشت: «شروع با دوز پایین و افزایش آهسته‌ی دوز دارو».

<sup>1</sup> Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)

- ❖ داروهای مهارکننده‌ی انتخابی بازجذب سروتونین اگر چه الزاماً مؤثرتر از داروهای سه‌حلقه‌ای نیستند، ولی به خوبی توسط بیماران تحمل می‌شوند و به دلیل تداخل دارویی و عوارض جانبی کمتر، به عنوان خط اول درمان محسوب می‌شوند.
- ❖ ممکن است برای برخی از بیماران، درمان با ضدافسردگی های سه‌حلقه‌ای ترجیح داده شود. عوارض آنتی‌کلینرژیک این داروها گاهی می‌تواند برای رفع برخی از علائم جسمی بیماران مفید باشد. به عنوان مثال، برای بیمارانی که از اسهال، کاهش وزن و بی‌خوابی رنج می‌برند، ممکن است این داروها انتخاب مناسبی باشد. ولی عوارض جانبی آنها مانند خشکی دهان، تاری دید، افت فشار خون وضعیتی، مشکلات حافظه و عوارض شناختی دارو ممکن است توسط بیماران تحمل نشود و در پایبندی به درمان مشکل ایجاد کند.
- ❖ عوارض جانبی جنسی با داروهای SSRI شایع است و باید مورد رسیدگی قرار گیرد؛ چون ممکن است ادامه‌ی این عارضه، پایبندی به درمان را کاهش دهد. در بسیاری از موارد این عارضه به کاهش دوز، دادن تعطیلات دارویی یا استفاده از داروی دیگری از همان دسته پاسخ می‌دهد و در غیر این صورت باید از دسته‌ی دارویی دیگری استفاده شود.
- ❖ هر جا انتخاب داروی مناسب برای بیمار مشکل بود و یا نیاز به انتخاب دارویی خارج از دو دسته‌ی فوق‌الذکر بود، بهتر است بیمار به روانپزشک ارجاع شود.
- ❖ اکثر داروهای ضدافسردگی اثرات مثبت خود را به تدریج نشان می‌دهند و آموزش بیمار در این مورد که باید بین ۴ تا ۶ هفته برای شروع اثرات مثبت درمانی دارو صبر کند، اهمیت دارد.
- ❖ شایع‌ترین دلیل عدم پاسخ به درمان، مصرف با دوز پایین یا به مدت ناکافی می‌باشد. بنابراین پایبندی بیمار به درمان باید کنترل شود.
- ❖ پزشک باید به بیمار توضیح دهد که مشکلات خواب، انرژی و توانایی فرد برای انجام کارهای روزمره، زودتر از بهبود خلق افسرده، خوب می‌شوند.
- ❖ پس از شروع درمان، اولین ویزیت ۲ هفته بعد صورت می‌گیرد. در این ویزیت هدف، ارزیابی عوارض جانبی و اطمینان از مصرف دوز دارویی تجویز شده است و به بیمار باید اطمینان داده شود که بهتر شدن علائم کمی طول می‌کشد ولی اتفاق خواهد افتاد و باید برای بهتر شدن علائم، حداقل ۴ هفته صبر کند.
- ❖ عوارض جانبی در اکثر مواقع قابل تحمل و خفیف هستند، بروز عوارض جدی و شدید، بسته به مورد، نیاز به توجه و درمان دارد و رژیم درمانی باید تغییر کند.
- ❖ دومین ویزیت، یک ماه پس از شروع درمان صورت می‌گیرد و هدف آن ارزیابی میزان بهبودی علائم است.
- ❖ در صورت پاسخ مناسب درمانی، ویزیت‌های بعدی با فاصله هر دو ماه صورت می‌گیرد تا پایبندی به درمان، میزان پاسخ درمانی و عوارض داروها هر بار ارزیابی شود.
- ❖ پاسخ ناکافی یا عدم پاسخ به درمان پس از ۴ هفته از مصرف دوز کافی از دارو، باید مورد توجه قرار گیرد. اولین اقدام افزایش دوز دارو تا میزان قابل قبول است. اگر پس از یک دوره از درمان با حداکثر دوز قابل قبول، دارو مؤثر نباشد، تغییر دارو یا اضافه کردن داروی جدید و در صورت نیاز ارجاع به روانپزشک باید صورت گیرد. عدم پاسخ به دارویی از یک دسته الزاماً به این معنا نیست که بیمار به داروهای دیگر از همان دسته نیز جواب نخواهد داد.
- ❖ مدت درمان اختلال افسردگی شش ماه تا یک سال می‌باشد. اگر بیمار به دو دوره‌ی درمان ضدافسردگی با دوز مناسب و زمان کافی پاسخ ندهد، باید وی را به روانپزشک ارجاع داد. افسردگی یک بیماری مزمن و عودکننده است و در صورتی که فرد دوره‌های مکرر افسردگی داشته باشد، ممکن است تا آخر عمر نیاز به داروی ضدافسردگی داشته باشد.
- ❖ در صورتی که تصمیم به قطع دارو گرفته شد، قطع تدریجی و در عرض چند هفته باید صورت گیرد.



- ❖ از آنجایی که احتمال عوارض جانبی و تداخل دارویی بصورت بالقوه وجود دارد، پزشک باید با پروفایل عوارض جانبی دارو و تداخل داروهای ضدافسردگی با درمان‌های مرتبط با عفونت HIV آشنا باشد. در جدول ۵ فهرست داروهای شایع مورد استفاده برای افسردگی به همراه دوز مصرفی و تداخلات دارویی احتمالی نشان داده شده است.
- ❖ در مورد داروهای SSRI، تداخل دارویی با داروهای ضد رتروویروس از لحاظ بالینی اهمیتی ندارد ولی در مورد داروهای سه حلقه‌ای، مصرف همزمان با ریتوناویر، سطح خونی داروی ضدافسردگی را افزایش می‌دهد و توصیه می‌شود دوز داروی ضدافسردگی به نصف کاهش داده شود.

### روان درمانی:

علاوه بر گروه‌های آموزش روانشناختی، گروه درمانی شناختی-رفتاری و آموزش تکنیک‌های مدیریت استرس که برای بهبود افسردگی به کار می‌روند، انواع روان‌درمانی بین فردی، روان‌درمانی تحلیلی و روان‌درمانی شناختی برای درمان افسردگی به تنهایی یا همراه با درمان دارویی استفاده می‌شوند.

اندیکاسیون‌های ارجاع بیمار به روانپزشک و یا روانشناس دوره دیده، برای روان‌درمانی شامل موارد زیر است:

- ❖ وقتی که مداخلات آموزش روانشناختی اولیه و درمان دارویی برای کاهش علائم خلقی کافی نیستند؛
- ❖ وقتی بیمار از درمان دارویی امتناع می‌کند؛
- ❖ بیمار روان‌درمانی را به دارو درمانی ترجیح دهد.

یک پزشک عمومی دوره دیده، می‌تواند اختلال افسردگی را در ۸۰ درصد موارد، تحت درمان و کنترل قرار دهد.

## اضطراب

علائم و نشانه‌های اضطراب در بیش از ۸۰ درصد بیماران مبتلا به HIV دیده می‌شود. واکنش‌های اضطرابی به دلایل متنوعی ممکن است ایجاد شده و توسعه یابند. این دلایل از نگرانی‌های بیمار در مورد عفونت HIV، درمان و مراقبت از آن و مرگ به علت این بیماری، تا دلایلی غیر مرتبط با HIV از جمله استرس‌های روزمره زندگی، مشکلات خانوادگی و مسائلی نظیر این را شامل می‌شود. در مواردی، فرد در گذشته سابقه‌ی یک اختلال اضطرابی را داشته و در جریان ابتلا به عفونت با HIV، اختلال اضطرابی مجدداً خود را نشان می‌دهد. اختلال اضطرابی انواع مختلفی دارد و اختلال هراس<sup>۱</sup>، اختلال اضطراب منتشر<sup>۲</sup>، اختلال وسواسی-جبری<sup>۳</sup>، اختلال استرس پس از سانحه<sup>۴</sup> با شیوع قابل توجهی در بیماران مبتلا به عفونت با HIV دیده می‌شود. در مطالعه‌ای بر روی بیماران مبتلا به HIV که از خدمات پزشکی استفاده می‌کردند، نشان داده شده که از هر ۵ نفر، یک نفر از نوعی اختلال اضطرابی رنج می‌برد. ۱۲/۳ درصد از این افراد اختلال هراس، ۱۰/۴ درصد اختلال PTSD و ۲/۸ درصد اختلال اضطراب منتشر داشتند. باید توجه داشت که علائم بارز اضطراب در افرادی که برای ایشان تشخیص اختلال افسردگی و یا سوءمصرف و وابستگی به مواد داده شده، نیز تجربه می‌شود.

<sup>1</sup> Panic disorder

<sup>2</sup> Generalized Anxiety Disorder (GAD)

<sup>3</sup> Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)

<sup>4</sup> Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

## انواع شایع اختلالات اضطرابی در بیماران مبتلا به HIV

### اختلال اضطراب منتشر

این اختلال مشتمل بر اضطراب و نگرانی مفرط در مورد یک یا چند واقعه یا فعالیت است که در اکثر روزها و در یک دوره‌ی حداقل شش ماهه وجود دارد. علائم جسمی و ذهنی اضطراب موجب رنج و ناراحتی بیمار شده و عملکرد شغلی، تحصیلی، اجتماعی یا روابط بین فردی بیمار را متأثر می‌سازد.

### اختلال وسواسی-جبری

وسواس یک اختلال مزمن به صورت عقاید، افکار، تکانه‌ها یا تصاویر مزاحم و بی‌مورد است که باعث اضطراب مشخص و یا دیسترس روانی می‌شود. اجبار، رفتارهای تکراری (مانند شستن دست، انجام کارها با ترتیب خاص یا چک کردن) یا اعمال ذهنی (ورد و دعا خواندن، شمارش یا تکرار کلمات در ذهن) است، که با هدف پیشگیری یا کاهش اضطراب یا دیسترس انجام می‌شود. فرد زمان زیادی را به انجام این کارها اختصاص می‌دهد و این افکار یا اعمال موجب رنج و عذاب وی شده و یا عملکرد وی را مختل می‌کند.

### اختلال هراس یا پانیک

اختلال هراس یک اختلال عودکننده با حملات غیرمنتظره‌ی پانیک است که پس از آن حملات، فرد حداقل به مدت یک ماه نگرانی دایم در مورد وقوع حمله‌ی دیگر یا نگرانی در مورد پیامدهای حملات پانیک را دارد یا به دلیل این حملات، رفتار وی تغییر قابل توجهی کرده است. حمله‌ی پانیک که در این اختلال ذکر شد به اپیزودهای ناگهانی، غیرقابل پیش‌بینی و شدید اضطراب گفته می‌شود که با نشانه‌های جسمی مانند، تپش قلب، تنگی نفس و احساس خفگی، حالت تهوع، و نشانه‌های روانی، مانند احساس مسخ واقعیت<sup>۱</sup>، ترس از دست دادن عقل و دیوانه شدن، ترس از دست دادن کنترل بر رفتار، حس گرفتاری در یک عذاب قریب‌الوقوع، حس ناتوانی و به دام افتادن، خود را نشان می‌دهد.

### اختلال استرس پس از سانحه

این اختلال به دنبال مواجهه با یک حادثه‌ی تروماتیک و شدید (حوادثی مانند بلایای طبیعی، تجاوز، شکنجه یا حادثه‌ی ترافیکی) که تهدید کننده‌ی حیات بوده و موجب وحشت شدید و درماندگی در فرد می‌شود، بروز می‌کند. در این اختلال، حادثه به طور دایم در ذهن فرد مجسم می‌شود، فرد دچار علائم اضطرابی و برانگیختگی شدید شده و از به یادآوردن حادثه یا هر چیزی که تداعی کننده‌ی حادثه است، اجتناب می‌کند.

## علائم و نشانه‌های اختلال و تشخیص بیماری

اضطراب ممکن خود را با طیف وسیعی از علائم فیزیکی مانند تنگی نفس، درد قفسه‌ی سینه، افزایش ضربان قلب، گیجی، تعریق، بی‌حسی و سوزن سوزن شدن، تهوع و احساس خفگی خود را نشان دهد. وقتی بیمار با این علائم مراجعه می‌کند و هیچ اتیولوژی طبی برای آنها وجود ندارد، پزشک باید به اختلال اضطرابی مشکوک شود. علاوه بر شکایات جسمی ذکر شده، فرد علائمی مانند ترس، نگرانی، بی‌خوابی، اختلال تمرکز و حافظه، کاهش اشتها، نشخوار ذهنی، انجام رفتارهایی

<sup>1</sup> Derealization

آیین‌مانند و از روی اجبار و اجتناب از موقعیت‌های اضطراب‌آور را تجربه می‌کند ولی ممکن است به عنوان شکایت آن را مطرح نکند. پزشک با استفاده از سئوالات زیر می‌تواند به بیمار در بیان مشکلاتش کمک کند:

- ❖ "آیا اضطراب یا دلهره دارید؟"
- ❖ "آیا از چیزی می‌ترسید یا وحشت دارید؟"
- ❖ "آیا بیش از حد احساس نگرانی می‌کنید؟"
- ❖ "آیا احساس می‌کنید تحت فشار هستید و تحریک‌پذیر شده‌اید؟"
- ❖ "آیا احساس بی‌قراری می‌کنید؟"
- ❖ "آیا به خواب رفتن برای شما مشکل شده است؟"

به هر حال بیماران مبتلا به HIV در طول دوره‌ی بیماری خود، علائم اضطرابی، نگرانی، ترس و فشار روانی را بطور شایعی، تجربه می‌کنند و این علائم ممکن است پاسخی به وقایع استرس‌زای زندگی آنها باشد ولی زمانی تشخیص اختلال اضطرابی مطرح می‌شود که:

- ❖ علائم و نشانه‌های اضطراب در عملکرد روزمره‌ی فرد (توانایی کار کردن، بیرون رفتن از منزل یا مراجعه به مرکز درمانی) اختلال ایجاد کند؛
- ❖ این نشانه‌ها در روابط بین فردی بیمار مشکل ایجاد کرده باشد؛
- ❖ باعث رنج و دیسترس قابل توجهی در فرد شود.

حتی دوره‌های کوتاه اضطراب، مانند آنچه در حمله‌ی هراس اتفاق می‌افتد، ممکن است در زندگی روزمره‌ی فرد اختلال ایجاد کند و تشخیص اختلال اضطرابی را مطرح نماید.

برخی از اختلالات روانی و بیماری‌های جسمی شایع در بیماران مبتلا به HIV نیز، ممکن است علائم و نشانه‌های اضطرابی داشته باشند. بنابراین پزشک باید به سایر تشخیص‌های افتراقی نیز توجه کند. این موارد عبارتند از:

- ❖ اختلال افسردگی اساسی؛
- ❖ اختلال انطباقی با علائم اضطرابی (وجود علائم اضطرابی خودمحدودشونده به دنبال واقعه‌ی استرس‌زا)؛
- ❖ اختلال سوء مصرف و وابستگی به مواد (علائم مسمومیت یا ترک در موادی چون الکل، نیکوتین، کافئین، مواد محرک و اپیوئیدها)؛
- ❖ آسیب‌های سیستم اعصاب مرکزی شامل درگیری سیستم عصبی با ویروس HIV، نئوپلاسم، دمانس و دلیریوم؛
- ❖ بیماری‌های سیستمیک یا متابولیک شامل: هیپوکسیا، سپسیس و اختلالات الکترولیتی؛
- ❖ اختلالات غدد درون ریز شامل: اختلال تیروئید، کاهش قند خون، فنوکروموسیتوما و سندرم کوشینگ؛
- ❖ بیماری‌های دستگاه تنفسی مانند پنومونی؛
- ❖ مصرف برخی داروها مانند، داروهای کاهنده‌ی فشار خون (رزیپین، هیدرالازین)، داروهای ضد سل (ایزونیازید، سیکلوسرین)، داروهای مقلد سیستم سمپاتیک (افدرین، اپی نفرین، دوپامین، فنیل افرین، پسودوافدرین)، داروهای آنتی‌رتروویرال (ریتوناویر، دیدانوزین<sup>۱</sup>، سکویناویر<sup>۲</sup>) و نیز داروهایی مانند، ریتالین، دیژیتال، لیدوکائین، نیکوتینیک اسید، پروکاربازین<sup>۳</sup>، استروئیدها، تئوفیلین و آمینوفیلین.

<sup>1</sup> Didanosine

<sup>2</sup> Saquinavir

<sup>3</sup> Procarbazine

## ارجاع به روانپزشک

در صورت مواجهه با شرایط زیر، بیمار باید به روانپزشک ارجاع شود:

- ❖ عدم پاسخ علائم اضطرابی به درمان‌های استاندارد دارویی؛
- ❖ وجود تردید در مورد تشخیص اختلال اضطرابی؛
- ❖ وجود اضطراب شدید و مداوم؛
- ❖ افکار مزاحم و آزارنده یا رفتارهای آیینی اجباری در فرد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بدون پاسخ مناسب به درمان و همراه با آشفتگی و دیسترس شدید در فرد؛
- ❖ اضطراب در بیمار با سابقه‌ی سوءمصرف مواد یا مصرف‌کننده‌ی فعلی مواد (در این افراد احتمال سوءمصرف و وابستگی به برخی از داروهای ضد اضطرابی وجود دارد)؛
- ❖ هنگامی که بیمار به روان‌درمانی نیاز داشته باشد.

## درمان

برخی از علائم اضطرابی به طور مؤثری، با انجام مداخلات حمایتی و بدون مصرف دارو بهتر می‌شوند. این امر به ویژه در مورد بیمارانی که تمایلی به مصرف داروهای روانپزشکی ندارند، می‌تواند مفید باشد؛ ولی باید برای بیمار توضیح داد که با درمان دارویی، بهبود با سرعت بیشتری رخ می‌دهد. به هر حال، بیماران با علائم خفیف اضطرابی که در عملکرد روزمره‌ی آنها اختلالی ایجاد نشده است، ممکن است به مداخلات حمایتی و رفتاری به تنهایی، پاسخ دهند. استراتژی‌هایی که در این بیماران می‌تواند کمک‌کننده باشد، شامل موارد زیر است:

- ❖ ابراز همدلی با بیمار؛
- ❖ آموزش بیمار در مورد اضطراب و اطمینان‌بخشی به وی در مورد این که نشانه‌های وی منشاء جسمی ندارد و علائمی که در زمان حمله‌ی پانیک تجربه می‌کند، به علت مشکل قلبی یا ریوی نیست، بلکه ناشی از اضطراب است؛
- ❖ جستجوی عوامل روانشناختی که بتوان آنها را به اضطراب بیمار نسبت داد؛
- ❖ مشخص کردن نگرانی‌های اغراق‌آمیز و آموزش راه‌هایی برای فائق آمدن بر این نگرانی‌ها (استفاده از گفتگوی درونی مثبت و مبارزه با افکار منفی؛ به عنوان مثال، وقتی بیمار در اتاق انتظار برای ملاقات با پزشک نشسته و نگرانی از نیامدن یا دیر آمدن پزشک دارد، می‌تواند بگوید: «دوباره اضطراب دارد به سراغم می‌آید، دکتر فقط چند دقیقه دیر کرده، به زودی می‌رسد و مرا ویزیت خواهد کرد»؛
- ❖ توصیه به بیمار برای تغییر برخی از عادات زندگی، مانند عدم مصرف کافئین، سیگار و الکل، و انجام ورزش بطور منظم؛
- ❖ توصیه به درمان اختلالات مصرف مواد که می‌توانند باعث بروز یا تشدید علائم اضطرابی بیمار شوند و آماده ساختن آنان برای مراجعه به مراکز درمان اعتیاد؛
- ❖ آماده سازی بیمار برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا و کمک به وی برای یادگیری مکانیسم‌های مدارا؛

❖ آموزش تمرین‌های ساده‌ی آرمیدگی<sup>۱</sup> (می‌توان از بیمار خواست به آهستگی و عمیق نفس بکشد و بر دم و بازدم خود تمرکز کند و این کار را روزی ۳ بار به مدت ۱ دقیقه انجام دهد و در صورت امکان به تدریج مدت آن را به ۵ دقیقه افزایش دهد).

در بیمارانی که علائم شدید اضطرابی دارند، روان‌درمانی‌های تخصصی مانند روان‌درمانی شناختی-رفتاری و یا درمان دارویی ضرورت پیدا می‌کند.

### درمان دارویی:

بسیاری از داروهای ضدافسردگی از جمله داروهای مهارکننده‌ی انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) و داروهای سه‌حلقه‌ای، اثرات ضد اضطراب نیز دارند. علاوه بر این، داروهای دسته‌ی بنزودیازپین، داروهای مهارکننده‌ی گیرنده‌ی بتا<sup>۲</sup> و بوسپیرون<sup>۳</sup>، نیز برای کنترل برخی از علائم بیمار به کار می‌رود. پزشک باید به پروفایل عوارض جانبی و تداخلات دارویی داروهای ضداضطراب با داروهای مرتبط با عفونت HIV آشنا باشد. در جدول ۵ برخی از داروهای شایعی که در نظام مراقبت‌های اولیه به کار می‌رود، اشاره شده است. برای درمان دارویی اضطراب در بیماران مبتلا به HIV نکات زیر باید مد نظر قرار گیرد:

❖ بیماران با عفونت HIV به خصوص در افرادی که علامت‌دار شده‌اند، به دوزهای پایین‌تر داروهای ضداضطراب پاسخ می‌دهند. بنابراین همانطور که در قسمت افسردگی اشاره شد، مجدداً تأکید می‌شود که درمان با دوز پایین شروع شود و به آهستگی افزایش یابد.

❖ باید به بیمار توضیح داده شود که علائم وی با مصرف دارو، به تدریج طی ۴ تا ۶ هفته بهبود می‌یابد و حتی ممکن است اوایل، پیش از آنکه اثرات مثبت دارو ظاهر شود، عوارض جانبی شایع دارو (مانند عوارض گوارشی) را تجربه کند. بنابراین، باید برای بهتر شدن، کمی صبر کند.

❖ در درمان اختلال پانیک، برای بهبود سریع علائم ناشی از حملات پانیک، تا شروع اثرات درمانی داروهای SSRI می‌توان استفاده‌ی کوتاه‌مدت (کمتر از یک ماه) از داروهای دسته‌ی بنزودیازپین، مانند کلردیازپوکساید را مدنظر قرار داد.

❖ یکی از عوارض شایع داروهای دسته‌ی SSRI در درمان اضطراب، احتمال افزایش گذرای اضطراب در ابتدای درمان است که بر پذیرش درمان توسط بیمار اثر منفی می‌گذارد. بنابراین، می‌توان برای پیشگیری از این امر، برای مدت کوتاهی از بنزودیازپین‌ها استفاده نمود.

❖ در افرادی که سابقه‌ی اختلالات مصرف مواد و الکل را دارند، با توجه به احتمال سوء مصرف بنزودیازپین‌ها، استفاده از این گروه از داروها، توصیه نمی‌شود.

❖ از بین داروهای دسته‌ی SSRIs، فلوکستین<sup>۴</sup> و از بین داروهای سه‌حلقه‌ای، کلومی‌پرامین<sup>۵</sup> بر روی علائم و سواسی مؤثرند. باید توجه داشت که پاسخ درمانی در اختلال OCD، با دوزهای بالاتری از آنچه در اختلال افسردگی استفاده می‌شود، اتفاق می‌افتد.

<sup>1</sup> Relaxation

<sup>2</sup> Beta-blockers

<sup>3</sup> Buspirone

<sup>4</sup> Fluoxetine

<sup>5</sup> Clomipramine

- ❖ ویزیت اولیه برای ارزیابی عوارض جانبی و پاسخ به درمان، پس از یک ماه از شروع درمان انجام می‌شود. در صورت پاسخ مناسب، ویزیت‌های بعدی هر دو ماه یک بار به عمل آید.
- ❖ در مورد اختلال وسواسی-جبری، اثرات درمانی حداقل ۶ هفته پس از درمان آغاز می‌شود و برای مشاهده‌ی حداکثر اثرات درمانی، معمولاً به ۸ تا ۱۶ هفته زمان نیاز است.
- ❖ در صورت بهبود علایم، درمان نگهدارنده برای یک سال ادامه یابد و قطع درمان باید بسیار کند و تدریجی باشد.

## جدول ۵ - داروهای روانپزشکی، عوارض جانبی و تداخلات دارویی در بیماران مبتلا به HIV

تداخلات دارویی اساسی با داروهای ضد رتروویرال	احتیاط	عوارض جانبی جدی و شایع	دوز دارو در سالمندان، افراد با بیماری طی همراه یا مراحل بالینی HIV ۳ و ۴ بالینی عفونت HIV	دوز دارو در فرد بالغ	نام دارو
<b>داروهای مهار کننده بازجذب سروتونین (SSRIs)</b>					
<p>در استفاده از آن با داروهای دیگری که سطح سروتونین را افزایش می دهند (مانند MAOIs و Ritonavir ممکن است سطح خونی فلوکستین را افزایش دهد، ولی این افزایش از نظر بالینی قابل توجه نیست.</p>	<p>در استفاده از آن با داروهای دیگری که سطح سروتونین را افزایش می دهند (مانند MAOIs و Ritonavir) سایر داروهای دسته SSRIs) و همزمان با ECT احتیاط شود.</p>	<p>عوارض جدی: - سندرم سروتونین - مانیا - راش های پوستی شدید - عوارض شایع: - تهوع - سردرد - بی خوابی - ضعف - اسهال - لرزش دست - راش های پوستی</p>	<p>دوز شروع: ۵ تا ۱۰ میلی گرم روزانه افزایش: ۱۰ میلی گرم هر ۲ هفته تا دستیابی به پاسخ بالینی مناسب حداکثر دوز: ۴۰ میلی گرم</p>	<p>دوز شروع: ۱۰ تا ۲۰ میلی گرم روزانه افزایش: ۱۰ میلی گرم هر ۲ هفته تا دستیابی به پاسخ بالینی مناسب حداکثر دوز: ۶۰ میلی گرم در مورد اختلال وسواسی-جبری از دوزهای بالاتر از آنچه در درمان افسردگی استفاده می شود استفاده کنید (۸۰ میلی گرم در روز)</p>	<p>کپسول فلوکستین ۱۰ و ۲۰ میلی گرمی و شربت ۲۰ میلی گرمی در هر ۵ سی سی</p>
<p>شبهه تداخلات فلوکستین</p>	<p>شبهه احتیاطات فلوکستین</p>	<p>شبهه عوارض فلوکستین</p>	<p>دوز شروع: ۲۵ میلی گرم روزانه افزایش: ۲۵ میلی گرم هر ۲ هفته تا دستیابی به پاسخ بالینی مناسب حداکثر دوز: ۱۵۰ میلی گرم</p>	<p>دوز شروع: ۲۵ تا ۵۰ میلی گرم روزانه افزایش: ۵۰ میلی گرم هر ۲ هفته تا دستیابی به پاسخ بالینی مناسب حداکثر دوز: ۲۰۰ میلی گرم</p>	<p>قرص سرتالین<sup>۱</sup> ۲۵ و ۵۰ میلی گرمی</p>

تداخلات دارویی اساسی با داروهای ضد رتروویرال	احتیاط	عوارض جانبی جدی و شایع	نام دارو
<p>تداخلات دارویی اساسی با داروهای ضد رتروویرال</p> <p>تداخلات دارویی اساسی با داروهای ضد افسردگی های سه حلقه‌ای (TCA)</p>	<p>احتیاط</p>	<p>دوز دارو در سالمندان، افراد با بیماری طی همراه یا مراحل بالینی HIV ۳ و ۴ بالینی عفونت HIV</p>	<p>نام دارو</p>
<p>مشابه تناخل دارویی با آمی‌تریپتیلین</p> <p>Ritonavir سطح خونی ایمی‌پرامین را افزایش می‌دهد. استراتژی توصیه شده برای آمی‌تریپتیلین برای تنظیم دوز استفاده شود.</p>	<p>عوارض جدی: عوارض فشار خون - آرتیسمی - تشنج - مانییا - عوارض شایع: عوارض اتونوم مانند خشکی دهان و بی‌بوست خواب آلودگی - افزایش وزن</p>	<p>دوز شروع: ۵۰ میلی‌گرم پس از یک هفته: افزایش تا ۷۵ میلی‌گرم (۲۵ صبح و ۵۰ میلی شب) پس از ۶ هفته: در صورت پاسخ ناکافی افزایش تا ۱۵۰ میلی‌گرم (۵۰ میلی صبح و ۱۰۰ میلی شب) حداکثر دوز: ۲۵۰ میلی‌گرم برای درمان بی‌خوابی ۱۰ تا ۵۰ میلی‌گرم</p>	<p>قرص آمی‌تریپتیلین ۱۰، ۲۵، ۵۰ و ۱۰۰ میلی‌گرم</p>
<p>مشابه تناخل دارویی با آمی‌تریپتیلین</p> <p>Ritonavir سطح خونی ایمی‌پرامین را افزایش می‌دهد. استراتژی توصیه شده برای آمی‌تریپتیلین برای تنظیم دوز استفاده شود.</p>	<p>عوارض جدی: عوارض فشار خون - آرتیسمی - تشنج - مانییا - عوارض شایع: عوارض اتونوم مانند خشکی دهان و بی‌بوست خواب آلودگی - افزایش وزن</p>	<p>دوز شروع: ۱۰ میلی‌گرم قبل از خواب افزایش دوز: ۴ تا ۷ میلی‌گرم تا ۷ روز تا ۷۵-۵۰ میلی‌گرم حداکثر دوز: ۱۰۰ میلی‌گرم</p>	<p>قرص کلومی‌پرامین ۱۰، ۲۵، ۵۰ و ۷۵ میلی‌گرم</p>

1 Amitriptyline

2 Imipramine



تداخلات دارویی اساسی یا داروهای ضدترتروویرال	احتیاط	عوارض جانبی جدی و شایع	نام دارو
<p>دوز دارو در سالمندان افراد با بیماری طی همراه یا مراحل بالینی ۳ و ۴ بالینی عفونت HIV</p> <p>دوز دارو در فرد بالغ</p> <p>نام دارو</p> <p>ضد اضطراب: بنزدین‌پین‌ها و بوستیرون</p>	<p>اگر بیمار تحت درمان با NNRTIs: اطلاعاتی منتشر نشده</p> <p>NNRTIs: اطلاعاتی منتشر نشده</p> <p>Protease Inhibitors</p> <p>ممکن است سطح خوبی دیازپام را افزایش داده و موجب مسمومیت با این دارو گردد، که با علائم پورسیبون تنفسی و کاهش سطح هوشیاری خود را نشان می‌دهد. در این بیماران، از مصرف دیازپام اجتناب شود.</p>	<p>عوارض تحت درمان با NNRTIs: مشابه دیازپام به جز این که در مصرف همزمان با ریتوناویر منع مصرفی ندارد.</p>	<p>دوز شروع: ۱ تا ۲ میلی‌گرم یک تا دو بار در روز</p> <p>افزایش: هر یک تا ۲ هفته روز به صورت دوزهای منقسم تا دوز تا ۴ تا ۶ میلی‌گرم</p> <p>مصرف بنزدین‌پین‌های کوتاه اثر که متابولیت حواسط ندارند، مانند لورازپام ترجیح داده می‌شود.</p>
	<p>NNRTIs: اطلاعاتی منتشر نشده</p> <p>NNRTIs: اطلاعاتی منتشر نشده</p> <p>Protease Inhibitors</p> <p>اطلاعاتی منتشر نشده</p> <p>مصرف لورازپام بدلیل خطر کم تداخل دارویی با مهارکننده‌های پروتئاز، به دیازپام ترجیح داده می‌شود.</p>	<p>مشابه دیازپام یک تا دو بار در روز</p> <p>افزایش: هر یک تا ۲ هفته به صورت دوزهای منقسم تا ۲ تا ۳ میلی‌گرم</p> <p>حاکثر دوز: ۳ میلی‌گرم روزانه</p>	<p>دوز شروع: ۱ میلی‌گرم یک تا دو بار در روز</p> <p>افزایش: هر یک تا ۲ هفته به صورت دوزهای منقسم تا ۴ تا ۸ میلی‌گرم</p> <p>حاکثر دوز: ۸ میلی‌گرم روزانه</p>

<sup>1</sup> Diazepam

<sup>2</sup> Lorazepam

تداخلات دارویی اساسی با داروهای ضد رتروویرال	احتیاط	عوارض جانبی جدی و شایع	دوز دارو در سالمندان، افراد با بیماری طی همراه یا مراحل بالینی HIV ۳ و ۴ بالینی عفونت	دوز دارو در فرد بالغ	نام دارو
<p><b>:NNRTIs</b></p> <p>مصرف همزمان با efavirenz منجر به تغییرات سطح خونی (افزایش یا کاهش) کلونازپام می‌شود. از مصرف همزمان این دو دارو خودداری شود و از داروی لورازپام به جای آن استفاده شود.</p> <p><b>:NRTIs</b>: اطلاعاتی منتشر نشده</p> <p><b>:Protease Inhibitors</b></p> <p>در صورت مصرف همزمان با ریتوناویر، به صورت معناداری سطح خونی کلونازپام افزایش می‌یابد و مسمومیت با این دارو ظاهر می‌گردد که با علائم دیررسین تنفسی و کاهش سطح هوشیاری خود را نشان می‌دهد. در این بیماران از مصرف کلونازپام اجتناب شود. مصرف لورازپام در این موارد، ترجیح داده می‌شود.</p>	<p>مشابه دیازپام</p>	<p>مشابه عوارض دیازپام</p>	<p>دوز شروع: ۰/۵ میلی‌گرم یک تا دو بار در روز  افزایش: هر یک تا ۲ هفته روز به صورت دوزهای منقسم تا دوز تا ۳ تا ۴ میلی‌گرم  مصرف بنزودیازپین‌های کوتاه اثر که متابولیت حدواسط ندارند، مانند لورازپام ترجیح داده می‌شود.</p>	<p>دوز شروع: ۰/۵ میلی‌گرم یک تا دو بار در روز  افزایش: هر یک تا ۲ هفته به صورت دوزهای منقسم تا ۴ تا ۶ میلی‌گرم  حداکثر دوز: ۶ میلی‌گرم روزانه</p>	<p>قرص کلونازپام ۱ و ۲ میلی‌گرمی</p>

تداخلات دارویی اساسی یا داروهای ضدترتروویرال	احتیاط	عوارض جانبی جدی و شایع	دوز دارو در سالمندان، افراد با بیماری طی همراه یا مراحل بالینی HIV و ۳ و ۴ بالینی عفونت HIV	نام دارو
<p>NNRTIs: اطلاعاتی منتشر نشده</p> <p>NRTIs: اطلاعاتی منتشر نشده</p> <p>Protease Inhibitors</p> <p>تداخل دارویی آن از نظر بالینی اهمیتی ندارد.</p>	<p>مشابه عوارض دیازپام</p>	<p>مشابه عوارض دیازپام</p>	<p>دوز شروع: ۱ تا ۲ میلی‌گرم یک تا دو بار در روز</p> <p>افزایش: هر یک تا ۲ هفته روز به صورت دوزهای منقسم تا دوز تا ۴ تا ۶ میلی‌گرم</p> <p>مصرف بنزودیازپین‌های کوتاه اثر که متابولیت حواساط ندارد، مانند لورازپام ترجیح داده می‌شود.</p>	<p>قرص کلردیازپوکساید<sup>۱</sup> و ۵ میلی‌گرمی</p>
<p>Protease Inhibitors</p> <p>ممکن است سطح بوسپیرون را افزایش دهند. در صورت مصرف همزمان، دوز بوسپیرون کاهش داده شود.</p>	<p>با داروهای دیگری که سطح سسروتونین را بسیار می‌برد (سه‌حلقه‌ای‌ها، تی‌تی‌م، SSRIs, MAOIs) با احتیاط استفاده شود.</p>	<p>عوارض جدی: گزارش نشده</p> <p>عوارض شایع:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- گیجی</li> <li>- خواب آلودگی</li> <li>- تهوع و استفراغ</li> <li>- سردرد</li> <li>- عصبی شدن</li> </ul>	<p>دوز شروع: ۱۰ میلی‌گرم نو تا ۲ بار در روز</p> <p>افزایش: در صورت نیاز ۵ میلی‌گرم هر ۲ روز</p> <p>حداکثر دوز: ۴۵ میلی‌گرم</p>	<p>۱۰ و ۵ میلی‌گرمی</p> <p>دوز شروع: ۱۰ میلی‌گرم نو تا ۲ بار در روز</p> <p>افزایش: در صورت نیاز ۵ میلی‌گرم هر ۲ روز</p> <p>حداکثر دوز: ۶۰ میلی‌گرم</p> <p>ممکن است کمتر از بنزودیازپین‌ها برای درمان اضطراب مؤثر باشد، ولی خطر وابستگی به آن وجود ندارد.</p>

## اختلالات مصرف مواد و HIV

### اختلالات مصرف مواد چیست؟

بر اساس دستورالعمل DSM-IV-TR، اختلالات ناشی از مصرف مواد را می‌توان به سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد (اعتیاد) تقسیم نمود. معیارهای تشخیصی این اختلالات در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶ - اختلالات مصرف مواد

سوء مصرف مواد	وابستگی به مواد (اعتیاد)
<p>الگوی ناسازگارانه از مصرف مواد که منجر به اختلال عملکرد و یا ناراحتی فرد شده و خود را به شکل یکی از علائم زیر نشان می‌دهد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ ناتوانی در برآورده نمودن انتظارات شغلی، تحصیلی و یا روابط خانوادگی؛</li> <li>❖ مصرف در موقعیت‌های خطرناک؛</li> <li>❖ تداوم مصرف با وجود پیامدهای قانونی؛</li> <li>❖ تداوم مصرف با وجود اختلال عملکرد بین فردی و یا اجتماعی.</li> </ul>	<p>الگوی ناسازگارانه از مصرف مواد که منجر به اختلال عملکرد و یا ناراحتی فرد شده و خود را با وجود حداقل سه مورد از علائم زیر نشان می‌دهد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ پیدایش پدیده‌ی تحمل به مواد؛</li> <li>❖ علائم ترک و محرومیت با قطع یا کاهش مصرف مواد؛</li> <li>❖ مصرف مواد اغلب به مقدار بیشتر و یا زمان طولانی‌تری از مقدار یا زمان پیش‌بینی شده؛</li> <li>❖ تلاش‌های ناموفق در کاهش یا قطع مصرف؛</li> <li>❖ صرف زمان زیاد برای تهیه، مصرف و یا برطرف شدن اثرات ماده؛</li> <li>❖ رها شدن فعالیت‌های مهم شغلی، اجتماعی و تفریحی؛</li> <li>❖ ادامه‌ی مصرف با وجود بروز مشکلات طبی و یا روانشناختی.</li> </ul>

تحمل<sup>۱</sup> بدان معناست که به دنبال مصرف مکرر دوز معینی از یک ماده، اثرات آن کم شده و فرد برای دستیابی به اثرات قبلی به افزایش دوز ماده نیاز پیدا می‌کند. علائم محرومیت<sup>۲</sup> به گروهی از علائم که در هنگام کاهش و یا قطع مصرف یک ماده ایجاد می‌شوند، گفته می‌شود. این علائم ناراحتی قابل ملاحظه‌ای ایجاد می‌کنند و یا موجب افت عملکرد شغلی یا اجتماعی می‌شوند.

### ارتباط اختلالات مصرف مواد و HIV

اختلالات مصرف مواد از چند طریق با HIV/AIDS مرتبطند و ابتلای به هر یک بر درمان و مراقبت دیگری نیز تأثیر می‌گذارد. پزشکیانی که با درمان هر یک از این دو دسته اختلال سر و کار دارند، باید درباره دیگری و تعامل این دو اختلال اطلاعات کافی داشته باشند.

<sup>1</sup> Tolerance

<sup>2</sup> Withdrawal

- ۱- **تزریق مواد به عنوان یکی از راه‌های انتقال ویروس:** چنانکه در فصول قبل تشریح شد، خطر انتقال ویروس از طریق استفاده از سوزن مشترک، خیلی زیاد است. به همین دلیل، در جهان حدود ۱۰ درصد از موارد ابتلا به HIV از طریق استفاده از سرنگ مشترک در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد رخ می‌دهد. این رقم در ایران بالاتر از ۶۰ درصد است. بنابراین شاید بتوان گفت که در کشور ما مهم‌ترین راه پیشگیری از آیدز، جلوگیری از استفاده از سرنگ مشترک در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد است. علاوه بر این، به دلیل همین عامل خطر است که در کشور ما اکثر افراد مبتلا به HIV/AIDS مصرف‌کننده‌ی مواد نیز هستند. این امر مراقبت و درمان HIV را پیچیده‌تر کرده و عملاً بدون توجه به مسائل مرتبط با مصرف مواد، مراقبت مؤثر از بیماران HIV ممکن نیست.
- ۲- **رفتارهای پرخطر جنسی در مصرف‌کنندگان مواد به عنوان یکی دیگر از راه‌های انتقال ویروس:** رفتار پرخطر جنسی به دلایل مختلف در مصرف‌کنندگان مواد نادر نیست. اول آنکه مصرف الکل و مواد محرک، با کاهش مهارها و خواص تحریک‌کننده، احتمال ارتباط جنسی را تحت شرایط پیش‌بینی نشده و محافظت نشده بالا می‌برد. دوم آنکه، در بسیاری از جوامع، رفتارهای پرخطر مانند خشونت، مصرف مواد و روسپیگری در گروه‌های واحدی با هم همراه است و به دلایل مختلف، وجود یکی احتمال دیگری را بالا می‌برد. سوم آنکه، افرادی که به دلیل اعتیاد انگیزه‌ی خود را برای مراقبت از سلامتی خود از دست می‌دهند، اهمیتی به استفاده از وسایل پیشگیری در ارتباط جنسی نمی‌دهند. بنابراین، برای پیشگیری از بروز HIV در مصرف‌کنندگان مواد، و هم‌چنین پیشگیری از ابتلای شریک جنسی افراد مبتلا به HIV توجه به کاهش این رفتار، اهمیت کلیدی دارد.
- ۳- **تأثیر مصرف مواد و اعتیاد بر پایبندی به مراقبت و درمان HIV:** پایبندی به درمان HIV در مصرف‌کنندگان مواد به دلایل مختلف، کم است. اول به این دلیل که اعتیاد موجب می‌شود که توجه فرد به سلامتی خود کاهش یابد و به جای آن اولویت بیشتری به مصرف مواد قائل باشد. دوم آنکه، بسیاری از افراد معتاد مبتلا به HIV، حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی خود را از دست می‌دهند و این امر موجب می‌شود تا از کمک‌های لازم که بیمار برای مراقبت و درمان HIV خود لازم دارد، برخوردار نباشند. سوم آنکه، حتی در مواقعی که درمان HIV رایگان ارائه می‌شود، پایبندی به درمان مستلزم هزینه‌هایی مانند رفت و آمد، بهبود تغذیه، انجام آزمایش‌ها، دریافت سایر درمان‌ها برای اعتیاد، سل و هپاتیت و سایر هزینه‌هاست که در بسیاری از موارد تأمین آنها برای معتادان دشوار است. هم‌چنین، استیگمای همراه با مصرف مواد، در کاهش پذیرش کادر درمان بی‌تأثیر نیست. بسیاری از درمانگران معتقدند شروع درمان با داروهای ضد‌رتروویروس برای فردی که مواد مصرف می‌کند موجب می‌شود تا به دلیل پایبندی کم به درمان، احتمال بروز مقاومت دارویی افزایش یابد. هم‌چنین، بودجه‌ای که برای ارائه‌ی داروهای گران‌قیمت ART به معتادان صرف می‌شود، به هدر می‌رود.
- ۴- **تأثیر مواد بر پیشرفت بیماری در HIV:** مواد افیونی به عنوان یک عامل جانبی در پیشرفت ایمونوپاتوژنز HIV شناخته شده‌اند. مورفین موجب افزایش آسیب‌پذیری سلول‌های ایمنی به HIV می‌شود و افزایش تکثیر ویروس HIV در ماکروفاژها، لنفوسیت‌های T و انواع سلول‌های مغزی می‌شود. مت‌آمفتامین نیز تأثیرات مشابهی دارد.
- ۵- **تداخل داروهای به کار رفته در دو بیماری با یکدیگر:** برخی از داروهای ضد‌رتروویروسی موجب افزایش سطح متادون و برخی موجب کاهش سطح آن می‌شوند. متادون خود موجب کاهش جذب داروهای ضد‌ویروسی از دستگاه گوارش می‌شود.
- ۶- **وجود عفونت هم‌زمان به خصوص با هپاتیت C در مصرف‌کنندگان مواد:** عفونت با هپاتیت C در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد بسیار شایع است و مهم‌ترین راه انتقال آن، وسایل تزریق مشترک می‌باشد. این امر موجب شده است تا وقوع عفونت هم‌زمان HIV و HCV نیز در مصرف‌کنندگان تزریقی شایع باشد. مطالعه‌ای در ایران نشان داد که بیش از ۸۰ درصد از معتادان تزریقی آلوده به HIV، مبتلا به عفونت HCV نیز می‌باشند. این

امر موجب پیچیده‌تر شدن درمان هر دو بیماری می‌شود. عفونت همزمان با HCV موجب اختلال بیشتر عملکرد ایمنی و تولید سیتوکین شده، تکثیر هر دو ویروس را تشدید کرده و موجب کاهش بیشتر تعداد سلول‌های T می‌شود. داروهای ART نیز می‌توانند با افزایش تجمعی مسمومیت کبدی موجب تشدید فیبروز کبد شوند.

عوامل فوق‌گرفته موجب می‌شود که نیاز معنادار به مراقبت‌های جدی‌تر افزایش یابد، لیکن هم‌چنین موجب شده است تا در بسیاری از جوامع، مصرف‌کنندگان مواد حداقل مراقبت‌های لازم را دریافت نکرده و در صورت نیاز از دریافت داروهای ضد رتروویروس منع شوند. سه دسته شواهد زیر از جمله شواهدی هستند که نشان داده‌اند اعمال چنین ممنوعیت‌هایی خطاست:

- ❖ مطالعات جدید نشان داده‌اند که با استراتژی‌های مؤثر می‌توان پایبندی مصرف‌کنندگان مواد به درمان را افزایش داد و مصرف مواد به تنهایی نباید به عنوان محدود کننده برای دریافت داروهای ضد رتروویروس قلمداد شود.
- ❖ بررسی هزینه اثربخشی مداخلات نشان داده‌اند که در مناطقی که اپیدمی HIV در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد وجود دارد، هزینه‌ی تحت پوشش قرار دادن آنها در درمان ART، موجب کاهش هفت برابری سایر هزینه‌های اجتماعی و پزشکی می‌گردد.
- ❖ مطالعات بزرگی نشان داده‌اند که بروز مقاومت دارویی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد به هیچ وجه بیشتر از بروز آن در سایر گروه‌های مبتلا به HIV نیست.
- ❖ از آنجا که بسیاری از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، تزریق پرخطر و رفتارهای پرخطر جنسی دارند، شناسایی به موقع ابتلا به HIV در آنان و شروع ART موجب مهار RNA ویروس شده و می‌تواند خطر ابتلای دیگران را ۹۵ درصد کاهش دهد.
- ❖ پس از شروع مراقبت و درمان HIV، در موارد بسیاری، مصرف تزریقی مواد، مصرف الکل و مواد، و روابط محافظت نشده‌ی جنسی کاهش می‌یابد.

این مطالعات موجب شد تا سازمان بهداشت جهانی پروتکلی را به چاپ برساند و در آن به صراحت اعلام نماید که حتی تزریق فعالانه مواد نیز نباید ملاکی برای خروج فرد از درمان باشد و هم‌چنین نباید شروع درمان ART را مشروط به شروع درمان اعتیاد کرد.

## درمان اعتیاد

اعتیاد (وابستگی به مواد) یک بیماری مزمن و عودکننده است؛ از این رو درمان آن یک فرآیند طولانی است. درمان اعتیاد به مواد افیونی (اپیوئیدها) به چند دسته درمان‌های دارویی و غیردارویی تقسیم می‌شود. رایج‌ترین درمان‌ها عبارتند از:

- ۱- سم‌زدایی و به دنبال آن، مراقبت‌های پیشگیری از عود؛
- ۲- استفاده از داروهای جایگزین<sup>۱</sup>؛
- ۳- شرکت در گروه‌های خودیاری.

<sup>1</sup> Opioid Substitution Treatment (OST)

انتخاب نوع درمان به عوامل مختلفی بستگی دارد. لیکن، در مورد مصرف‌کنندگان مواد اپیوئیدی که مبتلا به HIV هستند و سم‌زدایی برای ایشان استرس و دشواری بیشتری داشته و عود مصرف موجب کاهش امکان ادامه‌ی مراقبت و درمان HIV می‌شود، استفاده از داروهای جایگزین مانند متادون و بوپرنورفین توصیه می‌شود. در صورتی که بیمار بتواند از عهده‌ی مخارج درمان جایگزین طولانی با بوپرنورفین برآید، به نظر می‌رسد این دارو به دلیل تداخل دارویی محدودتر با داروهای ART در درازمدت مطلوب‌تر باشد؛ در غیر این صورت درمان نگهدارنده با متادون اولویت دارد. کادر درمان به طور مداوم باید بیمار را به شروع درمان اعتیاد و یا باقی ماندن در درمان اعتیاد تشویق و ترغیب نمایند. پزشک مسئول درمان اعتیاد باید به طور مداوم با پزشک مسئول مراقبت از HIV بیمار در تماس باشد، و هر نوع تغییر در پایبندی بیمار به هر دو نوع درمان و تغییر در داروهای تجویز شده و بروز هر نوع بیماری یا مشکل دیگر را به یکدیگر اطلاع دهند.

### تداخلات با داروهای ART

متادون و بوپرنورفین نیز مانند بسیاری از داروهای ART (شامل NNTRIs و PIs) توسط آنزیم‌های سیتوکروم P450 متابولیزه می‌شوند. افایرنز و نویراپین القاءکننده‌ی آنزیم‌های سیتوکروم P450 هستند و نلفیناویر مهارکننده‌ی این آنزیم‌هاست. برخی از تداخلات دارویی مهم در زیر تشریح شده‌اند:

- ❖ مهم‌ترین تداخل دارویی مربوط به اثر ARTs بر تشدید متابولیسم متادون است که موجب کاهش سطح سرمی متادون شده، علائم محرومیت از متادون را ایجاد می‌کند. به ویژه، بیمارانی که برای ایشان افایرنز شروع می‌شود باید به دقت از نظر بروز علائم محرومیت پایش شوند. به طور متوسط لازم می‌شود دوز متادون در ایشان ۵۰ درصد افزایش یابد. نویراپین نیز به میزان کمتری موجب افزایش متابولیسم متادون می‌شود. باید دقت شود که بروز علائم محرومیت متادون می‌تواند با خطر افزایش وسوسه و اشتیاق به مصرف مواد اپیوئیدی و عود اعتیاد همراه شود. همچنین، وقتی افایرنز و نویراپین قطع شوند، احتمال بروز مسمومیت با متادون افزایش می‌یابد و با کنترل علائم بالینی در صورت نیاز دوز آنها را باید کاهش یابد.
- ❖ متادون، موجب کاهش تحرک دستگاه گوارش شده، جذب برخی داروها به ویژه استاوودین را کاهش می‌دهد.
- ❖ متادون می‌تواند سطح پلاسمایی زیدوودین را بالا برده و عوارض دارویی آن را افزایش دهد.
- ❖ در مورد بوپرنورفین، تداخلات دارویی مهم آن با داروهای ART نادر است.

در مورد تداخل دارویی مواد غیرقانونی باید دانست که تداخل دارویی هروئین، مورفین و کدئین با داروهای ART گزارش نشده است. نلفیناویر متابولیسم حشیش را کاهش داده و موجب مسمومیت ناشی از حشیش می‌شود. ریتوناویر موجب مهار متابولیسم اکستازی و آمفتامین‌ها می‌شود و مواردی از مرگ ناشی از مسمومیت آنها گزارش شده است.

همچنین، مصرف مزمن الکل، کارکرد سیستم ایمنی را مختل می‌کند. مصرف مزمن الکل همراه با نویراپین خطر آسیب کبدی و مصرف آن همراه با دیدانوزین خطر آسیب پانکراس را افزایش می‌دهد.