

前言：

心理健康困擾是 WHO 認定的世界前三名健康負擔之一，在 HIV 感染者或愛滋患病者身上更是具有比一般族群更高的盛行率。研究顯示，約有一半的 HIV 帶原者符合一項或以上的心理疾患。¹ 相對地，在診斷有心理疾患的患者身上，檢出 HIV 陽性反應的機率也高於一般大眾。證據指出，心理疾患與 HIV 傳染高風險行為相關；研究亦顯示，心理疾患與 HIV 不良癒後相關，包括延遲 HIV 診斷、延後藥物治療、不良服藥遵從性、不良藥物反應，並增加 AIDS 相關的併發症及死亡率等²。

一個 HIV 個案一旦診斷後，面臨的不僅是對於疾病本身的恐懼，還包含社會的污名、人際互動的困擾等心理須調適的狀態。有鑑於此，世界衛生組織提出系列方案，主張將心理健康的介入整合入 HIV 治療的計畫中：建議第一線醫療人員接受辨識常見心理疾患的訓練，並建立完善心理衛生轉介機制，接續服務有需要的個案。

個論：

一、憂鬱

憂鬱是最常見的 HIV 感染的精神科併發症。HIV 陽性反應者罹患憂鬱的終生盛行率遠高於一般大眾。除了 HIV 感染帶來的巨大身心壓力外，HIV 的抗病毒製劑或者 HIV 感染所引發的中樞神經病發症皆可能是憂鬱的肇因。再者，HIV 陽性者除了面對疾病本身、更要面對疾病相關之汙名，其自殺風險亦遠比一般族群高³。

主要症狀包含：

- 長達兩週以上的憂鬱心情
- 失去興趣與動機
- 罪惡感
- 無助無望感
- 睡眠失調
- 食慾失調併顯著體重改變
- 過於激越 (agitation) 或者過於遲滯 (retardation)
- 疲倦與專注力不足

未揭露自身陽性反應者、曾因 HIV 失去重要他人者、或自身 AIDS 病程嚴重者、治療反應不佳者等，皆屬罹患憂鬱的高危險群。憂鬱症狀可能與 HIV 感染之症狀相近，但情緒症狀（憂鬱以及失去興趣與動機）可作為重要鑑別。臨床上可選用抗憂鬱劑以及心理治療作為介入。加強當事人的社會支持系統亦是重要關鍵。一旦診斷憂鬱，臨床工作者須謹慎評估自殺風險並適時轉介。憂鬱若經有效介入，研究顯示對於 HIV 的治療效益有顯著提升的效果。⁴

二、焦慮

焦慮本身是人體面臨壓力的正常身心反應，唯醫療工作者須留心 HIV 陽性反應者是否罹患臨床焦慮疾患，如初接受 HIV 感染診斷時最常見的適應疾患 (adjustment disorder)：當事人出現無法

自抑的憂慮，合併睡眠障礙、肌肉緊張、與認知失調，如災難性思考、反芻性思考、以及專注力不能集中等。其他常見於 HIV 感染者的焦慮疾患包含急性壓力疾患 (acute stress disorder) 與創傷後壓力症候群 (post traumatic stress disorder)。罹患焦慮疾患者可能出現各式難以確診病因的功能性生理症狀，包含過度換氣、胸悶胸痛、心悸、頭暈目眩、四肢發麻或刺痛、噁心嘔吐或者喉嚨梗塞異物感。

首次面臨 HIV 診斷、診斷出伺機性感染、CD4 數量下降、病毒量上升、或任何顯示 HIV 感染的病程惡化之徵兆，都是常見的焦慮疾患活化時機。缺乏社會支持、缺乏有效因應壓力之技巧、過去的受虐經驗，皆是焦慮好發的危險因子。臨床工作者若偵測出焦慮疾患，需同時探詢是否共病非法物質或酒精使用疾患，因酒精或藥物戒斷亦有產生焦慮恐慌的可能，也需澄清是否有憂鬱症的情況，由於憂鬱共病焦慮者高達八成，症狀若持續建議請精神科醫師鑑別診斷。

焦慮疾患需與 HIV 感染之生理併發症鑑別診斷，如中樞神經伺機性感染、內分泌系統病變、心血管疾病等等。治療 HIV 感染的部分藥物可能也有致焦慮的副作用，需要整合性的醫療照護，與專家討論替換藥物的可能性，或者積極治療焦慮。治療焦慮疾患，可考慮抗憂鬱藥物與非藥物處遇，如行為治療、放鬆訓練、心理治療等。

三、物質使用疾患

物質使用疾患 (substance use disorder) 與 HIV/AIDS 感染高度相關。2006 年為共用針頭施打海洛因而得到 HIV 的高峰，引進美沙東替代治療，台灣 HIV/AIDS 目前以性行為 (尤其是男男性行為) 為大宗。物質使用本身可惡化 HIV 的病程進展、不利於藥物治療遵從性、與抗病毒藥物產生不良藥物交互反應，部分毒品甚至對免疫系統和中樞神經亦有顯著負面影響。研究顯示物質使用者同時共病憂鬱、焦慮甚至精神病的比例也較高，有較高的自殺風險並有較高的醫療使用率⁵。

開立藥物處遇物質使用疾患或共病之心理疾患時，臨床醫師須謹慎評估潛在具有依賴性的處方藥物之使用時機與劑量。有效介入物質使用疾患可改善 HIV 感染者的生活品質、減少 HIV 傳佈、並優化抗病毒藥物服藥遵從性⁶。

臨床醫師宜以不具批判性的態度 (nonjudgmental attitude) 完整回顧當事人現在與過去的物質使用史 (包含處方藥物與酒精)，以協助擬定合適的治療計畫。短期目標為減少或終止物質使用，同時減少高風險行為；長期目標為預防復發並維持戒斷。治療多半需要整合性的介入，包含精神科成癮門診或住診治療、戒癮團體治療、替代藥物治療等等。⁷

醫療資源轉介

發現憂鬱焦慮等 HIV 患者常見症狀，建議轉介精神科醫師以提供專業的心理衛生診斷及治療，更重要的是，如果懷疑個案有酒精或其他非法物質的使用，建議臨床上須轉介成癮科醫師，以下網址提供全台指定藥癮機構名單。

<https://dep.mohw.gov.tw/domhaoh/cp-4097-43398-107.html>

參考文獻：

1. Brandt R. The mental health of people living with HIV/AIDS in Africa : a systematic review. *Afr J AIDS Res.* 2009;8(2) : 123-133.
2. Mayston R, Lazarus A, Patel V, et al. Pathways to HIV testing and care in Goa, India : exploring psychosocial barriers and facilitators using mixed methods. *BMC Public Health.* 2016;16(1) : 765.
3. Ruffieux Y, Lemsalu L, Aebi-Popp K, Calmy A, Cavassini M, Fux CA, Günthard HF, Marzolini C, Scherrer A, Vernazza P, Keiser O, Egger M. Mortality from suicide among people living with HIV and the general Swiss population : 1988-2017 : the Swiss HIV Cohort Study and the Swiss National Cohort. *J Int AIDS Soc.* 2019 Aug; 22(8) : e25339.
4. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with HIV/AIDS. *American Journal of Psychiatry (suppl).* 2000. 157(11).
5. Chen LY, Crum RM, Martins SS, Kaufmann CN, Strain EC, Mojtabai R. Service use and barriers to mental health care in major depression and comorbid substance use disorders. *Psychiatr Serv.* 2013 Sep 1; 64(9) : 863 - 870
6. Woodward EN, Pantalone DW. The role of social support and negative affect in medication adherence for HIV-infected men who have sex with men, *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2011 Dec 29 (Epub ahead of print).
7. Chaffee, Barbara, Screening and Ongoing Assessment for Substance Abuse in HIV : Guideline for Care (April 5, 2011) : <http://www.medscape.com/viewarticle/739855>.