



ARAŞTIRMA / RESEARCH

HIV pozitif hastaların nöropsikiyatrik açıdan değerlendirilmesi: bir ön çalışma

Neuropsychiatric evaluation in HIV positive patients: a preliminary study

Necla Keskin¹, Ahmet Turan Evlice², Soner Çakmak¹, Lut Tamam¹, Süheyla Kömür³

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, ²Nöroloji Anabilim Dalı, ³Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Adana, Turkey

Cukurova Medical Journal 2017;42(2):292-298

Abstract

Purpose: The aim of this study was to assess neuropsychiatric symptoms of HIV infected patients and determine related socio-demographic and clinical features.

Material and Methods: A total of 10 HIV (+) outpatients who have been followed in Department of Infectious Diseases and Clinical Microbiology, Cukurova University Medical School were included in the study. To evaluate cognitive functions, a neuropsychological test battery consisted of 8 tests were administered. All patients completed Symptom Check List (SCL-90) to determine psychological symptoms and Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) were used to evaluate the severity of depression.

Results: The sample included 10 patients (4 females, 6 males). All patients had low or mid socioeconomic status, one half were married and seven patients had high or more level education. Executive functions and memory were impaired secondary to attentional narrowing in all HIV infected patients. Four patients were not diagnosed as depression (HAM-D<7) and other had mild to moderate depression. Only one patient was using an antidepressant medication. Others were neither referred for a psychiatric assessment, nor took a psychiatric treatment. Depression, obsessive-compulsive symptoms, somatization and interpersonal sensitivity subscales found to be high as were measured by SCL-90.

Conclusion: Cognitive impairment and depression is highly prevalent in HIV (+) patients and have negative effects on treatment adherence, psychosocial functioning and quality of life, so these disorders should be examined in regular psychiatric interviews and be treated regardless infection and its treatment.

Key words: HIV, neuropsychology, depression.

Öz

Amaç: Bu çalışmada HIV (+) bireylerde nöropsikiyatrik belirtilerin ve ilişkili sosyodemografik ve klinik bulguların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji polikliniğinden takipli 10 HIV (+) hasta alınmıştır. Kognitif işlevlerin değerlendirilmesi amacıyla her hastaya 8 testten oluşan nöropsikolojik test bataryası uygulanmıştır. Genel psikolojik belirtilerin taranması amacıyla her hasta SCL-90 doldurmuş, depresif belirtiler Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan 10 hastanın sosyo-demografik özellikleri ele alındığında; grubun 6'sının erkek, 4'ünün kadın, tümünün düşük ya da orta sosyoekonomik düzeyde, yarısının evli ve üçü dışında tümünün lise ve üzeri eğitim almış olduğu belirlendi. Hastaların tümünde belirgin dikkat daralması ve dikkat daralmasına ikincil bellek ve yürütücü işlev bozukluğu saptandı. Çalışmaya alınan olguların 4'ünde depresyon saptanmazken (HAM-D<7), geriye kalan 6 olguda hafif ve orta derecede depresyon mevcuttu. Sadece bir hasta antidepresan tedavi almaktaydı. Geriye kalan hastaların psikiyatrik başvurusu ya da tedavi öyküsü yoktu. SCL-90 ile yapılan genel psikiyopatolojik belirti taramasında depresyon, obsesif-kompulsif özellikler, somatizasyon ve kişilerarası duyarlılık alt ölçek puanları yüksek olarak saptandı.

Sonuç: Bilişsel bozulma ve depresyon HIV (+) olgularda oldukça sıktır ve hayat kalitesini olumsuz etkilemektedir. Hastanın psikososyal işlevselliğini ve tedavi uyumunu önemli derecede etkileyen bu bozukluklar muayene sırasında rutin olarak sorgulanmalı, gerekli durumlarda kişiler enfeksiyon ve tedavisinden bağımsız olarak tedavi edilmelidir.

Anahtar kelimeler: HIV, nöropsikoloji, depresyon.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Necla Keskin, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana, Turkey. E-mail: neclakeskin@yahoo.com
Geliş tarihi/Received: 01.08.2016 Kabul tarihi/Accepted: 08.09.2016

GİRİŞ

İnsan bağışıklık yetmezliği virusünün (asıl olarak HIV 1-Human Immunodeficiency Virus 1) neden olduğu “Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu” (Acquired Immune Deficiency Syndrome-AIDS) hücrel bağışıklık sistemi bozukluğu sonucunda gelişen, fırsatçı enfeksiyonlar, kanserler ve bir kısmı doğrudan virüsle ilişkili sendromlarla seyreden ölümcül bir hastalıktır¹. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre Aralık 2008 itibarıyla dünyada HIV ile enfekte olgu sayısı 33.4 milyondur. 2008 yılında AIDS ile ilişkili 2 milyon ölüm bildirilmiştir². HIV/AIDS ülkemizde de giderek artan sıklıkta görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde, ilk AIDS olgusunun görüldüğü 1985 yılından Aralık 2012’ye kadar bildirilen toplam HIV/AIDS olgusu sayısı 6188’dir³.

HIV sinir sistemine enfeksiyonun ilk saatlerinde girer ve tüm enfeksiyon boyunca varlığını sürdürür⁴. HIV ile enfekte kişilerin %50’sinde nöropsikiyatrik belirtiler görülür ve bu belirtiler genellikle hastalığa ilişkin ilk belirtilerdir. Birincil nöropsikiyatrik komplikasyonlar doğrudan virüsün etkilerine bağlananlardır. İkincil komplikasyonlar ise HIV ile ilişkili hastalıklar ve tedavilerden kaynaklanır¹.

HIV doğrudan merkezi sinir sistemini etkileyerek, bilişsel, motor ve davranışsal değişikliklere yol açar. Asemptomatik ve hafif nörobilişsel bozukluk AIDS hastalarının % 50’sinde görülürken, HIV ile enfekte kişilerin % 5-20’sinin HIV ile ilişkili demans geliştirdiği tahmin edilmektedir^{1,5}. HIV ile ilişkili nörobilişsel bozulmanın tipik özellikleri, dikkati odaklamada güçlük, öznel yavaşlama, zihinsel kolay yorulma, öznel bellek bozuklukları, temel motor performansta yavaşlama, problem çözme ve soyut düşünmede güçlüklerdir¹. HIV subkortikal merkezi sinir sistemi, özellikle bazal gangliyonları tutar ve HIV ile ilişkili demansta görülen belirtiler “subkortikal demans”ta görülene benzerdir⁵. HIV ile ilişkili demansta sıklıkla bildirilen nörodavranışsal bozukluklar, bradifreni, bradikinezi, ekstrapiramidal bulgular ve apati ile birlikte, yürütücü işlevler, işlemsel bellek ve karmaşık motor becerilerde bozulmadır⁵.

HIV, fırsatçı enfeksiyonlar, anti-HIV tedavileri ve HIV hastalığındaki psikososyal stres etmenleri tüm hastalık seyri boyunca psikiyatrik morbiditeye yol açar⁴. HIV ile enfekte kişilerde bilişsel bozukluklar

dışında, uyum bozuklukları, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, genel tıbbi duruma bağlı kişilik değişiklikleri, uyku bozuklukları ve alkol-madde kullanım bozukluğu gibi çoğu psikiyatrik sendrom gözlenebilmektedir^{1,4}.

HIV (+) hastalarda en sık görülen ruhsal bozukluk depresyondur. Depresyonun bu hasta grubunda genel topluma göre 2-3 kat daha sık görüldüğü ve hastalık ilerledikçe depresif belirtilerde artış olduğu saptanmış, yapılan çalışmalarda depresyon görülme sıklığı % 4-47 aralığında bildirilmiştir⁶. Depresif hastalar bilişsel bozulma belirtileri gösterebilir ya da göstermeyebilir. Depresyon HIV demansının öncül belirtisi olabilir ve bilişsel bozulmayı şiddetlendirebilir. HIV ile enfekte hastalarda, enfeksiyonda ve depresyonda görülen ortak fiziksel ve bilişsel belirtiler depresyonun gözden kaçırılması ve tedavi edilmemesi ile sonuçlanabilir^{4,6}.

Her ne kadar yüksek etkinliktir antiretroviral tedavi sonrası, HIV ile ilişkili nörobilişsel bozuklukların görülme sıklığı azalmış olsa da, postmortem bulgular ve serebrospinal sıvıda, beyin bilgisayarlı tomografisinde, beyin manyetik rezonans görüntüleme ve nöropsikolojik testlerde görülen erken bozulmalar HIV ile ilişkili mental değişikliklerin erken başladığını desteklemekte, yapılan çalışmalar, asemptomatik HIV ile enfekte hastaların bile nöropsikolojik testlerde düşük performans sergilediklerini göstermektedir^{7,8}.

Bu çalışmada Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğinden takipli HIV (+) hastalarda, bu hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi üzerine etkileri iyi bilinen nöropsikiyatrik belirtilerin ve ilişkili sosyodemografik ve klinik bulguların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan onay alındıktan sonra, Enfeksiyon Hastalıkları polikliniğinden takipli 18-65 yaş arası 10 HIV (+) hasta alındı. Özbildirim testlerini doldurabilmesi için hastaların ilköğretim ve üzeri eğitim almış olması şartı arandı. Hastalara çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı onayları alındı. Kognitif işlevlerin değerlendirilmesi amacıyla her hastaya 8 testten oluşan nöropsikolojik test bataryası uygulandı. Standardize Mini Mental Test (SMMT), sözel bellek (5 kelime ezberletilmesi sonrasında,

serbest ve ipucu ile hatırlamanın sorgulanması) ve görsel bellek (3 şekil ezberletilmesi sonrasında, serbest hatırlamanın sorgulanması), ileri ve geri sayı menzili, leksikal akıcılık (bir dakika içerisinde K harfiyle başlayan özel isim dışındaki tüm kelimelerin sayılması) ve fonemik akıcılık (semantik akıcılık, bir dakika içerisinde tüm hayvan isimlerinin sayılması) testleri, Stroop ve saat çizme (dış yuvarlağı önceden çizilmiş bir saate 12 rakamın yazılması ve saat 11.10'u gösterecek şekilde akrep ve yelkovanın çizilmesi) testi uygulanan her hastanın depresif belirtileri Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D) ile görüşmeci tarafından değerlendirildi. Genel psikolojik belirtilerin taranması amacıyla her hasta SCL-90 doldurdu.

Kullanılan ölçek ve formlar

Standardize Mini Mental Test (SMMT): ilk kez Folstein ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır. Yönelim, kayıt hafızası, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve lisan testleri alt başlıkları altında toplanmıştır. Ülkemizde hafif ve orta düzeyde demans için kesme puanı 23/24 olarak hesaplanmıştır⁹.

Stroop Testi (ST): dikkat edilen uyarıcılarla edilmeyenlerin paralel işlenmesi yeteneğini, bilgi işleme hızını ve otomatik süreçlerin bozucu etkisine karşı koyabilme yeteneğini ölçmeye yarayan nöropsikolojik bir testtir^{10,11}.

Saat Çizme Testi (SÇT): 1983 yılında Goodglass ve Kaplan tarafından kullanılmıştır. Çok farklı versiyonları olan bu test ile, kavrama (işitsel), planlama, görsel bellek ve yeniden yapılandırma, görsel-mekansal beceriler, motor planlama ve yönetim, sayısal bilgi, soyut düşünme, uyarıcının fiziksel özellikleri tarafından yaratılan eğilimin

ketlenmesi, konsantrasyon ve engellenmeye karşı tolerans taranmaktadır¹². Çalışmamızda SÇT'nde puanlama "Sunderland Puanlama Sistemi" üzerinden yapılmıştır¹³.

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D), hastada depresyonun düzeyini ve şiddetini ölçer. Görüşmeci tarafından uygulanır. 17 maddeden oluşur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapılmıştır^{15,16}.

Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Derogatis ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 5 dereceli likert tipi yanıtlanan, 90 maddeden oluşan, psikiyatrik belirtilerle kendini gösteren, zorlanma düzeyini ölçen kendini değerlendirme türü bir belirti tarama ölçeğidir. Her maddeye verilen yanıtlara 0 ile 4 arasında puan verilir¹⁷. Somatizasyon, obsesif-kompulsif özellikler, kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke ve düşmanlık (hostilite), fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizm ve ek skala olmak üzere on ayrı belirti boyutunda değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır. Genel semptom indeksi (GSI) ise, genel olarak iyilik düzeyini ve işlevselliğini gösterir. Tüm alt ölçeklerin toplamınının 90'a bölünmesiyle elde edilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dağ tarafından yapılmıştır¹⁸.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 23-57 yaş arası 10 hastanın (ortalama yaş; 39.5 yıl) sosyodemografik özellikleri ele alındığında (bkz. Tablo 1), grubun 4'ünün kadın, 6'sının erkek olduğu, 7'sinin lise ve üstü düzeyde eğitim aldığı ve çalışmadığı, grubun yarısının evli, yarısının bekar ya da boşanmış olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. HIV (+) hastaların sosyo-demografik özellikleri

Hastalar	Cinsiyet	Yaş	Eğitim	Medeni Durumu	Meslek
1	E	37	Üniversite	Evli	Ç+
2	K	23	Lise	Evli	Ç-
3	E	48	Lise	Evli	Ç-
4	K	26	İlkokul	Evli	Ç-
5	K	35	İlkokul	Bekar	Ç-
6	E	44	Lise	Bekar	Ç-
7	K	50	Üniversite	Evli	Ç+
8	E	57	İlkokul	Bekar	Ç-
9	E	44	Üniversite	Bekar	Ç+
10	E	31	Üniversite	Bekar	Ç-

*K=Kadın, E=Erkek, Ç+= Çalışıyor, Ç-=Çalışmıyor

Çalışmaya alınan hastaların nöropsikolojik test performansları incelendiğinde; olguların tümü SMMT'ten 28 ve üzeri puan almış, olguların hiç biri demans olarak tanımlanmamıştır. Tüm hastalar görsel bellek testinden tam puan almış, sözel bellek testinde, hastaların ikisi dışında tümü ezberletilen kelimeleri birinci dakikada hatırlamış, beşinci dakikada kelimelerin tümünü hatırlayanların sayısı üç kişi ile sınırlı kalmış, sekiz hastanın tümünün verilen ipuçları arasından en az bir kelime tanıdığı tespit

edilmiştir. İleri doğru sayı menziline, hastalarda 4 ile 6, geriye doğru sayı menziline ise 3 ile 6 sayılı bir dizi arasında değiştiği gözlenmiştir. Dikkati ölçen akıcılık testlerinde de hastaların çoğunluğunun normalden düşük performans sergiledikleri, perseverasyonlarının olduğu ve özellikle ikinci otuz saniyede uzun süreli duraklamalarının olduğu görülmüştür. SÇT'inde üç hastanın, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında önerilen kesme puanını (8/9) alamadığı belirlenmiştir¹³.

Tablo 2. HIV (+) hastaların nöropsikolojik test sonuçları

Hastalar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SMMT	30/30	30/30	28/30	30/30	30/30	28/30	28/30	29/30	30/30	30/30
Sözel Bellek (1-5. Dk ve Kelime tanıma)	5/5 4/5 5/5	5/5 3/5 4/5	4/5 4/5 5/5	4/4 3/4 4/4	4/5 5/5 5/5	4/4 2/4 4/4	5/5 4/5 5/5	4/4 2/4 3/4	4/4 4/4 4/4	5/5 5/5 5/5
Görsel Bellek	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3	3/3
İleri Sayı Menzili	6	6	5	4	5	4	5	4	6	6
Geri Sayı Menzili	3	3	4	4	3	4	3	4	5	6
Leksikal Akıcılık	21	17	18	11	14	15	13	11	18	22
Fonemik Akıcılık	13	3	11	10	5	9	4	7	11	20
Saat Çizme	10/10	9/10	10/10	5/10	10/10	7/10	7/10	10/10	10/10	10/10

*SMMT: Standardize Mini Mental Test

Tablo 3. HIV (+) hastaların nöropsikolojik test sonuçları

Hastalar	Stroop	Yüksek SCL-90 alt ölçekleri	HAM-D
1	1 Hata, 2 Düzeltme	D, KD, P, PD	2
2	5 Hata, 4 Düzeltme	S, OK, H	9
3	5 Düzeltme	D, P	3
4	2 Hata, 2 Düzeltme	OK, D, KD, PD	14
5	1 Hata, 5 Düzeltme	S, A, OK, D, KD	10
6	4 Hata, 10 Düzeltme	A, OK, D, KD, FA	20
7	1 Hata, 2 Düzeltme	S, OK, D, P	4
8	4 Hata, 10 Düzeltme	S, A, OK, D	17
9	1 Hata	S, D, KD	19
10	Tam	OK, D, PD, H	7

D:depresyon; KD:kişilerarası duyarlılık; P:psikoz; PD:paranoid düşünce; OK:obsesif kompulsif; A:anksiyete; H:hostilitate; FA: fobik anksiyete; S:somatizasyon; HAM-D: Hamilton Depresyon Ölçeği

TARTIŞMA

HIV (+) hastaların nöropsikolojik açıdan değerlendirildiği çalışmamızın ön sonuçları, bu hastalarda bilişsel etkilenmenin ve depresyon gibi ruhsal bozuklukların sıklıkla görüldüğünü göstermektedir. Çalışmamızda, hastaların hiç birinde

demans saptanmamış olsa da (SMMT>28), hastaların neredeyse tümünde dikkat ve yürütücü işlev alanlarında bozulmalar olduğu nöropsikolojik testlerle belirlenmiştir. HIV ile enfekte hastalarda nöropsikolojik performans pek çok çalışmaya konu olmuş ve bu hasta grubunda bilişsel bozulmanın sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir¹⁸. Literatürde,

asemptomatik HIV (+) hastalarda nörolojik/bilişsel yakınmalar ile nöropsikolojik test performansı arasında ilişki olduğu saptanmış, bazı çalışmalarda bu yakınmalar, psikiyatrik belirtilerle ilişkilendirilmiştir¹⁹. Yani, HIV ile enfekte ve bilişsel sorunları olan hastalarda, bu durum; bilişsel bozulma ile ilişkili olabileceği gibi, duygudurum bozuklukları gibi ruhsal durumlara ikincil olarak da gelişiyor olabilir. Çalışmamızda hastaların nöropsikolojik test performanslarının yanı sıra, genel psikiyatrik belirtileri sorgulanmış ve depresif olarak tanımlanan hastaların depresyon şiddeti klinik ölçeklerle puanlanmıştır.

Bilgi işleme hızı ve etkinliğinin HIV seropozitif hastalarda özellikle etkilendiği ve işlemsel bellek defisitlerinin sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir²⁰. Çalışmamızda kullanılan dikkat ve kısa süreli belleği ölçen sayı menzili testleri, sol hemisfer ve frontal bölge hasarına duyarlı olup, ileri doğru sayı menzili, normal yetişkinlerde ortalama 5 ile 7, geriye doğru sayı menzili ise ortalama olarak 4-5 sayılık bir dizi arasında değişmektedir. Sağlıklı bir insanın ileriye ve geriye doğru sayı menzilleri arasında, ileri menzil lehine, 1 ya da 2 sayılık bir fark bulunur^{21,22}. Çalışmamızda, hastaların ileri ve geri sayı menzili testlerinde düşük performans sergiledikleri ve testler arasındaki farkın hastaların neredeyse yarısında ortadan kalktığı görülmüştür. Bu bulgu, HIV (+) hastalarda dikkatte daralma ve kısa süreli bellekte yani belli bir anda belli miktarda bilgiyi akılda ve el altında tutma yetisinde bozulma olduğunu düşündürmektedir. Uygunsuz uyarın inhibisyonunun en seçici değerlendirildiği test olarak kabul edilen, sol frontal lob, özellikle de orbitofrontal korteks hasarına duyarlı olan Stroop Testi'nde, HIV (+) hastaların özellikle son aşamada hata yaptığı ve testin tamamlanma süresinin uzadığının saptanmış olması, bu hastalarda frontal etkilenmenin varlığını desteklemektedir²³.

Karmaşık dikkat yani dikkatin sürdürülmesi ve yürütücü işlevlerin değerlendirilmesinde kullanılan akıcılık testleri, frontal bölge hasarında bozulmuştur²¹. Sağlıklı bir bireyin fonemik akıcılık testinde bir dakika içinde 18±5 hayvan ismi sayısı beklenir²⁴.

Çalışmamızda hastalar, hem leksikal hem fonemik akıcılık teslerinde düşük performans sergilemiş, bir çok hastada perseverasyonlar olduğu ve hastaların testin özellikle son 30 saniyesinde saydığı hayvan ismi ve kelime sayısının belirgin olarak azaldığı gözlenmiştir. Bu durum, frontal bölgede etkilenme

olduğunun bir diğer göstergesidir. Çalışmamızda, konstrüksiyonel praksi, anlama ve planlama yeteneği gibi yürütücü işlevleri taramaya yarayan testlerden olan SCT'nin, 10 hastanın 3'ünde bozulmuş olduğu, sağ hemisfer ile ilişkilendirilen görsel belleğin yapılan testlerde korunduğu, sol hemisfer hasarını düşündüren sözel bellek testlerinde ise hastaların büyük çoğunluğunda kısa süreli serbest hatırlamanın etkilendiği, ipucu ile hatırlamanın yani geri çağırmanın ise çoğunlukla korunduğu görülmüştür.

HIV (+) hastalarda hem nöropsikolojik bozulma, hem de depresyon görülmekle birlikte, yapılan çalışmalarda bu iki durum arasında tutarlı bir ilişki saptanmamıştır²⁰. Çalışmamızda hastaların depresyon şiddeti HAM-D ile ölçülmüş, 4 hastada depresyon saptanmamış, geriye kalan 6 hasta hafif ve orta derecede depresyon olduğu belirlenmiştir. HAM-D puanı, 0-7 puan arasında ise depresyon olmadığı, 8-15 puan arasında ise hafif derecede, 16-28 arası ise orta derecede depresyon olduğu şeklinde yorumlanmıştır²⁵. Depresyonu değerlendiren ve derecelendiren tüm ölçeklerde, somatik yakınmalar, depresyonun bir belirtisi olarak ele alınmakla birlikte, HIV ile enfekte hastalarda, somatik yakınmaların mevcut fiziksel hastalıkla ilişkili olabileceği unutulmamalıdır. Ancak çalışmamıza alınan hastaların sadece birinin antidepresan ilaç tedavisi alıyor olması, hastaların depresif belirtilerinin sıklıkla fiziksel hastalıkla ilişkilendirildiği, sorgulanmadığı ya da gözden kaçırıldığı şeklinde yorumlanmıştır. Depresyonun HIV (+) hastalarda, tedavi uyumunu azalttığı, var olan bilişsel bozulmayı arttırdığı, özellikle motor işlevler, dikkat, bilgi işleme hızı, yürütücü işlevler ve bellek alanları üzerine olumsuz etki ettiği ve yaşam kalitesini bozduğu bilinmekte, bu durum depresyonun tanınması ve tedavi edilmesinin önemini göstermektedir²⁶.

Çalışmamızda, SCL-90 ile genel psikolojik belirtiler sorgulanmış, HIV ile enfekte hastalarda, depresyon, obsesif-kompulsif özellikler, somatizasyon ve kişilerarası duyarlılık puanları yüksek saptanmıştır. HIV (+) hastalarda genel psikopatoloji düzeyindeki artışın, hastalığın doğası, kullanılan tedavilerin psikiyatrik yan etkileri ve hastaların ailesel, toplumsal ve mesleki olarak yaşadıkları zorlanmalar ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Sonuç olarak, nörolojik olarak asemptomatik olan HIV (+) hastalarda, özellikle dikkat ve yürütücü işlevlerde bozulma ve depresyon başta olmak üzere ruhsal bozukluklar sıklıkla görülmektedir. Hastalık süreci içinde, hem hasta, hem de hekim tarafından,

hastalığın doğal bir sonucu olarak değerlendirilen, bu nedenle normalize edilen, önemsenmeyen ya da gözden kaçırılan bu bozuklukların yol açabileceği morbidite ve mortalite artışı göz önünde bulundurularak, hastanın bilişsel ve ruhsal yakınmalarının rutin olarak sorgulanması ve enfeksiyon ve tedavisinden bağımsız olarak, psikososyal müdahaleler ve farmakoterapilerle tedavi edilmesi büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Sadock BJ, Sadock VA. Nöropsikiyatrik açıdan HIV/AIDS. In Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri El Kitabı, 4. Baskı (Çeviri Ed A Bozkurt):67-77. Ankara, Güneş Tıp Kitapevi, 2009.
2. WHO. AIDS Epidemic Update November 2009. Geneva, World Health Organization, 2009.
3. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye’de HIV/AIDS Vakalarının Dağılımı (Aralık 2012). Ankara, Sağlık Bakanlığı, 2012.
4. Bakım B, Özçelik B, Karamustafaloğlu KO. HIV ile enfekte hastalarda gözlenen psikiyatrik bozukluklar. *Düşünen Adam*. 2005;18:149-56.
5. Gongvatana A, Woods SP, Taylor MJ, Vigil O, Grant I. Semantic clustering inefficiency in HIV associated dementia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2007;19:36-42.
6. Nakasujja N, Skolasky RL, Musisi S, Allebeck P, Robertson K, Ronald A et al. Depression symptoms and cognitive function among individuals with advanced HIV infection initiating HAART in Uganda. *BMC Psychiatry*. 2010;10:44.
7. Robertson K, Liner J, Heaton R. Neuropsychological assessment of HIV-infected populations in international settings. *Neuropsychol Rev*. 2009;19:232-49.
8. Bornstein RA, Nasrallah HA, Para MF, Whitacre CC, Rosenberger P, Fass RJ et al. Neuropsychological performance in asymptomatic HIV infection. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1992;4:386-94.
9. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize Mini Mental Testin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*. 2002;13:273-81.
10. MacLeod CM. Half a century of research on the Stroop effect: n integrative review. *Psychol Bull*. 1991;109:162-203.
11. Karakaş S, Kafadar H. Bilişsel süreçlerin değerlendirilmesinde nöropsikolojik testler: bellek ve dikkatin ölçülmesi. *Şizofreni Dizisi*. 1999;4:132-52.
12. Cangöz B, Karakoç E, Selekler K. Saat çizme testinin 50 yaş ve üzeri Türk ve yaşlı örneklemdaki norm belirleme ve geçerlik-güvenirlik çalışmaları. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2006;9:136-42.
13. Can SS, Özelkızıl ET, Varlı M, Turan E, Atlı T. Demans hastalarında üç farklı Saat Çizme Testinin Türkçe uyarlamalarının psikometrik özellikleri. *Noro Psikiyatr Ars*. 2010;47:91-5.
14. Hamilton MA. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56-62.
15. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Türkçapar H, İşcan N, Özbay H. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDO)’nin geçerliliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 1996;4:251-59.
16. Derogatis LR. SCL-90-R, Administration, Scoring and Procedure Manual for the Revised Version. John Hopkins University, School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit, Baltimore, 1977.
17. Dağ İ. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Derg*. 1991;2:5-12.
18. Bornstein RA, Pace P, Rosenberger P, Fass RJ. Neuropsychological performance in symptomatic and asymptomatic HIV infection. *AIDS*. 1993;7:519-24.
19. Stern Y, Marder K, Bell K, Chen J, Dooneief G, Goldstein S et al. Multidisciplinary baseline assessment of homosexual men with and without human immunodeficiency virus infection, III: neurologic and neuropsychological findings. *Arch Neurol*. 1991;48:131-38.
20. Castellon SA, Hinkin CH, Wood S, Yarema KT. Apathy, depression, and cognitive performance in HIV-1 infection. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1998;10:320-29.
21. Öktem Ö. Nöropsikolojik Değerlendirme. İstanbul, İstanbul Tıp Fakültesi, 2009.
22. Özdeniz E. Bir grup sağ hemisfer ve dikkat testleri performansına yaş ve eğitim değişkenlerinin etkisi. (Yüksek lisans tezi). İstanbul, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2001.
23. Karakaş S. Bilnot Bataryası El Kitabı: Nöropsikolojik Testler için Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları. Ankara, Eryılmaz Ofset, 2006.
24. Kandemir M. İnfratentoriyal inmelerde kognitif etkilenme. (Yüksek lisans tezi). İstanbul, Erenköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2006.
25. Williams BW. A structured interview guide for Hamilton Depression Rating Scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1978;45:742-47.
26. Fialho RM, Pereira M, Mendonça N, Ouakinin S. Depressive symptoms and neurocognitive performance among HIV-infected women. *Women Health*. 2013;53:117-34.