

HIV/AIDS'İN PSİKOLOJİK BOYUTU

Psychological Dimension of HIV/AIDS

Veli DUYAN

Yrd. Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi
Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Öğretim Üyesi

ÖZET

HIV/AIDS'in ruh sağlığı, sosyal ilişkiler ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri vardır. Hastalığa verilen psikolojik tepkilerin duygusal, bilişsel ve davranışsal boyutları bulunmaktadır. Bu yazıda depresyon, keder ve kayıp, intihar riski, anksiyete, somatizasyon ve hipokondriasis, suçluluk ve öfke üzerinde durulmuştur. Bu tepkiler hastalığın aşamaları, asemptomatik aşama, erken semptomatik aşama, ileri semptomatik aşama ve AIDS aşamasında farklılaşmaktadır. Sonuç olarak depresyon, anksiyete, somatizasyon, öfke ve suçluluk gibi psikolojik tepkiler HIV/AIDS'e bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu tepkiler hastalığın seyirindeki belirsizlikle birleşerek, hastalık belirtilerinin ortaya çıkmasıyla hızla değişmektedir. HIV/AIDS'li müracaatçılara hastalığın

fiziksel semptomları ve psikolojik belirtiler konusunda bilgi verilmesi onların bu tepkilerle başetmesine ve kendi deneyimlerini daha objektif olarak değerlendirmelerine yardımcı olabilir.

Anahtar Sözcükler: Psikolojik tepkiler, HIV/AIDS

SUMMARY

HIV/AIDS has negative effects on mental health, social relations and quality of life. With this paper, psychological aspect of the illness was considered. Psychological responses to the HIV/AIDS have emotional, cognitive and behavioral dimensions. Depression, grief and bereavement, suicidal risk, anxiety, somatization and hypochondriasis, guilt and anger were taken into the account in this paper. These responses changes in process of the illness like asymptomatic phases, early symptomatic phases, later symptomatic phases and AIDS phases. As a result, psychological responses like depression, anxiety, somatization, anger and guilt emerge as a result of HIV/AIDS. These responses changes over the course of the illness in conjunction with uncertainty and the emergence of the illness symptoms. Giving information to the HIV/AIDS clients about comorbidity of physical symptoms of the illness and psychological reactions may help them to cope with these reactions and examine their experiences more objectively.

Key Words: Psychological responses, HIV/AIDS

GİRİŞ

HIV/AIDS'in ruh sağlığı, sosyal ilişkiler ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri vardır. Hastalığın psikolojik boyutu, hastalık süreci kadar önemlidir ve kişiler üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Yaşamı tehdit

eden her hastalıkta olduğu gibi, HIV/AIDS sonucu ortaya çıkan sosyal yaşantıdaki sınırlılıklar psikolojik kırılmalılığı artırır. Bu çalışmada HIV/AIDS hastalığına verilen psikolojik tepkiler, hastalıkla ilgili duygusal tepkiler, bunların görülme sıklığı, yoğunluğu ve belirtileri çerçevesinde ele alınmıştır. Ayrıca psikolojik durum ve hastalığın seyri arasındaki bağlantıya da değinilmiştir.

HIV/AIDS hastalığına yakalanma sonucu yaşanan psikolojik streste, öncelikle hastalığın kendisine bulaşmasındaki sorumluluğu, bilmeden başkalarını riske atma potansiyeli ve hastalığın ilerleyen aşamalarında meydana gelen fiziksel görünüm değişiklikleri gibi faktörler etkili olmaktadır. HIV/AIDS'e bağlı olarak yaşanan depresyon, kötümserlik ve umutsuzluk duyguları sonucu ortaya çıkmaktadır. Başkalarının da bu hastalığa yakalanmış olduğunu bilme ve çoklu kayıplar yaşama kişinin yaşadığı psikolojik stresi artırmaktadır. Kültürel etmenler de psikolojik stresin davranışsal ve fiziksel göstergeleri ile yakından ilgilidir; çünkü, bazı kültürler anksiyete ve depresyonu HIV/AIDS'in semptomlarını taklit eden somatik semptomoloji yoluyla ifade etmeye olanak sağlamaktadır (Maj, 1990, 547-563).

Bilindiği üzere fiziksel semptomlar psikolojik tepkilerin nedeni olabileceği gibi sonucu da olabileceğinden hastanın duygusal reaksiyonlarını anlamak tedavi sürecinde önemli yer tutmaktadır. Hastalıktan kaynaklanan durumları ile hastalığın kaynağı olan durumları birbirinden ayırmak gerekmektedir. Hastalıkların etiolojisinde ve sendromların tedavisinde fiziksel ve duygusal faktörlerin etkileşiminin nasıl olduğunun farkında ol-

mak gerçekten önemlidir. Hastalık sürecinde güçlü bir duygusal parça olduğu zaman hasta şu anki total yaşam durumuna olumlu bir biçimde uyum sağlayana kadar yeniden tedavi sürecine aktif bir biçimde katılma konusunda başarılı olamayabilir. HIV/AIDS'li hastalarda psikolojik bozuklukla hastalığın önemli bir parçasıdır; çünkü, HIV/AIDS'e yakalanan kişilerin yaşadığı psikolojik stres yükündür ve hastalığa verilen tepkiler, üzüntü, endişe, hayal kırıklığı, utanma ve karmaşanın yanı sıra duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkiler şeklinde sıralanabilir.

Hastalık sürecinde meydana gelen çeşitli tıbbi olaylar da yaşanan psikolojik stresi artırmaktadır. Hastalık tanısı konulabilmesi için yapılan test sonucu pozitifse, yani HIV bulaşı söz konusu ise, kişi çok sayıda tıbbi incelemeye tabi tutulmakta; önemli tedavi kararları almak zorunda kalmakta ve hastalıkla ilgili kilometre taşları hakkında bilgi bombardımanına tutulmaktadır. Tedaviye başlama, fırsatçı hastalıklara yakalanma, AIDS aşamasına geldiği anlamına gelen kimi belirtilerin ortaya çıkması ve immünolojik değerlerde gerileme gibi durumlara bağlı olarak yaşanan stres düzeyinde kimi değişiklikler olur. Kalichman (1995) HIV/AIDS'e bağlı olayları ve bunların olası anlamını bir çizelge halinde düzenlemiştir. Bu çizelge aşağıda verilmiştir. HIV/AIDS'te T yardımcı lenfosit sayısı, hastalığın seyrini izlemek için bir odak noktası haline gelebilir. Asemptomatik dönemde inkar ve diğer başatma stratejileri oldukça etkili iken hastalığın ilerleyen dönemlerinde, hastaneye yatmanın duygusal etkileri çok güçlüdür.

HIV/AIDS'le İlgili Yaşam Olayları ve Psikolojik Anlamı

<u>HIV/AIDS İle İlgili Olaylar:</u>	<u>Psikolojik Anlamı</u>
HIV testi sonucu	HIV enfeksiyonu kesinliği
İlk tedaviye karar	Bilgi arama, öğrenme
T yardımcı hücrelerinin azalması	HIV aktivitesinin ortaya çıkması
Erken HIV belirtilerinin gelişimi	HIV hastalığını anlama ve tanıma
Hastalığın ilerlemesi, AIDS teşhisi	Hastalığın son aşamasına geçiş
Hastaneye yatış	Fiziksel yıkım ve bağımlılığın artması

Kaynak: Seth C. Kalichman, Understanding AIDS, s. 138.

HIV/AIDS'te en sık tanılanan klinik sendrom kaygı, depresif ve karmaşık ruh hali özellikleri olan uyum bozukluğudur (O'Dowd ve ark., 1991, 33-40). Ancak uyum bozukluğu tanısının konulabilmesi için, tıbbi bir hastalık gibi tanımlanabilir bir stres yaratan etmenin varlığının gerekli olduğudur. Uyum bozukluğu, kronik ve tekrarlayan bir nitelik taşıyabilmektedir. AIDS'te olduğu gibi stres kaynağı, şu anki tıbbi bilgiler dahilinde, çözümsüz ve sonuç kaçınılmaz olarak daha yüksek olacaktır. AIDS'li hastalarda uyum bozukluğuna yönelik müdahale yapılmazsa hastanın durumunun iyice kötüye gittiği görülür. Sürekli uyum bozukluğu, psikolojik bozukluk öyküsü olan hastalarda daha yaygındır ve bu durum HIV/AIDS'li kişilerin çok büyük bir bölümünde söz konusudur.

HIV/AIDS'Lİ HASTALARIN PSİKOLOJİK YAŞAMI

Depresyon, anksiyete, somatizasyon ve diğer duygusal bozukluklar birbirinden ayrı olmamakla birlikte tek tek ele almakta kimi yararlar olabilir.

Depresyon

Depresyon, derin üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk; değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendromdur (Öztürk, 1989, 206) ve HIV/AIDS'li hastalarda en fazla incelenen konulardan biridir. Yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşılaşmanın yarattığı büyük sorunlara ek olarak HIV/AIDS'in çeşitli özellikleri araştırmacıların bu hastaların klinik depresyon yaşayacakları hipotezini kurlmalarına neden olmuştur.

HIV/AIDS'in özellikleri depresyon riskini artırıcı bir rol oynamaktadır. Tedavinin sınırlı olduğunu ve kesin tedavinin olmadığını bilme kişiyi kötümserliğe sürüklemektedir. HIV/AIDS'in fiziksel yıkımlara, sosyal kısıtlamalara ve mesleki sınırlamalara neden olacağını bilme sonucunda bu hastalığa yakalanan kişilerde olumsuz düşünce tarzı giderek artmaktadır. Maj (1990) HIV/AIDS'in bu ve diğer özelliklerine rağmen depresif semptomların tamamıyla

durumsal olduğu sonucuna varmanın mümkün olmadığını ve depresyonun HIV/AIDS'e bağlı olarak yaşanan stresin ortaya çıkışına bir tepki olmakla beraber merkezi sinir sistemindeki HIV enfeksiyonu nedeniyle de oluşabileceğini ifade etmektedir.

HIV/AIDS'li hastalar üzerinde yapılan birçok çalışmada, hastaların çeşitli düzeylerde depresyona sahip olduklarından söz edilmektedir. HIV/AIDS hastalarında görülen en yaygın psikolojik tepkilerden biri depresif ruh halidir (Rabkin, 1994, 162-167). AIDS'li hastalarla yapılan derinlemesine görüşmeler ve kendini değerlendirme ölçekleri ile ölçülen depresyon, depresyon ile HIV/AIDS'in belirtileri arasındaki benzerlik nedeniyle, yüksekmiş gibi saptanabilmektedir. Birbiri ile çakışan maddeleri kontrol etmek için, Belkin ve ark. (1992) depresyonun fiziksel ve davranışsal belirtilerini dışarıda tutan bir depresyon ölçüm aracı kullanmışlardır. Bu çalışmada, HIV enfeksiyonu olmayan ayaktan tedavi gören hastalarda depresyon oranı %22, HIV'li kadınlarda %54 ve HIV'li erkeklerde %41 olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar, HIV/AIDS'li kişiler arasında depresyonun yoğun olarak yaşandığını ortaya koymuştur.

HIV/AIDS hastalarında depresyon belirtileri diğer ciddi yaşam olayları ile karşılaşan kişilerde görülen belirtilerden farklı değildir. Depresyon, emosyonel afektif belirtiler (üzüntü, ağlama vb.), bilişsel belirtiler (kötümserlik, olumsuz düşünceler vb.), davranışsal belirtiler (uyuşukluk, motivasyonda azalma vb.) ve vejetatif belirtiler (iştahsızlık, uyku bozukluğu vb) olmak üzere birbiriyle etkileşen

dört boyutta değerlendirilmektedir. HIV'li ve depresif hastalarda süregelen üzüntü, moral çöküntüsü, düşük benlik saygısı, değersizlik duygusu, yeme ve uyku bozuklukları, psikomotor bozukluk ve sosyal açıdan içe kapanma sıklıkla karşılaşılan durumlardandır.

Depresyonun sosyal boyutu HIV/AIDS'te oldukça önemlidir. Sosyal desteğin insanları depresyondan koruduğu büyük ölçüde kabul görmektedir. HIV/AIDS'in sosyo-ekonomik açıdan orta sınıfta bulunan insanlarda yaygın olarak görülmesi nedeniyle, HIV enfeksiyonlu kişiler depresyona daha açık hale gelmektedir. Sosyal ilişkilerdeki süreklilik depresif ruh durumu üzerinde önemli ölçüde etkilidir. Örneğin, kendisini açıkça homoseksüel olarak nitelendiren bir kişide, biseksüel olarak nitelenebilirler göre depresyon düzeyi düşüktür (Ostrow ve ark., 1989, 737-742). Bunda, homoseksüel olduklarını açıkça söyleyen kişilerin çeşitli gay topluluklarında destekleyici bir çevre kurması, yüksek kalitede ve güvenli ilişkilere girme fırsatına sahip olmasının etkisi oldukça fazladır. Diğer insanlarla girilen anlamlı ve yapıcı ilişkiler kurma ve sosyal bütünleşme HIV'li kişideki depresyon seyrini ve görülme sıklığını etkiler. Ancak iyi bir sosyal çevre kurulsa bile, depresyon yakın ilişkilerin ve sosyal etkileşimin bozulmasına neden olabilir.

HIV hastalığına bağlı toplumsal damgalanma, ayırımcılık ve fiziksel sınırlamaların bir sonucu olarak sosyal ve mesleki işlev bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Aynı durum depresyonla benzerlik göstermektedir. Toplumsal etmenler nedeniyle

HIV/AIDS'in tedavisi için sağlık hizmeti almayı erteleme ve diğer toplumsal hizmetlerden yararlanmayı reddetme depresif tepkilerin artmasına yol açabilir. HIV/AIDS kapsamında ele alınan depresyon, kişisel ve kişilerarası ilişki kayıpları, sosyal kayıplar, yetersizlikler ve önyargılardan kaynaklanan moral çöküntüsünü kapsamaktadır.

HIV/AIDS'li hastalarda karşılaşılan depresyonun bir diğer özelliği, kesin tedavisi olmayan, kişide bedensel yıkım ve bozulmalara ve damgalanmaya neden olan bir hastalığa yakalanmanın yarattığı umutsuzluktur. Umutsuzluk birçok HIV/AIDS'li kişide depresyonun önemli bir parçasıdır. Umutsuzluğa benzer şekilde, HIV/AIDS'in seyri üzerinde kontrol yokluğu algılaması da depresyonun başlangıç ve gelişimi ile ilgilidir. HIV enfeksiyonunda, kadın kan donörlerinin HIV/AIDS'in seyri üzerindeki kontrol algıları düşük, buna karşın depresyon düzeyleri yüksek bulunmuştur. HIV semptomlarının sayısı ve HIV/AIDS'li olduğunu öğrendiği zamandan sonraki sürenin uzunluğu düşük düzeyde kontrol duygusu, gerçekte tutarlı olsa bile, umutsuzluk ve depresyon düzeyini artırmaktadır. Düşük benlik saygısı, sosyal fonksiyonların azalması, düşük sosyo-ekonomik durum, sağlığı geliştirme davranışlarına katılımın sınırlanması da HIV/AIDS sonucu ortaya çıkan depresyonla ilişki halindedir, ancak bu ilişkinin yönü açık değildir (Ostrow ve ark., 1989, 737-742).

Keder ve Kayıp

Keder ve kayıp, sevilen bir kişinin ölümü gibi durumlarda normal bir tepki olmasına rağmen, psikolojik ve

fiziksel zararlara yol açan bir etki gösterir. AIDS ile ilgili kayıplara verilen tepkileri belirlemede iki faktör önemlidir; süreç boyunca maruz kalınan kayıpların sayısı ve kayıp yaşayan kişinin hastalığının aşaması. AIDS hastalığına bağlı olarak kısa sürede yaşanan çoklu kayıplar, şiddetli duygusal bozukluklara neden olur (Martin, 1988, 856-862).

AIDS'e bağlı ölümler kendileri de HIV/AIDS'li olanlar arasında çok daha yaygındır. Hastalığın temelde cinsel yolla ve iğne paylaşımı yoluyla yayılması nedeniyle, bu kişilerin sosyal çevresinde hastalık sonucu birçok kayıp yaşanır. HIV/AIDS'in dejeneratif etkilerine, bir arkadaşın ya da ilişkide bulunulan birisinin AIDS'ten dolayı ölümüne tanık olunması, kişinin kendi ölümünün de yaklaştığını düşünmesine neden olur. AIDS sonucu yaşanan çoklu kayıplar, psikolojik stresi önemli ölçüde artırmaktadır. Bununla birlikte kimi yazarlar (Neugebauer ve ark., 1992, 1374-79) son yıllarda AIDS'e bağlı ölümlere verilen psikolojik tepkilerin yönünde kimi değişiklikler ortaya çıktığını ifade etmektedirler. Bu yazarlar, New York kentinde gaylarda AIDS'in ikinci on yılında yaşanan kayıpların olumsuz etkilerinin azaldığını gözlemlemişlerdir. Bunda salgının odağının yaygınlaşması sonucu, genç yaşlarda ölüm beklentisi ortaya çıkması, durumun normal olarak karşılanmaya başlanması ve kayıpların yoğunluğunda bir azalma eğiliminin olması etkili olmaktadır. Bilindiği üzere HIV/AIDS sonucu çok fazla kişisel kayıp söz konusudur. Kubler-Ross (1969) aktivite kaybı, hareketliliğin azalması, sosyal fonksiyon kayıpları ve ölüme bağlı kayıplar nedeniyle keder yaşandığını

ifade etmektedir. Buna ek olarak, HIV/AIDS'li kişiler diğer terminal hastalıklarda olduğu gibi yaşam kalitelerinde azalma ile ilgili keder yaşarlar. Ancak HIV/AIDS'te kişilerin yaşadığı süreçten kaynaklanan keder ve kayıp konusunun yeteri kadar incelenmediğini vurgulanmakta yarar vardır.

İntihar Riski

AIDS hastalığına bağlı olarak yaşanan depresyon ve umutsuzluk sonucu intihar riski söz konusu olmaktadır ve hastalığa yakalananlar arasında intihar riski yüksektir. HIV/AIDS'li kişiler HIV olmayanlarla karşılaştırıldıklarında daha sık intihara girişmekte ve intiharı daha çok düşündürmektedir. Perry ve ark. (1990) intihar düşüncesinin (intihar girişimi değil) HIV pozitif test sonucunu aldıktan sonra kişilerde %15'i geçtiğini belirtmektedir.

HIV testi yaptıran kişiler arasında intihar girişim oranı normal popülasyona göre oldukça yüksektir. Test sonucu HIV pozitif çıkan kişilerde testten önce kendine zarar verme hikayesi alındığını ve HIV negatif test sonucunu alanların da %22'sinde bu durum görülmektedir. Buna karşın HIV test sonucunu aldıktan sonra HIV/AIDS'li bireylerin %21'inde intihar girişimi görülürken, test sonucu negatif çıkanların hiçbirinde intihar girişimi olmamıştır. Benzer şekilde HIV/AIDS'li erkek ve kadınların %17'si son bir hafta içinde en az bir kez intihar girişiminde bulunmaktadır. Amerikan Hava Kuvvetlerindeki HIV/AIDS'li personelden intihar düşüncesi olan kadınların oranı %7, ve erkeklerin oranı ise %21'dir. AIDS'li enjeksiyonla madde kullananların %15'i intihar girişimin-

de bulunmaktadır. Buna karşın HIV enfeksiyonu olmayan diğer tıbbi hastalarda da intihar düşüncesinin oldukça yüksek olduğunu vurgulamak gerekmektedir (Kalichman, 1995, 147). İntihar ile yakından ilgili bir diğer konu hekim yardımıyla ölüm (physician-assisted suicide) konusudur.

HIV/AIDS'li hastaların hekim yardımıyla ölüm ile fiziksel ve psikososyal değişkenler arasındaki ilişkiler konusunda yapılan bir araştırmaya ayakta tedavi gören 378 HIV/AIDS hastası dahil edilmiştir. Bu hastaların 63'ünün hekim yardımıyla ölüm konusundaki politikaları desteklemekte olduğu ve % 55'inin ise bunun intihar konusunda bir seçenek olabileceğini ifade ettikleri belirlenmiştir. Depresyon, umutsuzluk, intihar düşüncesine sahip olma, psikolojik stres ve aile üyelerinden ya da arkadaşlardan birinin ölümcül bir hastalığa sahip olması gibi faktörlerin hekim yardımıyla ölüm konusunda belirleyici faktörler olduğu saptanmıştır. İrksal, dinsel faktörlerin yanı sıra sosyal desteğe sahip olup olmama da intiharda etkili olmaktadır. Yaşanan ağrının şiddeti, işlevsel gerilikler, fiziksel belirtiler ve hastalığın aşaması ile hekim yardımıyla ölüm arasında bir ilişki saptanmamıştır (Breitbart ve ark., 1996, 238-42).

Perry ve ark. (1990), Beck Depresyon Ölçeğininin intihar düşüncesini ölçen maddelerini kullanarak prospektif bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada, test yapılmadan önce intihar düşüncesi %30 olarak belirlenmiş; HIV pozitif çıkanların %27'sinin ve negatif çıkanların %17'sinin test sonucunu aldıktan sonraki bir hafta içinde intihar etmeyi düşündükleri

saptanmıştır. Test sonucu verildikten sonraki iki ay içinde, hem HIV pozitif hem de HIV negatif kişilerin % 16'sında intihar düşüncesinin sürdüğü görülmüştür. Bu da intihar düşüncesinin test sonucunu almadan önce ve sonraki ilk haftalarda daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır.

Uzun zamandan beri HIV/AIDS hastası olan kişilerde intihar düşüncesi ve girişimi, yaşam ve ölüm hakkındaki düşünceleri, umudun sürdürülmesi ve kaybedilmesi gibi konuları incelemek üzere dizayn edilen bir başka araştırmaya en az üç yıldan beri HIV/AIDS olan 53 gay dahil edilmiştir. Bu hastaların büyük bir bölümünün ölüm düşüncesine sahip olduğu ve ölümü arzu ettikleri belirlenmiştir. Bununla birlikte sadece ikisi AIDS tanısı konduktan sonra intihar girişiminde bulunmuştur (Rabkin ve ark., 1993, 401-11).

Çalışmalar HIV/AIDS'li hastalarda intihar girişiminin hastalığın görece olarak erken dönemlerinde meydana geldiğini, enfeksiyonun ilk belirtilerinin intihar riskini artırdığını göstermektedir (O'Dowd ve ark., 1993, 33-40). Psikiyatrik değerlendirme için havale edilen tıbbi hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, henüz AIDS aşamasına ulaşmamış HIV pozitif bireylerin %39'unun intihar düşüncesi taşıdığını göstermektedir. HIV/AIDS hastalarında yaşamı tehdit eden fiziksel bir hastalığı olan diğer hastalara oranla intihar riskinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Asemptomatik aşamada olan Amerikan askerleri üzerinde yapılan bir çalışmada, ön teşhis konulduktan sonra intihar girişiminin %55 olduğu vurgulanmaktadır. HIV enfeksiyonlu olma ve hastalık semptomları gös-

terme intihar düşüncesinin önemli bir belirleyicisidir. Şöyle ki AIDS aşamasına ulaşmış bireylerde intihar düşüncesi HIV semptomları görülenlerden ve asemptomatik aşamada olanlardan daha düşüktür. Hastalığa ilişkin semptomların başlaması intihar düşüncesinde önemli bir faktördür. Bu nedenle henüz AIDS aşamasına gelmemiş kişiler de intihar açısından risk altındadırlar çünkü eylemi tamamlamak için yeterli enerjiye sahip olabilirler (Kalichman, 1995, 148).

İntihar düşüncesi ile HIV belirtileri arasında yakın bir ilişki olduğunu söylemek mümkündür. Fiziksel semptomlar ile depresyon ve intihar eğilimi arasında bir ilişki vardır ve klinik depresyon ve HIV/AIDS'in fiziksel belirtilerini gösterenler intiharı daha çok düşünmektedirler. Hastalığın ilerlemesine bağlı olarak fiziksel aktiviteleri kendi başlarına yapamama, fiziksel gücün azalması ve ölene kadar başkalarına bağımlı olma korkusu intihar riskini artırmaktadır. Çoğu hasta başkalarından yardım istemektense, aciz durumda kalmaktansa ölümü kurtuluş olarak görmekte ve bunu zaman zaman açıkça dile getirmektedir. Ancak kimi AIDS'li hastalar herhangi bir biçimde intihar girişiminde bulunmamalarına rağmen "hayatla bağlarının azaldığını", "sıkça ahreti düşündüklerini", "hayatta kalmanın anlamı olmadığını", "ölmek istediklerini" ifade etmektedir. Bu durumun hastalığın ilerlemesine ve hastaneye yatış sayısının artmasına bağlı olarak arttığı gözlenmektedir. Hastalığın fiziksel semptomları ile intihar düşüncesi arasında bir ilişki olduğu ve günlerce yatağa bağımlı hale gelmenin, fiziksel belirtiler ve

hareketsizliğin intihar düşüncesini artırdığı söylenebilir.

Yapılan bazı çalışmalarda da, intihar düşüncesinin HIV/AIDS'in ilerleyen aşamalarında yoğunluk kazandığı ileri sürülmektedir. İntihar düşüncesinin HIV/AIDS'li olduğunu öğrenmeye bir tepki olmaktan çok, ilerleyen aşamalarda ölümcül bir hastalığa yakalanmanın yarattığı çaresizlik ve umutsuzluk ile ilgili olduğu belirtilmektedir.

HIV enfeksiyonunda intihar eğiliminin sık karşılaşılan göstergeleri genellikle intihar riskinin göstergeleri ile paralel bir şekilde tanımlanmaktadır. Hastalıktan önce ve sonra bilişsel ve duygulanım bozuklukları olan kişilerde, madde kullanım bozukluğu olanlarda ve sosyal destek yoksunluğu yaşayanlarda psikiyatrik tedavi amacıyla hastaneye yatma oranının ve hastalığın çeşitli dönemlerinde intihar eğiliminin arttığı ve daha önce intihar girişiminde bulunanlarda riskin daha yüksek olduğunu ifade edilmektedir. Ayrıca, AIDS'li hastaların intihar girişim yöntemleri çok çeşitlidir. Hastalığı tedavi etmek amacıyla kullanılan ilaçlar başta olmak üzere, aşırı dozda ilaç kullanımına çok sık rastlanılmaktadır. Örneğin Zidovudine gibi antiretroviral ilaçlar intihar amacıyla kullanılmaktadır. Bu ilaçlar, HIV/AIDS hastaları tarafından yaygın olarak kullanılması ve kolayca elde edilir olmasının yanı sıra toksitesinin iyi bilinmesi nedeniyle intihar girişimlerinde kullanılmaktadır. Ancak, bu hastalıkta intihar eğilimi yaygın olarak görülmeyle birlikte, çok az çalışmada intihar riskinin altında yatan boyutların neler olduğu konusu ele alınmıştır (Kalichman, 1995, 149).

HIV test sonucunun pozitif olması, başkalarına hastalığı bulaştırdığı düşüncesi, hastalığın bir ceza olarak algılanması, hastalığa yakalanmadaki sorumluluğu, hastalık semptomlarının başlaması, HIV teşhisi konan yakın arkadaşların olması, bir kişinin AIDS'ten öldüğünü bilmesi ve AIDS aşamasına geldiğinin algılanması vb. gibi durumlar HIV/AIDS'li kişinin intihar eğilimini anlamlı düzeyde artırmaktadır. Sosyal desteğin olmaması, yani yakın bir arkadaşın veya sırdaşın olmaması, yalnızlık duygusunun yaşanması da intihar düşüncesini artırıcı faktörler arasındadır.

HIV enfeksiyonunda intihar riskinin kötümserlik, depresyon, umutsuzluk ve kederle ilgili olmasına rağmen, intihar riski, ağrıdan uzaklaşma, bağımlılıktan kurtulma, HIV hastalığının ilerlemesine bağlı olarak yaşanan ekonomik güçlüklerden kurtulmak için "mantıksal" olarak da ortaya çıkmaktadır. Hızla yaklaşan ölümden kaçmayı planlama terminal hastalarda ve yaşlılarda yoğun olarak yaşanmakta ve bu kişiler intihar yöntemlerinin ölümcül olma düzeyi hakkında bilgi aramaktadırlar.

HIV/AIDS'li hastalar yaşam kalitesinin kötüleşmeye başlaması ile birlikte yaşamlarını sonlandırmaya yönelik düzenlemeler yapmaktadırlar. Bir kişinin yaşamını fiziksel acı çekme veya umutsuzluk ve çaresizlik sonucu sonlandırmak istemesi arasında güdüsel farklılık yoktur. Bu nedenle yapılacak psikolojik müdahalelerde bu durumun gözönüne alınması yararlı olacaktır. Hastalığın ilerlemesi ile birlikte HIV/AIDS'li hastalar tedavi almayı reddedebilir, yaşam ve ölüm sürecini kontrolleri al-

tında tutmak isteyebilirler. Hastalığın ilerlemesinin yarattığı psikolojik umutsuzluk nedeniyle tıbbi müdahaleleri kabul etmeyebilirler. Ayrıca kendilerine bakım verenlerden hızlandırılmış ölüm konusunda yardım isteyebilirler (Rabkin ve ark., 1993, 162-67).

Anksiyete

HIV/AIDS'li kişilerde anksiyete bozuklukları yüksek oranda bulunmaktadır (Bussing ve Burket, 1993, 562-567). Yüksek risk hikayesi olan HIV/AIDS'li kişilerde kötümser, karamsar düşünceler hakimdir. Bu nedenle, bu kişilerin neredeyse yarısı aşırı derecede endişe duydukları ve test sonucu ile başedemeyeceklerini düşündükleri için test sonuçlarını almaya tek başlarına gitmemektedirler. HIV/AIDS'li kişilerin %12'sinde obsesif-kompulsif bozuklukların normalin üzerinde bulunduğu belirtilmektedir. HIV'li kişilerde yüksek anksiyete bozukluğu görülmektedir ve HIV enfeksiyonlu depresif hastalarda, HIV enfeksiyonu olmayan kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha çok anti-anksiyete ilaçları kullanılmaktadır (Hintz ve ark., 1990, 497-501). 53 HIV pozitif hasta ile 63 HIV negatif hasta üzerinde yapılan bir başka araştırmada (Jones ve ark., 1995, 597-608) anksiyete, psikolojik durum ve HIV aşamaları arasındaki ilişki araştırılmış ve HIV testinin yapıldığı ilk dönemde anksiyete düzeyinin çok yüksek olduğu saptanmış ve hastalığın fiziksel semptomlarına bağlı olmaksızın HIV riskinin psikolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olduğu belirlenmiştir.

Depresyonda olduğu gibi anksiyete de bilişsel, emosyonel, davranışsal ve bedensel belirtilerden oluşmakta-

dır. Anksiyetede fiziksel semptomlar, mide bağırsak sistemi, psikomotor, görme ve derideki bozulmaları içeren otonomik sinir sistemi reaktivitesinden kaynaklanmaktadır (Maj, 1990, 547-63). Daha önce de belirtildiği gibi, anksiyetenin fiziksel semptomları HIV hastalığının semptomları ile karıştırılabilir. Anksiyetenin somatik belirtilerinin komorbitesi ve HIV/AIDS'in belirtileri fiziksel semptomların etiyolojisini birbirinden ayırtetmek güçtür.

HIV/AIDS'li kişilerin bedensel görünümünün değişmesi, onlara önyargılı yaklaşılması ve başkalarına bağımlı olmaları nedeniyle eziklik duygusu yaşamaktadırlar. Bu durum fiziksel yetersizliğin ortaya çıkması, sosyal itilme ve izolasyonla bağlantılıdır (Maj, 1990, 547-63). Sonuç olarak, HIV'in bulaşma özelliği nedeniyle, HIV/AIDS'li kişiler kendilerini reddedilme ve izolasyondan korumaya çalışırlarken, diğer insanları enfeksiyondan korumak için baskı hissederler. Arkadaşların AIDS nedeniyle kaybedilmesi, HIV/AIDS'in ölüme neden olduğunu hatırlatır ve bu durum da yaşanan anksiyeteyi son derece yükseltir. AIDS ile ilgili gazete yazıları, televizyon programları, arkadaş ve çevre tarafından yapılan yorumlar, duyuru ve anonlar anksiyeteyi artırıcı bir rol oynamaktadır (Kalichman, 1995, 151).

HIV enfeksiyonunda özellikle belirtileri başta olmak üzere, belirsizlik anksiyeteye neden olmaktadır (Maj, 1990, 547-63). Buna ek olarak, kesin tedavinin olmaması hastaları tıbbi tedaviye karşı güvensizliğe sürükler; çünkü, antiretroviral tedavi ilaçlarının günde birkaç kez alınmasına rağmen kişilerin hastalığı asemptomatik düzeyde devam etmektedir.

Hızla ilerleyen ve kişinin fiziksel görünümünü bozan HIV/AIDS'in ölüm anksiyetesiyle sonuçlanması beklenmektedir. Bu kişilerde ölümü bekleme durumu, yaşanan anksiyetenin en büyük kaynağıdır (Wolcott ve ark., 1986, 395-403). Fiziksel gerileme, temel ihtiyaçlarını karşılamak için diğer kişilere bağımlı olma korkusu da ölümü bekleme ile yakın ilişki içindedir ve zaman zaman ölüm korkusu ile bu korkular yer değiştirmektedir (Nichols, 1985, 765).

Depresyonda da belirtildiği gibi, anksiyete de, daha önceden duyulanım bozukluğu olan kişilerde daha yoğun yaşanabilir. Anksiyetenin düzeyi de hangi ölçüm aracının kullanıldığına, ne zaman ve nasıl yapıldığına bağlı olarak değişmektedir. HIV/AIDS'te anksiyetenin sıklıkla görülür, ancak bu tür belirtilerin klinik anksiyete bozukluğu şeklinde gelişmesi nadirdir (Ostrow ve ark., 1989, 737-42).

Somatizasyon

Somatizasyon, bedende yapısal bir değişiklik ya da işlev bozukluğu gösteren; ve oluş, alevlenme, iyileşme nedenleri arasında psikososyal etkenlerin de yer aldığı (Öztürk, 1989, 304) bir durumdur ve HIV/AIDS'in psikolojik stresle nasıl karşılıklı birbirinin içine geçtiğinin bir örneği olarak karşımıza çıkmaktadır. Somatizasyon, organik bir bozukluk olmaksızın fiziksel hastalık gibi algılanan ve psikolojik nedenlerden dolayı bedensel belirtiler ortaya çıkaran bir bozukluktur. HIV/AIDS semptomlarının ortaya çıkmasını bekleme, belirsiz ve yaygın bir şekilde fiziksel şikayetleri ortaya çıkarır. HIV/AIDS'de somatizasyon, stresle bağlantılı küçük fiziksel şikayetler,

hastalıkla ilgili konuların artması şeklinde kendini gösterir. Zararsız duyular, heyecanlara ilişkin hatalı algılamalar yaşanan stresi besleyebilir ve artırabilir, sonuçta stres tepkilerinin yoğunluğunu artırarak yanlış anlamaların ilerlemesine neden olur (Kalichman, 1995, 152).

Homoseksüel veya biseksüel olan 57 HIV pozitif ve 17 HIV negatif hasta duygusal stres, başetme ve hastalığa uyum açısından karşılaştırılmıştır. Araştırma sonucunda her iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak, hem HIV pozitifliğin hem de HIV riski altında olduğunu hissetmenin yaygın bir psikolojik stres kaynağı olduğu ve bu kişilerde somatik bozuklukların yaygın olduğu sonucuna varılmıştır (Krikorian ve ark., 1995, 293-8).

Birçok insan HIV pozitif test sonucunu aldıktan sonra fiziksel sağlıkları hakkında endişe duymaya başlar. HIV/AIDS'e bağlı olarak ortaya çıkan hastalıkların göstergeleri olan renk değişimi, lekeler ve diğer fiziksel değişimler obsesyona dönüşür, uyum bozukluğu ve yetersizlikler ortaya çıkar. HIV pozitif ve HIV negatif hastalardan hastalık öncesinde obsesif-kompulsif hikayesi olanlar, hastalık sonrasında fiziksel işlevsellik düzeyi ile aşırı düzeyde ilgilenmeye ve kompulsif belirti aramaya başlayabilirler. Bağışıklık sisteminde bozulma, testin yıldönümü ya da arkadaşların hastalanması gibi AIDS'e bağlı olaylar, hastalığın ilerlediği konusunda ipuçları verir ve yaşanan somatizasyonu artırır. AIDS'e bağlı ölüm nedeniyle kayıp yaşayanlarda AIDS aşamasına geçtiği duygusu gelişmekte ve fiziksel rahatsızlıklar artmaktadır. Bu bulgu HIV bulaşı ol-

mayan kişilerde yaşanan somatizasyon ile benzerlik göstermektedir. Bilindiği üzere bir ölüm yaşandığında o hastalığa daha duyarlı hale gelinir (Kalichman, 1995, 153).

Somatizasyon, grip ve soğuk algınlığı gibi HIV/AIDS ile ilgili olmayan, fiziksel hastalıklar sonucu ortaya çıkabilir. HIV/AIDS'in ilk belirtileri olan sürekli ateş ve ishal gibi görece olarak zararsız hastalıkların belirtileri somatik reaksiyonlara neden olur. HIV/AIDS'li kişilerde lenf bezi şişmeleri de yaşanan psikolojik stresi artırmaktadır. Bir anlamda somatizasyon fiziksel hastalıklardan çok hastalığa ilişkin algılamalardan kaynaklanmaktadır. Bağışıklık sisteminin işlevselliğinde önemli olan T yardımcı hücre sayısının azalması bir diğer stres nedenidir ve bu sistemin işlevselliğinde gerilemeler olduğunu ifade eden kişiler, dengeli bağışıklık sistemine sahip olanlara göre fiziksel hastalıkla daha fazla meşgul olmaktadır. T yardımcı hücre sayısının bağışıklık sisteminin işlevselliğinde bir nirengi noktası olarak ele alınması hastalığın gelişimini izleme anlamına gelebilir. T yardımcı hücre sayısı azaldığında, hastalar hatalı bir biçimde hastalık semptomlarının hızla gelişeceğini bekleyebilir ve bu beklenti de somatik anksiyetenin artmasına neden olabilir.

Suçluluk ve Öfke

Suçluluk duygusu, diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklarda olduğu gibi, HIV/AIDS'in önemli bir parçasıdır. Kendini suçlama, utanma, kendi gözünde değerini yitirme HIV pozitif test sonucu alanlarda ortaya çıkan ilk duygusal tepkilerdir. Bu duygular hastalığa yakalanmaya neden olan davranışları, HIV/AIDS'in ahlaki öğ

ve cezalandırılma biçiminde algılanması, diğer kişiler tarafından onaylanmama sonucu ortaya çıkar. Suçluluk duygusu, AIDS nedeniyle ölen arkadaşlar veya sevdiklerinin kayından sonra, hayatta olan hastada daha yoğun olarak yaşanır. HIV/AIDS'e bağlı suçluluk duygusu, homoseksüel ilişki yoluyla enfeksiyonu alan erkeklerde içselleştirilmiş homofobi halini alabilir. Sonuç olarak suçluluk, test yapılmadan önce veya sonra başkalarına hastalığı bulaştırma olasılığı nedeniyle meydana gelebilir (Kalichman, 1995, 154).

Öfke, yaşamı tehdit eden hastalıklara verilen genel bir tepkidir. Buna karşın suçluluk, cinsel yolla bulaşan hastalıklarda görülen bir durumdur. Ancak HIV enfeksiyonunda psikolojik tepkiler üzerine yapılan çalışmalarda öfke ve suçluluk üzerinde durulması şaşırtıcıdır. Sadece birkaç araştırmada öfke ele alınmıştır. HIV/AIDS'li hastalarda HIV negatif hastalara göre öfke daha yoğun yaşanmaktadır. Sinirlilik, belirsizlik ve sosyal reddedilme de HIV/AIDS'li kişilerde öfke duygusunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Holland ve Tross, 1985, 760-64) ve bu hastalarda çok yoğun öfke duyguları hakimdir (Rabkin ve ark., 1993, 401-11).

Öfke ve suçluluk HIV/AIDS'in sorumlusu olma duygusundan kaynaklanmaktadır. Öfke, enfeksiyonu kendisine bulaştırdığına inanılan kişiye, hastalığı tedavi edemeyen tıbbi personele ve soruna acilen ve merhametle yaklaşmayan topluma yönelebilir. Öfke suçluluk duygusuna benzer şekilde, kişinin kendisine de yönelebilir ve sorumsuzca risk alma, riskli durumları fark edememe ve gü-

venli gibi görünen durumlara hatalı bir şekilde inanma duygularından da kaynaklanabilir (Kalichman, 1995, 155). HIV/AIDS'e yakalanma konusunda sorumluluğu kişinin kendisine yüklemesi, kişinin yaşadığı öfkeyi artırmakta, empati duygusunu ve başkalarına yardım etme isteğini azaltmaktadır (McDonell, 1993, 403-10). Suçluluk, cinsellik ve madde kullanımı davranışlarıyla bağlantılı diğer sosyal damgalama etmenleri sonucu artar. Kişinin davranışları, ahlaki inanç ve toplumsal değerlerdeki farklılıklardan büyük ölçüde etkilenir. Öfke ve suçluluk klinik değerlendirmelerde dikkatlice ele alınması gerekli duygusal tepkilerdir (Kalichman, 1995, 155).

HIV/AIDS'İN AŞAMALARI ve HIV/AIDS'Lİ HASTALARIN PSİKOLOJİK TEPKİLERİ

HIV/AIDS hastalığının aşamaları ve hastaların psikolojik işlevsellik düzeyi arasında görece bir önem olduğu vurgulanmaktadır (Linn ve ark., 1993, 24-32) bu nedenle HIV/AIDS hastalığının gelişim aşamaları çerçevesinde hastaların verdikleri psikolojik tepkilerin boyutlarını tanımlamak yararlı olacaktır. HIV/AIDS hastalığının seyri ve hastaların psikolojik fonksiyonlarındaki değişimler çok az çalışmada ele alınmıştır. Bu çalışmalarda hastaların verdikleri psikolojik reaksiyonlar; test sonucunun alınması, asemptomatik aşama, hastalığın ilk belirtilerinin başladığı aşama ve AIDS aşamasına geçiş olmak üzere dört aşamada ele alınmaktadır. Bazı çalışmalarda da bu tepkilerden HIV/AIDS'in gözle görülebilir olmadığı dönem; belirtilerin başlaması ve hastalığın ilerleyen aşaması olmak üzere üç farklı aşamada verilen psi-

kolojik tepkiler olarak söz edilmektedir (Kessler ve ark., 1988, 569-78).

Asemptomatik aşamada HIV/AIDS'li olduğunu öğrenen bir kişinin verdiği psikolojik tepkilerin ardışık bir sıra izlediğinden söz edilmektedir. Buna karşın HIV/AIDS'li olduğunu hastalık semptomları ortaya çıktıktan sonra öğrenen kişilerin verdiği psikolojik tepkiler oldukça farklıdır. Bu vakalarda hastalığın her bir aşamasında karmaşık ve yoğun duygular yaşanır. Hastalığa verilen psikolojik tepkiler doğrusal bir seyir izlemez tersine inişli çıkışlı, bazen de dairesel bir özellik taşır. Ancak belli bir aşamada belirli tepkilerin verileceği varsayımı yapmak yanıltıcı ve hatalı olacaktır. Buna rağmen, hastalığın aşamaları açısından psikolojik reaksiyonları kavramsallaştırmak açısından yararlı olabilir.

Asemptomatik Aşama

Hastaların verdiği psikolojik reaksiyonlar, kişinin test öncesinde HIV pozitif şüphesi olup olmaması ile ilgili olmaksızın, HIV/AIDS'in erken döneminde yoğunlaşır (Chuang ve ark., 1989, 876-80). HIV pozitif test sonucunu aldıktan sonra belirsizlik, şaşkınlık, karışıklık gibi akut tepkilerle kendini gösteren psikolojik reaksiyonlar ortaya çıkar (Maj, 1990, 547-63). HIV pozitif test sonucuna ilk tepkiler psikolojik küntlük ve inanamamadır. Aynı zamanda bilişsel bozukluklar, psikomotor yavaşlama ve korku, üzüntü, suçluluk ve öfke duyguları da yoğun olarak yaşanır. HIV/AIDS tanısı konanların %90'ından fazlasında akut stres tepkileri gözlenir. HIV pozitif test sonucuna verilen ilk tepkiler, diğer olumsuz yaşam olaylarına verilen tepkilere benzer (Nichols, 1985, 766).

HIV/AIDS tanısını izleyen dönemde akut psikolojik bozukluklar depresyon ve somatizasyonu da içerebilir. Erken dönemdeki HIV/AIDS'li kişilerin üçte birinde ani duygusal tepkilerin görüldüğü ve bu grubun üçte birinin ise DSM-III-R klinik teşhis kriterleri dahilinde bulunduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde HIV pozitif kan donörlerinin %31'inde klinik olarak depresyon bulunduğu ve test sonucunu aldıktan sonra iki hafta süresince depresyonun sürdüğü bulunmuştur. HIV/AIDS'in başlarında umutsuzluk, uyumsuz davranışlar, sağlığı bozan davranışlar ve intihar riski olasılığını artırdığı belirlenmiştir (Kalichman, 1995, 157).

HIV pozitif test sonucuna verilen ilk tepkileri, psikolojik uyum dönemi izler ve daha sonra durumu kabullenme gelir. Uyum sürecinin başlarında inkar kısa dönemli dengeleyici bir mekanizmadır. İnkâr, HIV testini yineme, doktor ve danışmanlara sayısız telefon etme şeklinde de kendini gösterebilir. HIV seropozitif olma durumu mantıksal açıdan kabul edilse bile duygusal açıdan inanamama sıklıkla devam eden bir durumdur (Ostrow ve ark., 1989, 737-42).

Erken Semptomatik Aşama

HIV ile ilgili çeşitli belirtilerin başlaması, HIV/AIDS'li olmaya yeni bir anlam kazandırmaktadır. Hastalığın ilk belirtileri depresyon, anksiyete, somatizasyon ve diğer psikolojik bozuklukların yeniden canlanmasına neden olabilir. İlk dönemdeki belirtiler asemptomatik ve geç semptomatik dönemlere göre daha fazla oranda madde kullanımına, fiziksel şikayetlere, umutsuzluğa, gerginliğe ve genel anksiyeteye neden olabilir. Hastalığın ilk fiziksel belirtile-

ri enfeksiyonun ilerlediğinin işareti olabilir ve AIDS'in yakında gelişeceği düşüncesini yaratır. Belirtiler ilaçların ve tıbbi müdahalelerin virüsün ilerlemesine engel olamadığı inancını artırabilir (Tross ve Hirsch, 1988, 929-34).

İlk belirtilerin başlamasına ek olarak, hastalıkların sıklığı psikolojik tepkilerin ortaya çıkmasına neden olur. Belirtilerin sayısı fiziksel sağlığın bozulmasına ilişkin subjektif izlenimler ve duygusal stresle anlamlı düzeyde bir ilişki gösterir. Kendini değerlendirme araçları ile belirlenen depresyon, HIV semptomları ile korelasyon halindedir ve hatta depresyonun emosyonel ve somatik belirtileri bağımsız olarak değerlendirilse bile HIV belirtileri ile aralarında anlamlı bir ilişki vardır. HIV ile ilgili belirtiler ve psikolojik stres doğrudan ilişki içindedir. Belirtilerin şiddeti, stresle ilişki halinde olmasına rağmen, HIV hastalığında immün değerler ile depresyon arasında yapısal bir ilişki belirlenmemiştir. Hastalık ve stres arasındaki ilişkiye çok sayıda faktör etki etmektedir. Sonuç olarak HIV/AIDS'in erken dönemdeki belirtileri nadir olarak fiziksel yetersizliğe neden olabilir ve bundan sonra genellikle asemptomatik aşama gelir ve psikolojik işlevsellik düzeyi artar (Kalichman, 1995, 159).

İleri Semptomatik Aşama ve AIDS

Akut psikolojik stres, AIDS aşamasına geçişle birlikte tekrar gündeme gelir. Buna rağmen, ilk reaksiyonları takiben HIV/AIDS'li kişilerdeki stres, asemptomatik ve erken semptomatik aşamalara göre daha azdır. Bu bulgular, diğer kronik hastalar üzerinde yapılan çalışmaların bulguları ile farklılık göstermektedir, çünkü dep-

resyonun şiddeti genellikle hastalık ilerledikçe artar. Diğer ölümcül hastalıklarda depresyon zamanla artar çünkü hastalığın seyri daima kötüdür. HIV/AIDS'te ise önce başlangıç ve asemptomatik aşama, sonra semptomatik aşama ve daha sonra oldukça uzun süren dönem gelir.

HIV/AIDS süresi uzadıkça yaşanan fiziksel, psikolojik ve sosyal kayıplar giderek artar ve ölüm giderek artan bir ilgi odağı haline gelir. AIDS'e bağlı ölümler sonucu çeşitli kayıplar yaşanmaktadır. AIDS'li ebeveynlerin hastalığa yaklanmamış çocukları bir süre sonra anne-babalarını kaybetmekte ve yetim durumuna düşmektedirler. Bu çocukların yaşadıkları kayıp ve yas sürecine ilişkin olarak klinik müdahale yöntemlerinin geliştirilmesi gerekmektedir (Siegel ve Gorey, 1994, S66-70).

HIV/AIDS'li kişilerde, AIDS aşamasına geçtiklerini öğrendikleri zaman, bir rahatlama duygusu gelişebilir. AIDS'li kişilerin ilk semptomlara ve hastalığa uyum sağlayabilmek için zamanları vardır. Hastalığın ilk semptomlarına eşlik eden stres, kişiyi AIDS'e hazırlayabilir. HIV/AIDS'in uzun bir asemptomatik döneme sahip olması, yaşın ilerlemesi ve yaşlı kişilerin kronik hastalıklara daha iyi uyum sağlaması, AIDS'e uyumu kolaylaştırmaktadır. Buna karşın AIDS aşamasına geçen kişilerde psikolojik bozukluk olmadığını söylemek mümkün değildir. Belkin ve ark. (1992) fonksiyonel sınırlamalar ile depresyonun bilişsel ve duygulanım belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuşlardır. Uzun süre AIDS ile yaşayan kişilerde gittikçe artan ağrılar, mental becerilerde azalmalar, görme kayıpları, üriner sistem hastalıkları

görülebilir (Kalichman, 1995, 160). Bunun yanı sıra hasta olduğunun gizlenmesi güçleşir ve hastalık ve bunun sonuçları üzerinde kişisel kontrolün yitilmesi söz konusu olur. HIV/AIDS hastaları, hastalığın son döneminde çok yoğun ve önemli sorunlar yaşar. Yaşanan tüm olumsuzluklara rağmen bu hastaların onurlu bir ölüm hakkı vardır (Evangelisto, 1996, 45-7).

SONUÇ

Depresyon, anksiyete, somatizasyon, öfke ve suçluluk gibi psikolojik tepkiler HIV/AIDS'e bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu tepkiler, hastalığın seyirindeki belirsizlikle birleşerek, hastalık belirtilerinin başlamasıyla birlikte hızlı değişiklikler göstermektedir. HIV testini yaptıрма, HIV pozitif test sonucunu alma, belirtilerin ortaya çıkmasını bekleme, aynı hastalığa sahip başkalarını gözleme ve kendi hastalığının ilerleyeceğinden korkma, birer stres kaynağı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu olayların her birinin kendine özgü psikolojik bir anlamı ve sonuçları vardır.

HIV/AIDS bağışıklık sisteminin bozulmasına neden olur ve HIV/AIDS sonucu çeşitli fırsatçı hastalıklar ortaya çıkar. HIV/AIDS'e yakalanan kişinin daha önceki sağlık durumu, mikroplara maruz kalma durumu, hastalıklarla savaşabilme becerisi ve yaşam tarzı hastalık sürecinde etkili olur. HIV/AIDS'e bağlı olaylara verilen psikolojik tepkiler; tek bir duygusal tepki ile açıklanamaz ve bunun evrensel bir biçimi yoktur. Hastalık ilerledikçe bazıları depresyon, bazıları anksiyete veya somatizasyon yaşarken, bazıları da herhangi bir depresyon ve anksiyete belirtileri göstermezler. Bunlar kişinin psikolo-

jik özgeçmiş, önceki sağlık durumu ve başa çıkma kaynakları gibi özellikler tarafından belirlenir.

HIV/AIDS'li müracaatçıların, hastalığın, fiziksel semptomları ve psikolojik belirtileri konusunda bilgilendirilmeleri, onlara HIV ile ilgili yaşantılarını daha objektif bir biçimde değerlendirmelerine yardımcı olabilir. Hastalara hastalığın fiziksel belirtilerinin duygusal belirtiler gibi bertaraf edilemediğini vurgulanması gerekir. Fiziksel belirtileri depresyon, anksiyete ve ya somatizasyon şeklinde yanlış tanımlama, hastanın tıbbi tedaviden kaçmasına neden olabilir. Tersinde ise, somatizasyon da ruhsal tedaviden kaçınma ile sonuçlanabilir. Fiziksel semptomoloji ve duygusal tepkiler arasındaki ilişkiyi anlama, kişinin kontrol duygusunu artırabilir. HIV/AIDS'in merkezi sinir sistemine geçtiğinin işareti olan nöropsikolojik belirtiler benzer sorunlara neden olur. Hafıza bozuklukları, geçici bilinç kaybı, konsantrasyon azalması HIV hastalığının ilerlediğini gösterebilir ya da depresyon veya anksiyeteyi yansıtabilir.

HIV/AIDS hastalığının aşamaları ve hastaların psikolojik işlevsellik düzeyi arasında görece bir önem bulunmaktadır. Ancak hastalığın hangi aşamasında olunursa olsun, HIV/AIDS'li hastaların psikososyal desteğe, psikososyal ve medikal danışmanlığa gereksinim duyduğunun ve hizmetlerde sürekliliğin bir zorunluluk olduğunun akılda tutulması gerekmektedir.

HIV/AIDS'in psikolojik boyutu ile ilgili literatürde, HIV enfeksiyonunda depresyon, anksiyete ve somatizasyonun üst düzeyde ve sıklıkla yaşandığı belirtilmektedir. HIV/AIDS'e

verilen psikolojik tepkiler, diğer yaşamı tehdit eden hastalıklarda ortaya çıkan psikolojik tepkilerle tutarlılık göstermektedir. Depresyon, anksiyete ve somatizasyon HIV/AIDS'in farklı aşamalarında med-cezir olayı gibi kimi zaman alçalmakta ve kimi zamanda içsel ve dışsal olaylara bir tepki olarak yükselmektedir. Bu nedenle yapılacak sosyal hizmet çalışmalarında bu konunun dikkate alınması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Belkin, G.S.; Fleishman, J.A., Stin, M.D., Piette, J. ve Mor, V. (1992). "Physical symptoms and depressive symptoms among individuals with HIV infection". *Psychosomatics*, 33, 416-427.

Breitbart, W; Rosenfeld, BD; Passik, SD (1996). "Interest in physician-assisted suicide among ambulatory HIV-infected patients." *American Journal of Psychiatry*. 153(2): 238-42

Bussing, R; Burket, RC (1993) "Anxiety and intrafamilial stress in children with hemophilia after the HIV crisis." *J-Am-Acad-Child-Adolesc-Psychiatry*. 1993 May; 32(3): 562-7.

Chuang, H.T.; Devins, G., Hunsley, J. ve Gill, M.J. (1989). "Psychological distress and well-being among gay and bisexual men with human immunodeficiency virus infection". *American Journal of Psychiatry*, 146, 876-880.

Evangelisto-M (1996). "Death with dignity. End-of-life issues for the HIV/AIDS patient." *J-Psychosoc-Nurs-Ment-Health-Serv*. 34(6): 45-7.

Hintz, S.; Kuck, J., Peterkin, J.J., Volk, D.M. ve Zisook, S. (1990). "Depression in the context of human immunodeficiency virus infection: Implications for treatment". *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 497-501.

Holland, J.C. ve S. Tross (1985). "The psychosocial and neuropsychiatric sequelae of the acquired immunodeficiency syndrome and related disorders". *Annals of Internal Medicine*, 103, 760-764.

- Jones, QJ; Garsia, RJ; Wu, RT; Job, RF; Dunn, SM (1995) "A controlled study of anxiety and morbid cognitions at initial screening for human immunodeficiency virus (HIV) in a cohort of people with haemophilia." **J-Psychosom-Res.** 39 (5): 597-608.
- Kalichman, S.C. (1995). **Understanding AIDS.** APA. Washington.
- Kessler, R.C.; O'Brein, K., Joseph, J.G., Ostrow, D.G., Phair, J.P., Chmiel, J.S., Wortman, C.B., ve Emmons, C.A. (1988). "Effects of HIV infection, perceived health and clinical status on a cohort at risk for AIDS". **Society of Science and Medicine**, 27, 569-578.
- Krikorian-R; Kay-J; Liang-WM (1995)"Emotional distress, coping, and adjustment in human immunodeficiency virus infection and acquired immune deficiency syndrome." **J-Nerv-Ment-Dis.** 183 (5): 293-8.
- Linn-JG; Monnig-RL; Cain-VA; Usoh-D (1993). "Stage of illness, level of HIV symptoms, sense of coherence and psychological functioning in clients of community-based AIDS counseling centers." **J-Assoc-Nurses-AIDS-Care.** 4(2): 24-32.
- Maj. M. (1990). "Psychiatric aspects of HIV-1 infection and AIDS". **Psychological Medicine**, 20, 547-563.
- Martin, J.L. (1988). "Psychological consequences of AIDS-related bereavement among gay men". **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 56, 856-862.
- McDonnell-JR (1993). "Judgments of personal responsibility for HIV infection: an attributional analysis." **Social Work.** 38 (4), 403-10.
- Neugebauer, R.; Rabkin, J., Williams, J., Remien, R., Goetz, R. ve Gorman, J. (1992). "Bereavement reactions among homosexual men experiencing multiple losses in the AIDS epidemic". **American Journal of Psychiatry**, 149, 1374-1379.
- Nichols, S.E. (1985). "Psychosocial reactions of persons with the acquired immunodeficiency syndrome". **Annals of Internal Medicine**, 103, 765-767.
- O'Dowd, M.A., Biderman, D.J., ve McKegney, F.P. (1993). "Incidence of suicidality in AIDS and HIV-positive patients attending a psychiatry outpatient program". **Psychosomatics**, 34, 33-40.
- Ostrow, D., Monjan, A., Joseph, J. VanRaden, M. Fox, R. Kingsley, L., Dudley, J., ve Phair, J. (1989). "HIV-related symptoms and psychological functioning in a cohort of homosexual men". **American Journal of Psychiatry**, 146, 737-742.
- Öztürk, O. (1989) **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.** Evrim Basım Yayım Dağıtım: İstanbul.
- Perry S. Jacobsberg, L, Fishman, B., Weiler, P., Gold, J.W.M., ve Frances, A. (1990). "Psychological responses to serological testing for HIV". **AIDS**, 4, 145-152.
- Rabkin J.G. Remien, R. Katoff, L. Ve Williams, J. (1993). "Resiliency in adversity among long-term survivors if AIDS". **Hospital and Community Psychology**, 44,162-167.
- Rabkin-JG; Remien-R; Katoff-L; Williams-JB (1993) "Suicidality in AIDS long-term survivors: what is the evidence?" **AIDS-Care.** 5(4): 401-11.
- Siegel-K; Gorey-E (1994). "Childhood bereavement due to parental death from acquired immunodeficiency syndrome." **J-Dev-Behav-Pediatr.** 15 (3): S66-70.
- Tross, S. ve D. Hirsch (1989). "Psychological distress and neuropsychological complications of HIV infection and AIDS". **American Psychologist**, 43, 929-934.
- Wolcott, D.L., Namir, S., Fawzy, F., Gottlieb, M., ve Mitsuyasu, R. (1986). "Illness concerns, attitudes towards homosexuality, and social support in gay men with AIDS". **General Hospital Psychiatry**, 8, 395-403.