I.O.S.U.D. - Universitatea de Vest ”Vasile Goldiș” din Arad

ȘCOALA DOCTORALĂ DE MEDICINĂ

TEZĂ DE DOCTORAT

REZUMAT

Doctorand : **Fulvia Carmen Ursoiu**

Conducător de doctorat **: Prof.Univ.Dr. Maria Pușchiță**

Arad, 2017

TEZĂ DE DOCTORAT

Corelațiile psihopatologiei HIV cu aspecte biopsihosociale.
Rolul intervenției psihologice

Doctorand : **Fulvia Carmen Ursoiu**

Conducător de doctorat **: Prof.Univ.Dr. Maria Pușchiță**

PhD THESIS

Correlations between HIV psychopathology and biopsychosocial aspects.
The role of psychological intervention

PhD Student: **Fulvia Carmen Ursoiu**

Scientific supervisor: **Prof.Univ.Dr. Maria Pușchiță**

CUPRINS :

INTRODUCERE 9

I. PARTEA GENERALĂ STADIUL ACTUAL AL CUNOAŞTERII 12

Capitolul 1.Tulburările psihopatologice asociate HIV/SIDA 15

1.1. Tulburările neurocognitive asociate HIV 15

1.2. Tulburări anxioase şi depresive în HIV/SIDA 17

1.3. Tulburările maniacale 20

1.4.Tulburări determinate de alcool şi uz de droguri în HIV 21

1.5. Tulburarea de stres posttraumatic (TSPT) 22

1.6. Tulburările Psihotice 23

1.7. Tulburările de personalitate 24

1.8. Bolile mentale severe în HIV 24

Capitolul 2. Psihopatologia HIV/SIDA în contextul psihosocial 27

2.1. Relaţia între tulburările psihologice şi factorii psihosociali 27

2.2. Particularităţile psihosociale ale persoanelor cu HIV/SIDA din România 30

2.3.Factorii de risc psihosociali şi comportamentali –educaţia, etnia, mediul, vârsta, genul 32

2.4.Tulburările psihopatologice în grupurile de risc infectate cu HIV/SIDA 35

Capitolul 3. Rolul intervenţiei psihologice asupra persoanelor cu HIV/SIDA (intervenţie în criză) 38

II.PARTEA SPECIALĂ – CONTRIBUŢIA PERSONALĂ 43

Capitolul 4. Ipoteza de lucru/Scop/Obiective generale 43

Capitolul 5. Studiul epidemiologic general 47

5.1. Ipoteză/ scop/ obiective 47

5.2. Materiale şi metode 47

5.3. Rezultate 48

5.4. Discuţii 93

5.5. Concluzii 98

CAPITOLUL 6. Studiul biopsihosocial 99

6.1. Ipoteză/ scop/ obiective 99

6.2. Materiale şi metode 99

6.3. Rezultate 100

6.4. Discuţii 118

6.5. Concluzii 123

CAPITOLUL 7. Studiul intervenţiei psihologice în criză, asupra persoanelor cu HIV/SIDA 124

7.1. Ipoteză/ scop/ obiective 124

7.2. Materiale şi metode 124

7.3. Rezultate 124

7.4. Discuţii 125

CAPITOLUL 8. Concluzii generale 130

Originalitatea şi contribuţia inovativă a tezei 131

BIBLIOGRAFIE 132

ANEXE 151

STADIUL CUNOAŞTERII ÎN DOMENIU

INTRODUCERE

Infecţia HIV este o epidemie globală care a afectat 34 de milioane de oameni, dintre care 23 de milioane în Africa Sahara. În timp ce subtipul B al HIV este predominant în America de Nord şi Europa, subtipurile C, D şi A predomină în Africa Sahariană.

Numărul persoanelor infectate cu HIV a ajuns la 36,7 de milioane în anul 2015, dintre care 34,9 milioane sunt adulţi, 1,8 milioane sunt copii sub 15 ani, iar 17,8 milioane sunt femei. În anul 2015 s-au infectat cu HIV- 2,1 milioane de persoane şi au decedat din cauza infectării cu HIV- 1,1 milioane de oameni. Aproape 5700 de persoane se infectează pe zi, circa 66% provin din Africa Subsahariană. [1]

În Uniunea Europeană, din momentul în care s-a început centralizarea diagnosticărilor cu HIV s-au raportat 504.455 de cazuri, dintre care 361.524 bărbaţi şi 139.527 femei. In anul 2013, au fost raportate 29.157 de diagnosticări cu HIV cu o rată de 5,7 la o populatie de 100.000. În regiunea europeană WHO (World Health Organisation) numărul cumulativ al infecţiilor diagnosticate a crescut la 1.715.344. Ţările cu cea mai mare rată de diagnosticare HIV au fost Ucraina (39.4), Estonia (24,6),

Moldova (17.3), Latvia (16,8), Belarus (14.6), Kazakstan (13.0), Portugalia (10.4), Belgia (10.0) și Luxembourg (9.9). Ratele cele mai scăzute au fost raportate de Slovacia (1.5) și Croația (2.0). Incidenţa cea mai mare din punctul de vedere a căii de transmitere a fost în rândul homosexualilor (42%) care a crescut cu 33% din 2004 până în prezent în țările cu o raportare consistentă, urmată de calea heterosexuală (32%). Locul al treilea este ocupat de rata infectării utilizatorilor de droguri injectabile (5%), care a scăzut cu 36% , exceptând două țări europene: Grecia și România, unde s-au înregistrat creșteri, iar pentru 20% dintre diagnosticări, calea de transmitere este necunoscută. Cazurile noi diagnosticate în Europa sunt răspândite în proporție de 45% în Est, 48% în Vest și 7% în Centrul Europei. Dacă adăugăm însă și datele raportate de Rusia procentele se modifică astfel: 77% în Est, 20% în Vest și 3% în Centru. [2]

Tulburările psihopatologice sunt comorbidități comune în rândul pacienţilor cu HIV și fac parte din tabloul clinic general al bolii în toate fazele sale. Cele mai comune tulburări psihopatologice ale bolnavilor de HIV sunt: depresia, anxietatea, abuzul sau dependenţa de substanţe, tulburările neurocognitive și psihoza.

HIV este însoțit adesea de comorbidități medicale precum tuberculoza și hepatita C, dar și comorbidități psihopatologice

precum depresia, anxietatea, abuzul sau dependenţa de substanţe, tulburările neurocognitive, mania şi psihoza. Boli precum diabetul, boala arterială coronariană, dar şi infecţia cu HIV cresc riscul dezvoltării unor tulburări mentale care complică foarte mult procesul de diagnosticare, tratament, aderenţă şi prognoză [3, 4, 5]. Tulburările mentale sunt asociate cu achiziţia şi transmiterea virusului HIV şi a altor infecţii cu transmitere sexuală, reducând capacitatea de coping la momentul diagnosticării, ceea ce detemină non-aderenţă la tratament, calitate a vieţii scăzută, probleme sociale, costuri mari legate de sănătate şi mortalitate ridicată. [6, 7, 8].

În timp ce comorbidităţile medicale sunt identificate prin teste medicale de rutină, comorbidităţile psihologice sunt deseori dificil de diagnosticat şi tratat în lipsa unui sistem de testare şi intervenţie psihologică bine pus la punct.

Deşi până în prezent s-au realizat destul de multe studii în lume referitoare la tulburările psihologice ale pacienţilor cu HIV, totuşi multe nu sunt relevante datorită eşantioanelor reduse de subiecţi, tehnicilor şi metodelor de evaluare, omiterii evaluarii unor factori importanţi, ca şi a unor tulburări comorbide sau conexe. De cele mai multe ori este nevoie de o evaluare psihologică complexă şi profundă, precum şi utilizarea unui instrumentar de testare bogat, pentru a putea identifica anumite

tulburări mai puţin evidente sau pentru a face distincţie între tulburări cu simptomatologie aparent asemănătoare.

În România, literatura de specialitate face referire la tulburările psihice la modul general, din datele cunoscute de la autori internaţionali şi din experienţa proprie a autorilor. Nu se deţin suficiente informaţii legate de prevalenţa tulburărilor psihice ale persoanelor cu HIV/SIDA care trăiesc în România şi nici informaţii despre calitatea vieţii acestora, respectiv aspectele socio-psihologice şi cognitiv-comportamentale, integrarea socială, stigma şi discriminarea persoanelor cu HIV în contextul românesc actual. Se cunoaşte însă faptul că ele suferă o discriminare socială puternică. Conform unui studiu al Institutului Român pentru Evaluare şi Strategie (IRES), comandat de Consiliul Naţional pentru Combaterea Discriminării (CNCD) în perioada 25 octombrie – 16 noiembrie 2013 la care au participat 1.415 persoane cu vârste de peste 18 ani – 50% dintre români nu ar accepta să le fie rudă o persoană infectată cu HIV/SIDA, aceste persoane reieşind a fi printre cele mai discriminate din România.

Această teză de doctorat îşi propune atât descrierea prevalenţelor tipurilor de tulburări psihopatologice identificate la eşantione de pacienţi cu HIV/SIDA şi distribuţia lor, cât şi a unor corelaţii ale tulburărilor psihopatologice cu aspecte biopsihosociale şi calitatea vieţii.

Considerăm că este necesar să ne adresăm tulburărilor mentale ca parte integrantă a îngrijirilor şi tratamentului pacientului cu HIV, urmărindu-le într-un context unitar şi în funcţie de specific şi intensitate. Problemele cele mai mari sunt întâlnite în ţările subdezvoltate sau în curs de dezvoltare precum România, care datorită resurselor fondurilor reduse alocate şi a posibilităţilor financiare scăzute ale bolnavilor omit tratamentul şi intervenţia în cazul tulburărilor mentale, iar atunci când există o intervenţie şi un tratament psihiatric şi psihologic este sub standardele acceptabile si de multe ori nu respectă drepturile omului. Chiar şi acolo unde lucrurile s-au îmbunătăţit, persoanele cu HIV/SIDA sunt în continuare stigmatizate de diferite sisteme : educaţional, profesional, familial, judiciar, de sănătate şi chiar de sistemul de sănătate mentală. Persoanele afectate de cele mai multe ori internalizează aceste stereotipuri negative referitoare la ce înseamnă să ai o asemenea boală, aşteptându-se la discriminare şi devalorizându-se, aspect care interferează cu abilitatea de a-şi alege un viitor mai bun, dar şi expunându-se unor riscuri mari.

Înţelegerea epidemiologiei tulburărilor mentale în infecţia HIV ne poate ajuta în definirea mai precisă a priorităţilor şi a resurselor necesare pentru reducerea prevalenţei şi incidenţei bolii HIV în rândul populaţiilor. Majoritatea bolnavilor HIV vor experimenta o tulburare psihiatrică diagnosticabilă, cu o

proporţie de aproape cinci ori mai mare comparativ cu restul populaţiei. Psihopatologia poate apărea ca un factor de risc pentru infecţia cu HIV simultan cu aceasta, ca un răspuns psihologic la infecţie şi la complicaţiile sale, ca un rezultat al efectului HIV asupra creierului, ca o consecinţă a bolilor relaţionate HIV şi ca un efect secundar al tratamentelor efectuate. În ciuda reducerii impresionante a morbidităţii şi mortalităţii asociate HIV, datorită terapiei antiretrovirale, repercusiunile psihiatrice ale HIV vor deveni tot mai relevante în anii următori în ţara noastră.

O consecinţă a creşterii speranţei de viaţă a persoanelor cu HIV/SIDA este că acum alte boli – precum cele cardiovasculare sau hepatice sunt principalele cauze ale morţii, devansând HIV. Altă implicaţie este că generaţiile tinere de pacienţi cu HIV/SIDA se aşteaptă să beneficieze de tratament pentru cel puţin trei sau patru decade.

Această teză de doctorat are scopul final de a obţine un protocol de intervenţie psihologică în criză pentru persoanele cu HIV/SIDA din România, care să poată fi uşor utilizat de specialiştii din sănătatea mentală.

CONTRIBUȚIA PERSONALĂ

Ipoteze de lucru /Scop / Obiectiv general

Obiectivul general: Obiectivul general al tezei de doctorat este încadrarea psihopatologiei specifice HIV in contextele bio-psiho-sociale din România, analizând succint şi specific corelaţiile existente la acest nivel, pentru pacienţii cu HIV/SIDA aflaţi în evidenţă şi tratament în partea de vest a României. Se vor urmări aspecte relevante pentru populația românească contaminată cu virusul HIV în circumstanțele unei societăţi în curs de dezvoltare şi modernizare.

Ipoteze generale

1. Prevalenţa şi severitatea tulburărilor psihopatologice la pacienţii cu HIV/SIDA
2. Identificarea domeniilor calităţii vieţii afectate la pacienţii cu HIV/SIDA
3. Se prezumă existenţa unei relaţii între tulburările psihopatologice și aspectele psihosociale legate de calitatea vieţii
4. Se prezumă existenţa unei relaţii între tulburările psihopatologice și aspecte legate de stadiul bolii

5. Se prezumă existenţa unor factori de risc pentru tulburările psihopatologice şi aspectele biopsihosociale
6. Identificarea unor aspecte psihosociale caracteristice persoanelor cu HIV/SIDA infectate la naştere prin tratamente medicale necorespunzătoare
7. Intervenţia psihologică în criză aduce beneficii măsurabile pacienţilor cu HIV/SIDA

În vederea atingerii obiectivelor pe care ni le-am propus în această teză am elaborat trei studii vaste de cercetare, fiecare urmărind obiective specifice:

1- Studiul epidemiologic general : care urmăreşte aspecte detaliate legate de pacienţii cu HIV/SIDA din eşantionul nostru – vârstă, sex, etnie, arie de rezidenţă (urban/rural), statutul marital, starea de sănătate, educaţie, serostatusul sau stadiul bolii (HIV simptomatic, HIV asimptomatic, SIDA), vechimea bolii (prima testare HIV pozitivă, anul infectării), modul de transmitere/infectare. Din punct de vedere psihologic, am urmărit prevalenţa şi severitatea tulburărilor psihopatologice în rândul persoanelor cu HIV/SIDA analizate şi calitatea vieţii acestora. În acest sens am aplicat chestionare, scale şi inventare psihologice specifice pe care le-am cotat corespunzător răspunsurilor date de subiecţi.

2.-Studiul biopsihosocial: urmăreşte să evalueze corelaţiile dintre aspectele biopsihosociale care intervin în viaţa pacientului

cu HIV/SIDA. În cadrul acestui studiu comparăm diferite grupuri de pacienţi infectaţi cu HIV în scopul de a evidenţia trăsăturile caracteristice, conexiunile existente între factorii care influenţează tulburările psihopatologice şi calitatea vieţii. De asemenea analizăm factorii de risc care intervin în cadrul psihopatologiei HIV/SIDA şi în calitatea vieţii.

3.- Studiu privind rolul intervenţiei psihologice în tratamentul psihopatologiei specifice HIV - Intervenţia psihologică vizează mai multe aspecte : acceptarea statusului de seropozitivitate, auto-îngrijire, planificarea viitorului, aderenţa pacientului la tratamentul antiretroviral, îmbunătăţirea calităţii vieţii şi eliminarea sau reducerea simptomelor, reducerea comportamentelor de risc, gestionarea situaţiilor delicate ivite din posibile discriminări sociale, atenuarea percepţiei catastrofale datorate condiţiei medicale, informarea pacienţilor referitor la: prevenirea transmiterii HIV, serviciile sociale, de planning familial şi sănătatea reproducerii de care pot beneficia, organizaţii şi grupuri de sprijin. Studiul urmăreşte rezultatul intervenţiei psihologice prin testarea intensităţii percepţiei stresului şi mecanismelor de coping ale pacientului preintervenţie şi postintervenţie. Totodată s-a stabilit un protocol de intervenţie în criză pentru pacientul cu HIV/SIDA din România.

Metodologie generală

Eşantionul studiului este format din 101 pacienţi aflaţi în tratament la centrele HIV/SIDA din vestul României.

Metode de cercetare **:** s-a folosit observaţia şi interviul clinic, testarea psihologică cu instrumente de evaluare specifice, informaţii medicale de la personalul medical şi din fişa pacientului. Testarea psihologică s-a desfăşurat în cadrul Compartimentului HIV/SIDA din cadrul Secţiei de Boli infecţioase a Spitalului Clinic Judeţean de Urgenţă Arad, în momentul internării pacienţilor sau în momentul când aceştia s-au prezentat pentru control şi reţeta tratamentului ARV. Discuţia cu pacientul şi completarea chestionarelor s-a desfăşurat în cadru privat în care a fost asigurată confidenţialitatea persoanei şi a informaţiilor discutate.

Cercetarea s-a desfăşurat cu aprobarea Comitetului de Etică al Universităţii de Vest „ Vasile Goldiş" din Arad şi Comitetului de Etică al Spitalului Clinic Judeţean de Urgenţă Arad. Cercetarea s-a desfăşurat respectând prevederile Declaraţiei de la Helsinki (1989) a Asociaţei Medicale Mondiale. Toţi pacienţii incluşi în studiu, cât şi cei din grupul de control, au primit un consimţământ informat, au fost informaţi corespunzător şi s-a respectat în permanenţă principiul confidenţialităţii datelor şi a pacienţilor.

Instrumente de cercetare :

- Chestionarul de screening şi diagnostic psihiatric PDSQ - permite obţinerea atât a unui scor general al psihopatologiei, cât şi a scorurilor la subscale specifice, vizând 13 tulburări de pe axa I: tulburare depresivă majoră, tulburare de stress posttraumatic, bulimie/ alimentaţie compulsivă, tulburare obsesiv-compulsivă, tulburare de panică, tulburări psihotice, agorafobie, fobie socială, abuz/ dependenţă de alcool, abuz/ dependenţă de medicamente (droguri), tulburare de anxietate generalizată, tulburare de somatizare, ipohondrie.

- Scala de depresie, anxietate şi stres DASS- (Lovibond şi Lovibond) este un set de trei scale de autoevaluare, construit pentru a evalua stările emoționale negative din sfera depresiei, anxietăţii şi a stresului. Este un chestionar care poate fi folosit atât în cercetare, cât şi în context clinic.

- Inventarul de depresie Beck -ediţia a doua (BDI – II Beck Depression Inventory Second Edition*)* este un instrument de auto-evaluare alcătuit din 21 de itemi, construit să măsoare severitatea depresiei la adulţi şi adolescenţi cu vârsta peste 13 ani.

- Scalele EMAS de evaluare a anxietăţii – EMAS S – evaluează anxietatea ca stare. Sunt utilizate atât în scop diagnostic, pentru a evalua nivelul anxietăţii ca stare şi ca trăsătură, cât şi în scop predictiv, pentru a prezice nivelul stării

de anxietate într-o situaţie percepută ca stresantă de către individ. Scalele EMAS au la bază modelul interacţionist al anxietăţii, conform căruia anxietatea ca stare este rezultatul unei interacţiuni dintre o situaţie stresantă şi o dimensiune congruentă a anxietăţii ca trăsătură. Principala caracteristică a scalelor EMAS o constituie multidimensionalitatea.

- Teste de evaluare a deteriorării neurocognitive (chestionarul Simioni, Autoevaluarea funcţionării pacientului)– evaluează posibilele deteriorări neurocognitive pe mai multe domenii cum sunt: memorie, lentoare psiho-motorie, limbaj/comunicare, atenţie/ concentrare, senzorial-percepţie, folosirea mâinilor, funcţii superioare cognitive şi intelectuale.

- Scala de autoevaluare a maniei Altman – este cea mai cunoscută şi utilizată scală de auto-evaluare a maniei şi a fost construită de Altman şi colaboratorii în 1997. Această scală cunoscută ca şi Altman Self-Rating Mania Scale (ASRMS) conţine cinci grupe de intrebări, fiecare destinat să măsoare un simptom cardinal al maniei: dispoziţie psihică crescută, grandiozitate, scăderea nevoii de somn, presiunea vorbirii şi agitaţia psihomotorie.

- Chestionarul stresului posttraumatic CSPT – care prezintă un set de simptome resimţite de pacienţii care s-au confruntat cu evenimente traumatice. Evaluarea se face pe o scală a intensităţii de la deloc până la ridicat. Chestionarul face

parte din Planuri de tratament și intervenții pentru depresie și anxietate, de Robert L.Leahy și Stephen J. Holland, 2000.

- Inventarul de personalitate DECAS - este un inventar dezvoltat de Psiho Proiect ce măsoară cele cinci dimensiuni fundamentale ale personalității: Deschiderea, Extraversiunea, Conștiinciozitatea, Agreabilitatea și Stabilitatea emoțională.

- Scala de calitate a vieții WHOQOL-HIV – HIV World Health Organization Quality of Life evaluează percepția individuală asupra calității vieții pacientului în contextul cultural și al sistemului de valori în care își desfășoară existența, în raport cu așteptările, preocupările și obiectivele fiecăruia. Chestionarul WHOQOL-HIV produce un profil al calității vieții alcătuit din scoruri la fațetele celor șase domenii ale calității vieții (fizic, psihologic, nivel de independență, relații sociale, mediu înconjurător, spiritualitate), alături de domeniile calitatea generală a vieții și starea de sănătate. Pentru fiecare fațetă se înregistrează separat importanța ei pentru pacient.

Datele statistice au fost colectate utilizând Microsoft Excel și au fost prelucrate utilizând programele SPSS v17 și EpiInfo v7. Pentru analiza descriptivă a datelor am folosit SPSS și Microsoft Excel. Am calculat parametrii tendinței centrale și de dispersie pentru variabilele numerice, am realizat tabele de frecvență, histograme și am reprezentat grafic rezultatele obținute.

Pentru a vedea dacă datele au distribuţie normală am folosit testele de normalitate: tabelul returnat de programul SPSS conţine rezultatele a două teste: testul Kolmogorov-Smirnov şi testul Shapiro-Wilcoxon. Dacă volumul datelor era mare am folosit testul Kolmogorov-Smirnov, iar atunci când am avut date mai puţine am aplicat testul Shapiro-Wilcoxon ($N \leq 50$, unde N este volumul eşantionului). Interpretarea testelor este următoarea: dacă pe coloana „Sig" p – valoarea returnată de test este mai mare decât 0.05, spunem că datele sunt normal distribuite, pentru oricare dintre cele două teste, iar dacă p – valoarea este mai mic decât valoarea de prag, atunci putem spune că datele nu au distribuţie normală.

STUDIUL 1.Studiul epidemiologic general

Scop / obiective

Studiul de faţă îşi propune să analizeze aspecte legate de de pacienţii cu HIV/SIDA – vârstă, sex, etnie, arie de rezidenţă (urban/rural), statutul marital, starea de sănătate, educaţie, serostatusul sau stadiul bolii (HIV simptomatic, HIV asimptomatic, SIDA), vechimea bolii (prima testare HIV pozitiva, anul infectarii), modul de transmitere/infectare. Din punct de vedere psihologic, am urmărit frecvenţa tulburărilor psihopatologice în rândul persoanelor cu HIV/SIDA analizate şi calitatea vieţii acestora.

Ceea ce acest studiu aduce nou, sunt informaţiile detaliate legate de situaţia persoanelor cu HIV/SIDA din partea de vest a României, informaţii ce nu apar în datele statistice generale la nivel naţional. Tot o noutate este analiza prevalenţei tulburărilor psihopatologice în rândul acestora, precum şi severitatea acestora şi informaţiile psiho-sociale legate de calitatea vieţii acestor pacienţi.

Materiale şi metode

Eşantionul studiului este format din 101 pacienţi aflaţi în tratament la centrele HIV/SIDA din vestul României.

Metode de cercetare **:** s-a folosit observaţia şi interviul clinic, testarea psihologică cu instrumente de evaluare specifice, informaţii medicale de la personalul medical şi din fişa pacientului.

Instrumente de cercetare :

- Chestionarul de screening şi diagnostic psihiatric PDSQ

- Scala de depresie, anxietate şi stres DASS- (Lovibond şi Lovibond)

- Inventarul de depresie Beck -ediţia a doua (BDI – II- Beck Depression Inventory - Second Edition)

- Scalele EMAS de evaluare a anxietăţii – EMAS S

- Teste de evaluare a deteriorării neurocognitive (chestionarul Simioni, Autoevaluarea funcţionării pacientului)

- Scala de autoevaluare a maniei Altman

- Chestionarul stresului posttraumatic CSPT

- Inventarul de personalitate DECAS .

- Scala de calitate a vieţii WHOQOL-HIV

Datele statistice au fost prelucrate utilizând programele SPSS v17, Microsoft Excel şi EpiInfo v7.

Rezultate şi discuţii

Importanţa acestui studiu constă în obţinerea unor date specifice referitoare la pacienţii cu HIV/SIDA , date care completează tabloul oferit de datele statistice naţionale

disponibile în acest moment. Mai mult este primul studiu care analizează prevalențele și intensitatea tuturor tulburărilor psihopatologice specifice HIV – tulburări depresive, tulburări de tip anxios, mania, tulburarea de stres posttraumatic, tulburări neurocognitive, tulburări psihotice, tulburări de personalitate. Totodată am analizat principalii factori psihosociali prin satisfacția exprimată de pacient la principalele domenii ale scalei de calitate a vieții.

Tulburări neurocognitive

S-au detectat probleme neurocognitive (cel puțin un răspuns–da, sigur) la 40.60% dintre pacienți, în concordanță cu rezultatele programului național de screening neurocognitiv [198]. Aproape jumătate dintre dintre subiecți raportează la Chestionarul Simioni probleme semnificative de memorie, lentoare psiho-motorie și scăderea atenției/puterii de concentrare (tabel 14).

Aproximativ 30% dintre pacienți au înregistrat plângeri în cel puțin unul dintre domeniile investigate din domeniul neurocognitiv, mai ales în domeniul psihomotor și senzorio-perceptual, în concordanță cu rezultatele programului național de screening neurocognitiv [198]. (tabele 15-20, fig 14-18)

Tulburările neurocognitive in era terapiei antiretrovirale în România, ca și pe plan internațional, sunt ușoare și nu compromit supraviețuirea, dar afectează calitatea vieții [14-15].

Studiile internaţionale arată că tulburările neurocognitive în lume afectează mai mult de 50% dintre persoanele cu HIV/SIDA[18,19].

Tulburări psihologice de pe Axa I DMS

Depresia. Conform rezultatelor obţinute în urma screeningului, mai mult de un sfert dintre pacienţi trebuie urmăriţi pentru diagnosticul de depresie majoră. În urma aplicării tuturor instrumentelor de evaluare a depresiei rezultă un procent de 46,53% (DASS) şi 42,57%(BDI) pacienţi cu tulburare de tip depresiv. În ceea ce priveşte severitatea, conform Scalei DASS 13,86% suferă de depresie uşoară, 17,82% de depresie moderată, 5,94% de depresie severă, iar 8,91% de depresie extrem de severă. Conform BDI-II, 16,83% dintre pacienţi suferă de depresie uşoară, 14,85% de depresie moderată şi 10,89% de depresie severă (fig. 19, 20, 23). Din literatura de specialitate reiese că tulburările depresive asociate HIV/SIDA au o prevalenţă care variază semnificativ de la o ţară la alta de la 7% până la 61% [12, 13, 27-31].

Anxietatea. În ceea ce priveşte tulburarea de anxietate, în urma screeningului psihiatric am obţinut un procent de 24,75% de pacienţi cu tulburare de anxietate generalizată (PDSQ). Ca şi intensitate, tulburarea anxioasă se regăseşte în toate formele ei

în eşantionul nostru. Astfel, conform Scalei DASS- 13,86% suferă de anxietate uşoară, 16,83% de anxietate moderată, 7,92% de anxietate severă, având şi pacienţi care se confruntă cu anxietate extrem de severă (9,90%). Datele au fost confirmate prin aplicarea Scalei EMAS-S. Tot din gama tulburărilor anxioase avem subiecţi care acuză atacuri de panică, fobie socială, agorafobie, ipohondrie şi tulburări obsesiv-compulsive iar ponderea acestora nu este neglijabilă: între 20-30% dintre pacienţi (fig. 19, 21, 24). Tulburările de anxietate au o prevalenţă care diferă destul de mult în studiile de specialitate, de la neglijabil până la 40% [23, 24], în funcţie de mai mulţi factori precum faza bolii, stigma şi discriminarea din partea societăţii, accesul la tratament şi la servicii medicale, psihologice, sociale, juridice, problemele financiare. De asemenea tulburări de tip anxios cum sunt : fobia, tulburările obsesiv-compulsive şi tulburarea de stres posttraumatic, sunt des diagnosticate în rândul persoanelor cu HIV/SIDA [25].

Mania. Tulburări de tip maniacal pot fi evidenţiate la un procent semnificativ de 28,71% dintre pacienţii noştri (fig.25). Un studiu longitudinal ar putea evalua o posibilă tulburare bipolară. Studiile internaţionale au evidenţiat faptul că tulburările maniacale în rândul persoanelor cu HIV/SIDA sunt semnificativ mai diagnosticate în fazele mai târzii ale bolii [53]. Deşi, în eşantionul nostru nu este cazul, procentul ridicat de

simptomatologie maniacală poate fi explicat şi prin autosugestionarea unor pacienţi în direcţia gândirii positive.

Tulburarea de stres posttraumatic. În urma screeningului psihiatric, 33,66% dintre pacienţi îndeplinesc condiţiile încadrării în tulburarea de stres posttraumatic (fig.19). În urma evaluării ulterioare, s-au identificat intensităţi moderate sau severe la peste 10% dintre pacienţi (fig.26). Studiile disponibile, majoritatea din America de Nord şi Africa arată că prevalenţa TSPT în cursul vieţii persoanelor cu HIV/SIDA variază între 30% şi 64% [59-62].

Tulburări psihotice. Un sfert din pacienţii evaluaţi de noi au raportat simptomatologie din spectrul psihotic (fig.19). Prevalenţa tulburărilor psihotice in era ART este de până la 15%. Studii viitoare sunt necesare asupra pacienţilor cu HIV/SIDA din România.

Tulburări legate de abuzul de alcool şi medicamente. Avem şi pacienţi care folosesc alcoolul, deşi nu într-un procent considerabil. O pondere mai mare acuză însă abuzul de medicamente (fig 19). Studiile făcute atât în ţările dezvoltate, cât şi în ţările sărace, arată că prevalenţa alcoolismului în cazul pacienţilor cu HIV/SIDA are o arie largă. Abuzul de medicamente are legătură şi cu percepţia subiecţilor legată de tratamentul antiretroviral şi oboseala terapeutică.

Alte tulburări depistate – tulburări alimentare şi aproape jumătate dintre pacienţi suferă de tulburări de somatizare. Tulburările somatoforme se definesc prin prezenţa unor probleme de natură psihologică care iau o formă de manifestare fizică. Aceşti pacienţi vor acuza probleme medicale vagi, vor solicita examene medicale şi investigaţii clinice repetate, în ciuda asigurărilor medicilor. Neconfirmarea de către specialişti, determină persoana în cauză să apeleze la mai mulţi medici pentru a-şi confirma temerile şi proprile convingeri. Acest comportament specific în tulburările somatoforme, îngreunează mult tratamentul şi ameliorarea tulburării, scade aderenţa la tratamentul antiretroviral.

Stresul este prezent la pacienţii din eşantionul nostru, 41,58% dintre ei declarându-se stresaţi. Intensitatea resimţită a stresului diferă de la uşor – 18,81%, moderat -11,88%, sever – 7,92% şi extrem de sever – 2,97% (scala DASS).

Tulburări psihologice de pe Axa II –
Tulburări de personalitate

Am utilizat Inventarul de personalitate DECAS - un inventar dezvoltat de Psiho Proiect ce măsoară cele cinci dimensiuni fundamentale ale personalităţii:

Deschiderea, Extraversiunea, Conştiinciozitatea, Agreabilitatea şi Stabilitatea emoţională.

Dimensiunea Deschidere se referă la deschiderea la: fantezie, orientarea spre estetică, varietatea in acţiuni , curiozitatea intelectuală, reexaminarea valorilor. Mai mult de un sfert dintre pacienţii noştrii au obţinut rezultate foarte scăzute la această dimensiune (fig27).

Dimensiunea Extraversiune presupune sociabilitate, energie, entuziasm, orientare spre recompense : caldură, sociabilitate, asertivitate, activism, căutare de senzaţii, emoţii pozitive. Aproape 40% dintre pacienţi au obţinut rezultate foarte scăzute la această dimensiune (fig28).

Dimensiunea Conştiinciozitate se referă la dorinţa de afirmare, nevoia de structură şi ordine, prudenţă, responsabilitate, perseverenţă, integritate morală : competenţă, ordine, simţul datoriei, dorinţa de realizare, perseverenţa (auto-disciplină), deliberarea (prudenţa). Jumătate dintre dintre pacienţii noştri au obţinut rezultate foarte scăzute la această dimensiune (fig 29)

Dimensiunea Agreabilitate are un impact mare asupra relaţiilor interpersonale : încredere în ceilalţi şi orientarea spre cooperare: încredere, comportament direct, sincer, altruism, buăavoinţă, modestie, blândeţe. Jumătate dintre pacienţii noştrii au obţinut rezultate foarte scăzute la această dimensiune (fig30).

Stabilitatea emoţională denotă o fire puternică lipsită de negativism şi temeri, abordarea calmă şi raţională a problemelor, fără încordare şi tensiune : anxietatea, mania, depresia, conştiinţa de sine, impulsivitatea, vulnerabilitatea. Peste 50% dintre pacienţii noştri au obţinut rezultate foarte scăzute la această dimensiune (fig 31).

Aceste date ne oferă un portret profil al personalităţii pacientului cu HIV/SIDA. Acest portret este important în conceperea protocolului terapeutic al intervenţiei psihologice.

Calitatea vieţii

Analizând rezultatele obţinute în urma aplicării Scalei de calitate a vieţii observăm că: 23% dintre pacienţi nu sunt mulţumiti de calitatea vieţii lor, în timp ce majoritatea pacienţilor consideră calitatea vieţii foarte importantă pentru ei (fig. 32a,b). Un alt aspect important, dar nu suficient de satisfăcător este starea de sănătate (fig.33a,b). Aproape un sfert dintre subiecţi se confruntă deseori cu durere sau disconfort, marea majoritate considerând foarte important să nu aibă asemenea probleme (fig.34a,b). Aproape 75% consideră că au capacitate de muncă, deşi marea majoritate sunt în pensie de boală (fig.40). În domeniul psihologic, observăm că un procent important de subiecţi au o stimă de sine scăzută şi o lipsă de încredere în ei, corelate cu o discrepanţă între imaginea de sine şi idealul de sine (tabel 25). Analizând domeniul Relaţiilor

Sociale, observăm sentimentul pregnant de singurătate, la mai mult de jumătate dintre pacienţi, aceştia acuzând şi probleme de relaţionare (fig.41). Aproape jumătate nu sunt suficient de satisfăcuţi de situaţia financiară (fig.47). Chestionaţi referitor la serviciile medicale şi sociale, o mare parte dintre respondenţi se declară multumiţi (fig.48).

În ceea ce priveşte domeniul de Convingeri, religie, Spiritualitate, observăm că mai mult de jumătatedintre pacienţi sunt preocupaţi de sensul vieţii (fig 53), iar 80% consideră religia importantă în viaţa lor (fig.55). Jumătate dintre pacienţi au temeri serioase faţă de viitor şi de moarte, iar 30% dintre pacienţi nu se consideră integraţi social (fig.56). Un studiu referitor la calitatea vieţii persoanelor cu HIV/SIDA din România a arătat că pentru o calitate superioară a vieţii e important ca subiectul să aibă o percepţie pozitivă asupra viitorului, să nu fie obosit, o percepţie pozitivă asupra propriei persoane și să nu fie afectat de atitudinea societăţii referitoare la persoanele cu HIV/SIDA, să folosească tot suportul pe care îl poate primi, să-și accepte boala, să-și regândească pozitiv strategiile [199].

Concluzii

Prin acest studiu am realizat o descriere a persoanelor cu HIV/SIDA care trăiesc în partea de vest a României din punct de

vedere demografic, psihologic și social. Am obținut date generale care completează tabloul cunoscut al pacientului cu HIV/SIDA, și în plus, am obținut prevalențele tulburărilor psihopatologice de pe axele I, II DMS. Studiul aduce informații importante despre calitatea vieții pacienților cu HIV/SIDA, aducând în prim plan probleme psihosociale cu care se confruntă.

STUDIUL 2.Studiul biopsihosocial

Scop / obiective

Studiul biopsihosocial îşi propune să compare grupuri diferite de pacienţi cu HIV/SIDA şi să obţină caracteristici biopsihosociale utile pentru conceperea managementului medical al cazurilor individuale. Se urmăresc eventualele corelaţii între psihopatologie şi calitatea vieţii pacientului cu HIV/SIDA. În acest sens am împărţit lotul total în mai multe grupe astfel:

1. Serostatus (HIV asimptomatic, HIV simptomatic, SIDA) – adică faza bolii în care se găseşte pacientul. Am realizat o analiză a riscului expunerii pacienţilor la tulburări psihopatologice.
2. Mod de transmitere al bolii (la naştere, alt mod) – România are un număr mare de supravieţuitori din cohorta anilor 1987-1990. Eşantionul nostru este în proporţie de aproape 50% format din pacienţi ce au fost infectaţi cu virusul HIV la naştere.
3. Statut marital (fără partener, cu partener) –statutul marital şi nivelul educaţional sunt factori de risc importanţi pentru persoanele ce trăiesc cu HIV/SIDA în România

4. Educaţie (învăţământ obligatoriu, învăţământ opţional)

Materiale şi metode

Eşantionul studiului este format din 101 pacienţi aflaţi în tratament la centrele HIV/SIDA din vestul României.

Metode de cercetare: s-a folosit observaţia şi interviul clinic, testarea psihologică cu instrumente de evaluare specifice, informaţii medicale de la personalul medical şi din fişa pacientului.

Instrumente de cercetare :

- Chestionarul de screening şi diagnostic psihiatric PDSQ

- Scala de depresie, anxietate şi stres DASS- (Lovibond şi Lovibond)

- Inventarul de depresie Beck -ediţia a doua (BDI – II – *Beck Depression Inventory - Second Edition)*

- Scalele EMAS de evaluare a anxietăţii – EMAS S

-Teste de evaluare a deteriorării neurocognitive (chestionarul Simioni, Autoevaluarea funcţionării pacientului)

- Scala de autoevaluare a maniei Altman

- Chestionarul stresului posttraumatic CSPT

- Inventarul de personalitate DECAS .

- Scala de calitate a vieţii WHOQOL-HIV

Datele statistice au fost prelucrate utilizând programele SPSS v17, Microsoft Excel şi EpiInfo v7.

Rezultate şi discuţii

Ceea ce acest studiu aduce nou este abordarea analizei psihopatologice şi de calitate a vieţii şi a corelaţiilor existente, în funcţie de percepţia pacientului legată de Serostatus (HIV simptomatic/HIV asimptomatic şi SIDA).

Din compararea celor 3 grupe de subiecţi, în funcţie de Serostatus (0=pacienţii cu HIV asimptomatic, 1=pacienţii cu HIV simptomatic, 2=pacienţii cu SIDA) am dedus următoarele (tabel 27):

- cele 3 grupe diferă semnificativ statistic în funcţie de factorii analizaţi

- grupul HIV asimtomatic prezintă o stare psihologică şi o calitate a vieţii superioară celorlalte grupuri

- diferenţe semnificative din punct de vedere statistic au apărut în funcţie de: vârstă, funcţionare neurocognitivă (memorie, limbaj şi comunicare, folosirea mâinilor, domeniul senzorial-percepţie, funcţii superioare cognitive şi intelectuale), psihopatologie (tulburări de depresie şi anxietate), satisfacţia referitoare la starea de sănătate, a situaţiei financiare, a vieţii sexuale.

- nu s-au constatat diferenţe semnificative între cele trei grupuri în ceea ce priveşte stresul perceput, care este semnificativ în cazul majorităţii subiecţilor, a durerii şi disconfortului, pentru că în general persoanele cu HIV/SIDA se confruntă cu un tip sau altul de disconfort sau durere fizică şi nici la calitatea vieţii în ansamblu. Totodată intensitatea altor tulburări psihologice, cu excepţia celor depresive şi anxioase, nu sunt afectate de serostatusul (faza bolii) pacientului.

- grupurile HIV simptomatic şi SIDA prezintă simptomatologie mai severă atât din punct de vedere medical, cât şi psihologic şi necesită o atenţie aparte din partea specialiştilor.

Genul, serostatusul, autopercepţia stării de sănătate, statusul marital şi nivelul educaţional sunt factori deseori analizaţi în ceea ce priveşte starea de sănătate şi calitatea vieţii oamenilor. Aceşti factori sunt intercorelaţi şi sunt reprezentativi atât din punct de vedere medical, psihologic, cât şi social, politic şi administrativ. Aceşti factori se pot numi factori de risc pentru dezvoltarea unor tulburări psihopatologice sau o calitate a vieţii mai scăzută.

Prin acest studiu am dorit să analizăm diferenţele semnificative în ceea ce priveşte tulburările psihopatologice şi calitatea vieţii pacienţilor cu HIV/SIDA în funcţie de nivelul educaţional şi statusul marital, având în vedere faptul că

eşantionul cuprinde o varietate de nivele educaţionale şi de status marital.

Atunci când am testat dacă există diferenţe între grupuri relativ la nivelul de pregatire a subiecţilor am obţinut că (tabel 28) :

- există diferenţe semnificative în ceea ce priveşte funcţionarea superioară congnitivă, în favoarea celor cu studii superioare

- din punct de vedere psihologic, studiile favorizează scoruri mai bune la evaluarea depresiei (BDI-II) şi anxietăţii (EMAS-S). Subiecţii cu studii primare, gimnaziale, liceale şi profesionale tind să prezinte nivele mai ridicate ale simptomelor depresive şi anxioase.

În ceea ce priveşte statutul marital am obţinut că există diferenţe semnificative (tabel 29):

- tulburări psihopatologice: pacienţii necăsătoriţi, văduvi şi separaţi tind să prezinte o dispoziţie afectivă mai deteriorată, având scoruri mai ridicate la tulburarea depresivă (BDI-II). Grupul celor care se declară într-o relaţie au o stare psihologică mai bună decât restul categoriilor.

- există diferenţe semnificative între subiecţi în funcţie de statusul marital şi în ceea ce priveşte calitatea vieţii şi evaluarea satisfacţiei vieţii sexuale. Grupul celor aflaţi într-o relaţie este

mai satisfăcut şi la aceste aspecte, decât pacienţii căsătoriţi, necăsătoriţi, divortaţi, separaţi sau văduvi.

Am considerat oportun, având în vedere proporţia semnificativă a pacienţilor din cohorta anilor 1987-1990 din eşantionul nostru, să realizăm o comparaţie cu restul pacienţilor din punct de vedere psihologic şi a calităţii vieţii. Puţine studii au abordat o analiză mai profundă din punct de vedere psihosocial al acestui grup de pacienţi, comparativ cu restul pacienţilor cu HIV. Rezultatele unor asemenea studii sunt importante pentru conceperea unui plan de tratament specific.

La compararea grupurilor în funcţie de modul de transmitere a virusului, am obţinut diferenţe semnificative la factorul vârstă, cei ce s-au contaminat cu virusul HIV la naştere fiind în general mai tineri decât restul pacienţilor. Alt factor unde există diferenţe semnificative este memoria, factor ce poate fi influenţat de factorul vârstă. Subiecţii mai tineri având rezultate mai bune (tabel 30) .

Din punct de vedere psihologic, pacienţii din cohorta anilor 1987-1990 sunt afectaţi de tulburări psihopatologice, dar nu semnificativ diferit faţă de pacienţii cu HIV/SIDA contaminaţi în cursul vieţii. Nici la domeniul calităţii vieţii nu diferă foarte mult din rezultatele obţinute la evaluarea psihologică, deşi din interviul clinic au rezultat diferenţe legate de stilul de viaţă, percepţii şi mod de raportare la societate. Aceste diferenţe se

referă la faptul că aceşti pacienţi se luptă cu boala de foarte mult timp, sunt cunoscuţi societăţii ca fiind infectaţi cu HIV/SIDA. Totodată, pacienţii din cohortă se confruntă cu oboseala terapeutică într-o măsură mai mare, iar riscul de lipsă de aderenţă la tratamentul antiretroviral este mai mare în cazul lor.

Analizarea factorilor care cresc riscul dezvoltărilor unor tulburări asociate HIV/SIDA sau agravării acestora este importantă atât din punct de vedere medical, cât şi social. Cunoscând factorii şi influenţa lor se pot implementa măsuri pentru a contracara efectele acestora şi pentru a veni în sprijinul persoanelor infectate cu HIV .

În urma comparării grupurilor de pacienţi cu expunere HIV simptomatic şi SIDA, iar ca expunere absentă pacienţii care au HIV asimptomatic au rezultat următorii factori de risc :

a) faza bolii, şi anume HIV simptomatic şi SIDA

Pacienţii cu HIV simptomatic şi SIDA prezintă un factor de risc extrem de semnificativ pentru pierderile de memorie, lentoarea psiho-motorie şi scăderea atenţiei/puterii de concentrare (tabel 31), pentru dezvoltarea în timp a tulburărilor depresive, inclusiv a tulburării depresive majore/severe- (tabele 32-33) şi anxioase (tabel 34). Prevalenţa tulburărilor anxioase variază foarte mult în studiile din literatura internaţională, în funcţie de mai mulţi factori printre care şi faza bolii, dar şi datorită factorilor psihosociali. Deseori, şi alte tipuri de tulburări

din spectrul anxios sunt diagnosticate în cazul pacienţilor infectaţi cu HIV precum: fobia, tulburarea obsesiv compulsivă şi tulburarea de stres posttraumatic [25]. Din spectrul tulburărilor anxioase am identificat în acest context următoarele tulburări cu risc: tulburarea de panică (tabel 35), agorafobia (tabel 36), fobia socială (tabel 37), anxietatea generalizată (tabel 38), ipohondria (tabel 39). Alte tulburări psihologice pentru care serostatusul pacientului reprezintă un factor de risc sunt: tulburarea de somatizare (tabel 40), tulburarea obsesiv-compulsivă (tabel 41), stresul (tabel 42), TSPT (tabele 44-45), tulburări alimentare (tabel 46), psihoză (tabel 47). Exceptând TSPT, psihoza, tulburarea obsesiv-compulsivă şi tulburările de alimentaţie, concluziile noastre pot fi generalizate pentru întreaga populaţie. În literatura de specialitate, intensitatea TSPT a fost corelată pozitiv şi cu numărul de evenimente traumatizante experimentate de pacienţii cu HIV/SIDA [14,106].

Ca factor de protecţie serostatusul apare în cazul maniei (tabel 43), tulburărilor de abuz de alcool şi medicamentaţie (tabel 48,49), tulburărilor de personalitate (tabel 50). Doar în cazul maniei, concluziile noastre pot fi generalizate pentru întreaga populaţie. Se ştie că în sens invers, abuzul de alcool şi alte substanţe în cazul persoanelor cu HIV este asociat cu progresul bolii incluzând imunosupresia, neurotoxicitatea, creşterea replicării virale si apoptoza [200-202] şi că tulburările

de personalitate determină comportamente de risc asociate cu transmiterea virusului și progresul bolii [78, 79]. Totuși, din studiul nostru reiese în celălalt sens, progresul bolii nu este asociat cu abuzul de alcool sau medicamente și nici cu tulburările de personalitate. Sunt necesare și alte studii pentru confirmarea rezultatelor noastre.

De asemenea, pacienții cu HIV simptomatic și SIDA prezintă un factor de risc extrem de semnificativ referitor la scăderea calității vieții (tabel 51), înrăutățirea stării de sănătate (tabel 52), stări de disconfort și durere (tabel 53), nefericire, lipsa bucuriei (tabel 54), calitatea vieții sexuale (tabel 56), situația financiară (tabel 57), sentimente de vinovăție (tabel 59), temeri de viitor (tabel 60), temeri de moarte (tabel 61). Exceptând rezultatele legate de corelația serostatusului cu temerile de viitor și de moarte, evaluarea medicamentației și starea disconfort, toate celelalte rezultate pot fi generalizate pentru întreaga populație. Nu există diferențe semnificative între grupuri în ceea ce privește integrarea socială, temerile de viitor și de moarte.

b) Genul – reprezintă un factor de risc pentru o dinamică nefavorabilă a bolii, atât datorită dezvoltării unor tulburări psihice, cât și din prisma calității vieții.

Astfel, din rezultatele studiul nostru, rezultă că sexul feminin reprezintă un factor de risc semnificativ pentru

dezvoltarea în timp a stresului, a tulburărilor depresive şi anxioase, TSPT, în timp ce sexul masculin reprezintă un factor de risc pentru vicii, precum alcoolismul (tabel 62-68).

c)Vârsta – factor de risc pentru o dinamică nefavorabilă a bolii, în special în prisma tulburărilor neurocognitive.

Eşantionul nostru are o medie de vârstă redusă, deci aceasta poate fi considerată factor de protecţie pentru tulburări psihice şi pentru deteriorarea calităţii vieţii (tabel 69).

d) Educaţia – factor de risc pentru dinamica nefavorabilă a bolii, percepţii iraţionale, calitate a vieţii scăzută

Pacienţii cu o educaţie precară reprezintă un factor de risc foarte semnificativ în contactarea bolii şi în managementul acesteia. Concluziile pot fi generalizate pentru întreaga populaţie (tabel 70).

e) Statut marital – reprezintă un factor de risc semnificativ în starea de sănătate şi calitatea vieţii pacientului cu HIV/SIDA

La nivel de eşantion existenţa unui partener reprezintă un factor de protecţie în dezvoltarea unei dinamici favorabilă a bolii, însă această concluzie nu o putem generaliza pentru întrega populaţie (tabel 71).

Concluzii

Studiul arată că există corelaţii semnificative între aspectele biopsihosociale de care trebuie să ţinem cont în planul

de tratament al pacientului cu HIV/SIDA. Astfel am găsit diferenţe semnificative în starea de sănătate, starea psihologică şi calitatea vieţii (în unele domenii) în funcţie de faza bolii în care se află pacientul. Totodată nivelul educaţional şi statusul marital al pacientului sunt factori importanţi în funcţionarea psihică şi totodată în anumite domenii ale calităţii vieţii acestuia. Pacienţii care au fost infectaţi cu HIV la naştere prin tratamente medicale în spital, au anumite particularităţi ale stilului de viaţă, care nu îi evidenţiază însă semnificativ de ceilalţi în ceea ce priveşte tulburările psihopatologice şi calitatea vieţii. Cunoscând factorii de risc şi influenţa lor se pot implementa măsuri pentru a contracara efectele acestora şi pentru a veni în sprijinul persoanelor infectate cu HIV .

STUDIUL 3.Studiul intervenţiei psihologice în criză asupra persoanelor cu HIV/SIDA

Ipoteze / Scop / obiective

Studiul îşi propune demonstrarea rolului pe care intervenţia psihologică îl are în tratarea tulburărilor psihice aferente HIV/SIDA în perioadă de criză.

Obiective specifice :

- reducerea stresului perceput
-modificarea percepţiilor, atitudinilor şi comportamentelor disfuncţionale.
-facilitarea găsirii unor soluţii alternative care să producă modificări comportamentale.
-generarea şi explorarea alternativelor pacientului prin identificarea punctelor forte şi mecanismelor de coping utile

Ipoteze specifice :

- în urma intervenţiei psihologice, stresul perceput de către pacient se va diminua
- în urma intervenţiei psihologice, pacientul îşi va modifica percepţiile, va genera şi explora alternative utile ale atitudinilor şi comportamentelor

Materiale şi metode

Eşantionul studiului este format din 15 persoane cu HIV/SIDA, în stare de criză psihologică, dintre cei înregistraţi în cadrul Clinicii de Boli Infecţioase – Compartiment HIV/SIDA Arad. Pacienţilor li s-a aplicat acelaşi protocol de intervenţie psihologică. S-a efectuat o singură şedinţă de consiliere psihologică. Evaluarea stresului perceput şi a copingului cognitiv-emiţional s-a făcut ante şi post intervenţie psihologică.

Criteriile de includere în studiu au fost: infectarea cu HIV/SIDA şi starea de criză psihologică a persoanei. Vârsta persoanelor este cuprinsă între 26 şi 43 de ani. 8 dintre subiecţi sunt de sex masculin şi 7 de sex feminin. Toate persoanele participaseră anterior la colectarea datelor pentru studiul legat de psihopatologia şi calitatea vieţii persoanelor cu HIV/SIDA, în cadrul căruia au fost încurajate să participe la consiliere psihologică.

Metode de cercetare: s-a folosit observaţia şi interviul clinic, testarea psihologică cu instrumente de evaluare specifice, informaţii medicale de la personalul medical şi din fişa pacientului.

Instrumente de cercetare:

Studiul a avut loc în mai multe etape, dar în cadrul aceleiaşi şedinţe. În prima etapă a avut loc o scurtă evaluarea a

persoanei pe baza unui interviu semi-structurat care face parte ca anexă din protocolul de intervenție. La sfârșitul acestei etape, s-au aplicat 2 chestionare: Chestionarul de evaluare a copingului cognitiv-emoțional CERQ și Chestionarul stresului perceput. În etapa următoare a avut loc intervenția propriu-zisă unde s-au aplicat diferite instrumente: Analiza sumară a stilului de viață și exercițiul de amintire timpurie (anexa 2 protocol), Nevoia de a aparține (fișa de lucru – anexa 3 protocol), Lista punctelor forte (anexa 4 protocol) și numeroase tehnici și tactici terapeutice. În etapa 3, pacientul construiește împreună cu psihologul un plan de acțiune practic pe termen scurt. Acest plan trebuie să fie cât mai ușor de pus în practică pentru pacient, iar pacientul să fie cât mai motivat să-l urmeze. Se stabilește un feedback al pacientului către psiholog printr-un contact telefonic sau stabilirea unei noi întâlniri. La sfârșitul acestei etape se reaplică cele 2 chestionare de evaluare: Chestionarul de evaluare a copingului cognitiv-emoțional CERQ și Chestionarul stresului perceput.

Rezultate și discuții

Importanța acestui studiu constă în noutatea sa, dar și în necesitatea realizării unui protocol standardizat de intervenție în criză asupra pacienților cu HIV/SIDA. În situațiile de criză din viața pacientului, mai mult decât în situațiile uzuale, avem nevoie de focusarea și direcționarea eforturilor în vederea stabilirii

căilor de acţiune, dar şi pentru a identifica si utiliza resursele individuale, familiale si comunitare in depasirea crizei. În aceste situaţii, riscul de autovătămare sau de violenţă faţă de alte persoane este mare. Intervenţia imediată este imperios necesară cu scopul de a preveni şi/sau limita daunele subiectului şi a celor din jur. De asemenea, psihologul/consilierul trebuie să fie capabil să evalueze urgent necesitatea spitalizării pacientului.

Din analiza datelor statistice (tabel 72) rezultă o scădere a valorilor medii în cazul următoarelor strategii de coping: autoculpabilizare, catastrofarea, culpabilizarea celorlalţi. Valorile medii cresc pentru strategiile de coping: acceptare, ruminare, refocalizare pozitivă, refocalizare pe planificare, reevaluare pozitivă şi punerea în prespectivă. Valorile medii ale stresului perceput tind să fie mai scăzute post-intervenţie.

Identificarea punctelor forte şi resurselor pacientului este utilă şi în realizarea unui raport bun şi de încredere cu acesta, mult mai facil de realizat decât dacă ne focusăm doar pe punctele slabe ale acestuia : deficite, disfuncţionalităţi şi eşecuri[203]. Capacitatea psihologului şi a pacientului de a lucra împreună pentru a obţine o gamă largă de resurse şi alternative determină succesul acestei etape. Potrivit lui Roberts [204:19], persoana deţine o varietate de resurse şi mecanisme de coping care trebuie descoperite şi puse în evidenţă.

Concluzii

Intervenţia psihologică în criză pentru persoanele cu HIV/SIDA este deosebit de importantă, făcând parte din procesul integrativ de intervenţie psihologică necesar acestor persoane. Existenţa unui protocol de intervenţie standardizat, care să poate să fie aplicat cu uşurinţă de orice psiholog clinician sau consilier/psihoterapeut este importantă pentru a crea un sistem clar, unitar, sistematizat şi nu în ultimul rând ştiintific, care să asigure o eficienţă mare în obţinerea rezultatului dorit.

CONCLUZII GENERALE

1. Studiile realizate în cadrul tezei sunt printre primele de acest fel din ţara noastră. Corelaţiile între psihopatologie şi aspectele biopsihosociale aduc informaţii importante pentru managementul pacientului cu HIV/SIDA.
2. Cele trei studii au demonstrat că prevalenţa şi severitatea tulburărilor psihopatologice sunt afectate semnificativ de fiecare factor biopsihosocial în parte, în funcţie de specificul său;
3. Totodată, calitatea vieţii pacientului cu HIV/SIDA este afectată semnificativ de tulburările psihologice, dar şi de factorii sociali şi demografici de risc
4. Există anumite grupuri de pacienţi cu HIV/SIDA care se diferenţiază din punct de vedere psihologic şi al stilului de viaţă de ceilalţi şi necesită o atenţie aparte din partea specialiştilor
5. Pacienţii HIV ce manifestă simptomatologie şi pacienţii ce au dezvoltat deja boala SIDA se confruntă cu o severitate mai mare a unor tulburări psihopatologice şi cu alte probleme sociale şi medicale
6. Nivelul educaţional şi statusul marital sunt factori importanţi în starea de bine a pacientului cu HIV/SIDA.

Este necesar să acționăm în sensul sprijinirii educației. Totodată pacientul trebuie încurajat să intre intr-o relație, pentru a evita sentimente de însingurare și retragere socială.

7. Pacienţii din cohorta anilor 1987-1990 se confruntă cu oboseala terapeutică într-o măsură mai mare, putând fi depistate diferenţe legate de stilul de viaţă, percepţii şi mod de raportare la societate. La fel ca restul pacienţilor cu HIV/SIDA şi aceşti pacienţi suferă de tulburări psihopatologice şi insatisfacţie în anumite domenii ale calităţii vieţii, mai ales relaționare, integrare socială, însingurare.
8. Pacienţii cu expunere HIV simptomatic şi SIDA au risc crescut de a dezvolta tulburări psihice asociate HIV/SIDA. Genul, vârsta, nivelul educațional, statutul marital sunt factori de risc importanţi în managementul evoluţiei maladiei HIV.
9. Intervenţia psihologică în criză pentru persoanele cu HIV/SIDA a avut un efect terapeutic pozitiv asupra pacienţilor HIV/SIDA aflaţi în criză. Protocolul de intervenţie standardizat rezultat este un instrument valoros care poate să fie aplicat cu uşurinţă de orice psiholog clinician sau consilier/psihoterapeut.

Originalitatea și contribuțiile inovative ale tezei

1. Este primul studiu din România care analizează prevalențele tulburărilor psihopatologice de pe Axa I și II DSM și corelațiile acestora cu aspectele biopsihosociale legate de calitatea vieții pacienților infectați cu virusul HIV.
2. Este printre puținele studii din lume care au comparat grupuri de pacienți aflate în diferite stadii ale infecției cu HIV din punct de vedere psihologic și al calității vieții, urmărind corelațiile dintre cele două aspecte.
3. Având în vedere că România are un grup important de supraviețuitori din cohorta anilor 1987-1990, persoane infectate cu HIV în spitale și care au o experiență de o viață legată de ce înseamnă să trăiești cu HIV/SIDA în România, acest studiu este o analiză a diferențelor dintre acești pacienți și restul pacientilor infectați, din punctul de vedere al psihopatologiei și calității vieții
4. Considerăm că la nivel internațional s-a acordat prea puțină importanță unor factori de risc importanți în transmiterea și evoluția patologiei HIV/SIDA și anume nivelul educațional și statusul marital. Am considerat

important de analizat, pentru prima dată în România influenţa acestor factori asupra pacientului cu HIV.

5. Analizarea factorilor care cresc riscul dezvoltărilor unor tulburări asociate HIV/SIDA în România sau agravării acestora este importantă atât din punct de vedere medical, cât şi social.
6. Din punct de vedere al intervenţiei psihologice, considerăm că aceasta trebuie să facă parte integrantă din planul de management al pacientului cu HIV. Pentru eficientizarea intervenţiei în criză este necesar un protocol standardizat de intervenţie, cu instrumente clare şi uşor de aplicat de către specialiştii în domeniu. Studiul legat de intervenţia psihologică asupra persoanelor cu HIV/SIDA în criză este primul din România, iar protocolul de intervenţie, este după ştiinţa noastră, singurul de acest fel.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Ministerul Sănătăţii, Institutul de Boli Infecţioase ”Prof.dr.Matei Balş”, Sursa: Compartimentul pentru Monitorizarea şi Evaluarea infecţiei HIV/SIDA în România, *Evoluţia infecţiei HIV/SIDA în România 31 decembrie 2016,* disponibil la http://www.cnlas.ro/images/doc/31122016_rom.pdf
2. European Centre for Disease Prevention and Control/ WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2013.* Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2014, disponibil la http://ecdc.europa.eu/en/publications/publications/hiv-aids-surveillance-report-europe-2013.pdf
3. Patel,V., &Prince, M., Global mental health : a new global health field comes of age. *JAMA : The journal of the American Medical Association*, 2010, 303 (19), 1976-1977
4. Gonzales, J.S., Batchelder, A.W., Psaros, C., & Safren, S.A., Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence : a review and meta-analysis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes,* 2011, 58(2), 181-187
5. Gallego, L., Barreiro, P., & Lopez-Ibor, J.J., Diagnosis and clinical features of major neuropsychiatric disorders in HIV infection. *AIDS Reviews,* 2011, 13(3), 171-179

6. Lopes, M.,Olfson, M.Rabkin, J., et al, Gender, HIV status, and psychiatric disorders : results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Condition. *The Journal of Clinical Psychiatry,* 2012, 73(3), 384-391
7. Sevigny,J.J.,Albert, S.M., McDermott, M.P., et al, An evaluation of neurocognitive status and markers of immune activation as predictors of tie to death in advanced HIV infection. *Archives of Neurology,* 2007, 64(1), 97-102.
8. Tozzi, V., Balestra, P., Bellagamba, R., et al., Persistence of neuropsychologic deficits despite long-term highly active antiretroviral therapy in patients with HIV-related neurocognitive impairment : prevalence and risk factors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes,* 2007, 45(2), 174-183
9. Joska, J.A., Fincham, D.S., Stein, D.J., Paul, R.H., &Seedat, S., Clinical Correlates of HIV-associated neurocognitive disorders in South Africa. *AIDS and Behavior*, 2010, 14(2), 371-378
10. Cysique, L.A., Bain, M.P., Brew, B.J., & Murray, J.M., The burden of HIV-associated neurocognitive impaiment in Australia and its estimates for the future. *Sexual Health*, 2011, 8(4), 541-550
11. Nakimuli-Mpungu, E., Musisi, S., Katabira, E., Nachega, J., & Bass, J., Prevalence and factors associated with depressive disorders in an HIV+ rural patient population in southern Uganda. *Journal of Affective Disorders*, 2011, 135 (1-3), 160-167

12. Pence, B.W., O'Donnell, J.K., & Gaynes, B.N., Falling through the cracks : the gaps between depression prevalence, diagnosis, treatment, and response in HIV care, *AIDS*, 2012, 26(5), 656-658
13. Kacanek, D., Jacobson, D.L., Spiegelman, D.,Wanke, C., Isaac, R., & Wilson, I.B., Incident depression symptoms are associated with poorer HAART adherence : a longitudinal analysis from the Nutrition for Healthy Living study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2010, 53(2), 266-272
14. Kinyanda, E., Hoskins, S., Nakku , J., Nawaz, S., & Patel, V., Prevalence and risk factors of major depressive disorder in HIV/AIDS as seen in semi-urban Entebbe district, Uganda.*BMC Psychiatry*, 2011, 11, 205
15. Carrico, A.W., Elevated suicide rate among HIV-positive persons despite benefits of antiretroviral therapy: implications for a stress and coping model of suicide. *The American Journal of Psychiatry*, 2010, 167(2), 117-119
16. Joshi, D., O'Grady, J., Dieterich, D., Gazzard, B., & Agarwal, K., Increasing burden of liver disease in patients with HIV infection. *Lancet*, 2011, 377(9772), 1198-1209
17. UNAIDS 2012 Global Report : *UNAIDS report on the global AIDS epimedic 2012*. Joint United Nations UNAIDS 2012 Programme on HIV AIDS
18. CDC 2013, *HIV Surveillance Report, vol 23 February 2013 edn* US Department of Health and Human Services, 2013, Atlanta

19. Martin, L., & Kagee, A., Lifetime and HIV-related PTSD among persons recently diagnosed with HIV. *AIDS and Behavior*, 2011, 15(1), 125-131
20. Briongos-Figuero, L.S., Bachiller-Luque, P., Palacios-Martin, T., De Luis-Roman, D., & Eiros-Bouza, J.M., Depression and health related quality of life among HIV-infected people. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 2011, 15(8), 855-862
21. Mbonu NC., van den Borne B., De Vries NK., *Societal Beliefs and Reactions About People Living with HIV/AIDS*, Social and Psychological Aspects of HIV/AIDS and their Ramifications, Prof. Gobopamang Letamo (Ed.), InTech, DOI: 10.5772/23911, 2011; 211
22. Fabianova L., *Psychosocial Aspects of People Living with HIV/AIDS, Social and Psychological Aspects of HIV/AIDS and their Ramifications,* Prof. Gobopamang Letamo (Ed.), Intech, DOI: 10.5772/21148, 2011; 180:181
23. AIDS and Aging, A special supplement to the UNAIDS report on the global AIDS epidemic Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2013
24. Centers of Disease Control, *HIV/AIDS surveillance reports*. Volumes 17 and 23.Atlanta : Centers for Disease Control and Prevention, 2010

25. Adrian Streinu-Cercel, Specific Challenges of the HIV Epidemic in Romania, EACS Brussels 2013, http://www.cnlas.ro/images/doc/spec_chall_HIV.pdf
26. Mardarescu, M., Challenges and issues in young women, 5th International workshop on HIV& women from adolescence to menopause, 21-22 february 2015, Seatle
27. deShazer, S., *Clues: Investigating Solutions in Brief Therapy*., New York: Norton & Co.,1988
28. Mosak, H., *Early Recollections: Interpretative Method and Application*, Routledge; 1 edition November 16, 2005
29. Calson, J., Watts, R.E., Maniacci, M.,*Adlerian Therapy : Theory and Practice*, 2006, p.56-57
30. Mosak, H. H., & Maniacci, M. P.,*Tactics in counseling and psychotherapy*, Itasca, IL: F. E. Peacock, 1998
31. Adler, A., *The Individual Psychology of Alfred Adler*. H. L. Ansbacher & R. R. Ansbacher (Eds.), New York, NY: Harper Torchbooks, 1956
32. Roberts, A. R., & Roberts, B.S., A Comprehensive Model for Crisis Intervention with Battered Women and Their Children. In A.R. Roberts (Ed.), Crisis Intervention Handbook: Assessment, treatment, and research, (2nd ed, pp. 177-207), New York: Oxford University Press, 2000

Număr total referinţe în text 220