

Psychiatrie en aids

L. TIMMERMAN

ACHTERGROND Besmetting met het Humaan Immunodeficiëntievirus (HIV-besmetting) en aids gaan frequent samen met uiteenlopende psychiatrische stoornissen. Met name de kans op het ontwikkelen van een psychose, manie en een cognitieve stoornis is bij HIV-geïnfecteerden sterk verhoogd. Een aanzienlijk percentage van de aids-patiënten presenteert zich zelfs met een (neuro)psychiatrische aandoening.

DOEL Een actueel overzicht geven van de relatie tussen HIV-besmetting en aids met psychiatrische stoornissen.

METHODE Er is gebruikgemaakt van een Medline-search (publicaties na 1990), AIDS Program, 1999 APA Annual Meeting en een persoonlijke mededeling.

RESULTATEN Er wordt een overzicht gegeven van het verhoogde risico op HIV-besmetting onder psychiatrische patiënten; uiteenlopende psychiatrische stoornissen bij HIV-geïnfecteerden en psychiatrische behandelmogelijkheden bij deze groep worden besproken.

CONCLUSIES Daar HIV-besmetting van een dodelijke ziekte een chronische behandelbare aandoening is geworden, waarvan de diagnose consequenties heeft voor de begeleiding en behandeling, wordt gepleit voor een op indicaties berustend HIV-testbeleid voor subgroepen psychiatrische patiënten.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 11, 803-810]

TREFWOORDEN aids, HIV, psychiatrie

Infectie met het humaan immunodeficiëntievirus type I (HIV-1) is een van de ernstigste gezondheidsproblemen van deze eeuw. Sinds het begin van deze pandemie zijn 11,7 miljoen patiënten ten gevolge van aids gestorven, terwijl meer dan 30 miljoen mensen wereldwijd besmet zijn met HIV of aan aids lijden. In 1997 kwamen er iedere dag 16.000 nieuw geïnfecteerde personen bij. In Europa waren in 1997 200.000 patiënten met aids geregistreerd en werden 70.000 individuen met HIV geïnfecteerd (World Health Organization 1997).

In Nederland zijn naar schatting 15.000 HIV-geïnfecteerden. Door de momenteel gangbare combinatietherapie bij aids is het aantal nieuwe patiënten dat aan aids lijdt echter dalen-

de: in 1998 waren er 114 nieuwe patiënten tegenover 304 in 1997. Ruim eenderde van de nieuwe aidspatiënten is heteroseksueel (Van Oosterom; Wetenschappelijke Raad van het aids-fonds in HIV-Handelsblad; 3-7-1999).

Doel van dit artikel is een actueel overzicht te geven over de relatie tussen hiv-infectie, aids en psychiatrische stoornissen. Vervolgens worden psychiatrische en psychotherapeutische behandelmogelijkheden hierbij besproken. In de beschouwing wordt nader ingegaan op de wenselijkheid frequenter op HIV te testen bij subgroepen psychiatrische patiënten.

METHODEN

Voor dit overzichtsartikel is gebruikgemaakt van het Medline-systeem. Publicaties na 1990 werden gezocht met de trefwoorden: AIDS-dementiacomplex, HIV-infections, comorbidity, delirium, mental disorders, psychiatric morbidity, psychosis, psychotic disorders, schizophrenia, anti-HIV agents. Verder is gebruikgemaakt van recente gegevens besproken op de meeting van de American Psychiatric Association in 1999 te Washington en van persoonlijke mededelingen van P. Portegies, neuroloog, verbonden aan het AMC Amsterdam.

RISICO OP HIV-BESMETTING ONDER PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN

Recent onderzoek heeft aangetoond dat psychiatrische patiënten, in het bijzonder zij die lijden aan schizofrenie, een relatief hoog risico hebben op het krijgen van een HIV-infectie. HIV-risicogedrag zoals intraveneus drugsgebruik en promiscuïteit met onbeschermd seks komt bij een substantieel deel van de psychiatrische patiënten voor, terwijl kennis over preventie van aids bij psychiatrische patiënten minder aanwezig is dan bij gezonde controlegroepen (Grassi e.a. 1999).

Buitenlands onderzoek geeft alarmerend hoge prevalentiecijfers voor HIV-seropositiviteit, namelijk 9% en 19%, onder chronisch psychiatrische patiënten in New York (Silberstein e.a. 1994). De prevalentie in Europa bedraagt in de overigens spaarzame onderzoeken onder opgenomen psychiatrische patiënten 5% (Naber e.a. 1994; Ayuso-Mateos e.a. 1997). De prevalentie in Nederland is onbekend omdat psychiatrische patiënten niet routinematig op HIV worden gescreend.

Bedacht moet worden dat psychiatrische opname op zich een verhoogde kans op seksueel misbruik met zich meebrengt en een risicofactor vormt voor het oplopen van HIV-infectie (Sewell 1996).

PSYCHIATRISCHE STOORNISSEN BIJ HIV-GEÏNFECTEERDEN EN AIDS-PATIËNTEN

Het HIV-virus kan directe (door neuronale destructie) of indirecte (door abscessen of tumoren bij opportunistische infecties en systeemziekten) hersenbeschadigingen geven welke tot psychiatrische symptomen kunnen leiden. De wetenschap met HIV besmet te zijn en het zelf vaststellen van lichamelijke symptomen zoals klierzwellingen kunnen ernstige psychologische stress veroorzaken. De functionele stoornissen bestaan uit: aanpassingsstoornissen, diverse angststoornissen, depressie (mogelijk ook organisch bepaald) en verslavingsproblematiek. De organische stoornissen bestaan uit: lichte cognitieve stoornis, delier, dementie, depressie, manie, psychose, organische persoonlijkheidsveranderingen en neurologische symptomen. Een deel van de aids-patiënten presenteert zich met een neuropsychiatrische stoornis. De gerapporteerde frequenties hiervan lopen sterk uiteen en hangen af van verschillen in het tijdstip van de diagnose, onderzoekspopulatie en methodologie (Sewell e.a. 1994; Halman 1999). In Nederland wordt dit percentage op 10% geschat (Portegies, persoonlijke mededeling 1999).

Tabel 1 toont de prevalenties van een aantal psychiatrische stoornissen bij HIV-geïnfecteden (Lyketsos & Treisman 1995). Hoewel in deze populatie zeer hoge percentages voor alcohol- en drugsmisbruik voorkomen, die niet direct naar de Nederlandse populatie te vertalen zijn, blijft de belangrijkste besmettingsbron onbeschermd seksueel contact.

PSYCHOSEN

Lijden aan een HIV-infectie en in sterkere mate aan aids verhoogt de kans op het ontwikkelen van een (eerste) psychose sterk. Psychosen hebben een prevalentie onder aids-patiënten van 5% tot 15%. De kans stijgt met de ernst van de ziekte. Er blijkt een associatie te zijn tussen de kans op het

TABEL 1 Prevalentie van psychiatrische stoornissen bij HIV-geïnfecteerden

	Controlegroepen uit de algemene bevolking	HIV-geïnfecteerden
Depressie i.e.z.	2,2%	5%-20%
Angststoornissen	4,7%	5%-37%
As I-stoornissen (beh.verslaving)	20%-30%	30%-63%
Alcoholisme	6,2%	
Drugsverslaving	2,3%	71%

1. Epidemiologic Catchment Area Study

Bron: naar Lyketsos & Treisman 1995

ontstaan van een psychose en voortschrijdende cognitieve afwijkingen. Er zijn een aantal verklaringen en hypothesen voor het verband tussen HIV-besmetting en (eerste) psychose.

Zo kan de psychose een direct gevolg zijn van HIV-infectie van de hersenen; de psychose is in deze gevallen secundair aan HIV-leuko-encefalopathie. De psychose zou ook kunnen worden veroorzaakt door een opportunistische infectie van het centraal zenuwstelsel zoals herpes simplex of cytomegalie. Bij de meeste patiënten begint de psychose echter op een tijdstip dat hun somatische conditie stabiel is zonder aanwijzingen voor een opportunistische infectie. Er zou sprake kunnen zijn van een gemeenschappelijke oorzaak: drugsgebruik. Verondersteld wordt hierbij dat drugsgebruik iemands gevoeligheid doet toenemen om een psychose te ontwikkelen wanneer hij of zij later met HIV besmet wordt. De vierde hypothese is dat op basis van (lichte) cognitieve stoornissen de psychologische afweer of de werkelijkheidsstoetsing tekortschiet waardoor een (kortdurende?) psychose geluxeerd kan worden. De psychose zou ook secundair kunnen zijn aan door HIV veroorzaakte somatische aandoeningen, zoals een intracerebraal lymfoom of een auto-immuunziekte of het gevolg van ge-

neesmiddelen als isoniazide, aciclovir en prednison. De laatste hypothese is dat HIV de subcorticale gebieden van de hersenen kan aantasten die van belang zijn voor de regulatie van stemming en affect. De kans op manie, die tienmaal vaker voorkomt bij HIV-patiënten dan bij een normale populatie, en mogelijk ook op depressie, stijgt hierdoor. Ook de kans op cognitief verval neemt hierbij toe. Er zijn hier parallellen met de ziekte van Parkinson en de ziekte van Huntington (Sewell 1996).

Steeds dient zorgvuldig te worden nagegaan of de psychotische symptomen al dan niet in het kader van een delier optreden.

Schizofrene patiënten hebben door de in de inleiding vermelde oorzaken een verhoogde kans een HIV-besmetting op te lopen. Ook de kans dat schizofrene patiënten daadwerkelijk aids krijgen, is sterk verhoogd. De mortaliteit is tweemaal hoger dan die van andere met HIV besmette patiëntengroepen. Dit wordt veroorzaakt door een hogere pijndrempel bij sommige schizofreniepatiënten, een vaak onduidelijke presentatie van hun klachten, geringere compliantie met antivirale therapie en soms door een slechtere somatische behandeling (Sewell 1996).

DEPRESSIE

Hoewel de prevalentie van psychiatrische stoornissen onder HIV-geïnfecteerden vergeleken met gezonde personen sterk verhoogd is, is het onduidelijk of depressie bij hen in vergelijking met niet-HIV-besmette homoseksuele mannen of intraveneuze drugsgebruikers frequenter voorkomt daar zij een aantal risicofactoren gemeenschappelijk hebben. Incidentiecijfers voor depressie zijn zowel bij HIV-positieve als HIV-negatieve homoseksuele mannen alsmede bij mannelijke en vrouwelijke intraveneuze drugsgebruikers verhoogd ten opzichte van controlegroepen. Overige risicofactoren voor het ontwikkelen van een depressie zijn onder meer: psychiatrische voorgeschiedenis, lage opleiding,

weinig sociale steun, een gevoel weinig controle over het eigen leven te kunnen uitoefenen en recente traumatische gebeurtenissen in het leven waaronder verlies (Pajonk & Naber 1998).

Depressieve klachten worden zeer frequent gemeld door patiënten die met het HIV-virus geïnfecteerd zijn. Het merendeel van de HIV-positieve patiënten is echter niet depressief en veel HIV-positieve patiënten die depressief worden, hebben reeds een positieve anamnese voor stemmingsstoornissen (Markowitz e.a. 1995). Dew e.a. (1997) vonden in een één jaar durend follow-uponderzoek dat het risico van het ontwikkelen van een depressieve stoornis onder HIV-geïnfecteerden ten opzichte van niet-HIV-geïnfecteerden verhoogd is. Rabkin e.a. (1997) vonden in een vier jaar durend follow-uponderzoek onder HIV-geïnfecteerden echter slechts een lichte, niet-significante toename van depressie of angst ondanks voortschrijdende ziekte. De piekincidentie van de depressieve stoornis treedt zes tot achttien maanden voor aids zich ontwikkelt op. HIV-infectie en aids gaan gepaard met een hoog suïciderisico (9%). Voor een juiste interpretatie hiervan is echter correctie nodig voor andere suïciderisicofactoren zoals drugsgebruik, alcoholisme en sociale status. De incidentie van suïcide is gedaald naarmate de therapeutische mogelijkheden bij HIV-infectie toenamen.

Teneinde de vraag te kunnen beantwoorden of depressie de prognose met betrekking tot de progressie van de ziekte aids beïnvloedt, is door verschillende onderzoekers de correlatie tussen depressie en lymfocytenaantal onderzocht. Burack e.a. (1993) vonden dat depressie bij HIV-besmette patiënten een snellere afname van CD-4-lymfocyten geeft dan onder niet besmette HIV-geïnfecteerden; deze associatie kon niet worden toegeschreven aan somatische verschillen. Er was echter bij hun vervolgonderzoek geen associatie tussen de afname van deze lymfocyten en de ziekteprogressie of mortaliteit. Lyketsos e.a. (1993) konden in een acht jaar durend onderzoek de bevindingen van Burack e.a. niet bevestigen: zij vonden geen associatie tussen depressie

en afname van CD-4-lymfocyten bij HIV-patiënten.

De ernst van immunosuppressie is niet gerelateerd aan de respons op antidepressiva of toe schrijven aan bijwerkingen. De behandeling met fluoxetine is niet geassocieerd met verandering in het aantal CD-4-cellen (Rabkin e.a. 1999).

COGNITIEF DISFUNCTIONEREN

Patiënten in de vroege fase van HIV-infectie lijden frequent aan een HIV-geassocieerde lichte cognitieve stoornis bestaande uit stoornissen van het abstractieniveau, leervermogen en snelheid van informatieverwerking. Hierbij moet gedifferentieerd worden van depressie en mogelijke bijwerkingen van alcohol- en drugsgebruik. Medicatie tegen aids lijkt het neuropsychologisch functioneren van deze patiënten te verbeteren (Brew e.a. 1996). Met de huidige antivirale therapie doet aids-dementie zich nog maar zelden voor (Portegies, persoonlijke mededeling 1999). De bijwerkingen van de nieuwe medicijncocktail tegen aids met onder andere een proteasemremmer zijn ernstig: HIV-geïnfecteerden kunnen onder meer gaan lijden aan suikerziekte, en ten gevolge van een verhoogd cholesterolgehalte is er een sterk verhoogd risico op hart- en vaatziekten.

Bij 30% van de personen met HIV slaat de combinatietherapie niet aan of wordt ze niet verdragen (Borleffs e.a. 1997). Indien de HIV-besmetting niet behandeld of de behandeling niet verdragen wordt, ontstaat bij 31% tot 47% van de patiënten aids-dementie (Pajonk & Naber 1998). Met name de groep patiënten met een laag lymfocytengehalte loopt extra risico.

In de acute fase van HIV-infectie kan een aseptische meningitis ontstaan. Indien de ziekte voortschrijdt, is er kans op het ontwikkelen van opportunistische infecties en kanker (Kaposi-saroom).

HIV-infectie en immunosuppressie worden vaak gecompliceerd door infecties met andere virussen, met name het cytomegalievirus dat

encefalitis veroorzaakt, en het papovavirus, dat een progressieve multifocale leuko-encefalopathie kan geven (Bencherif & Rottenberg 1998).

De HIV-geassocieerde cognitieve stoornissen, voorheen 'HIV-encefalopathie' en 'aids-dementiecomplex' genoemd, impliceren ernstige cognitieve, motorische en affectief-gedragsmatige symptomen passend bij subcorticale dementie (Sewell 1996; Jonker 1997). Bij beeldvormend onderzoek (MRI) wordt bij aids-dementie een afname gevonden van de hoeveelheid grijze stof in de basale ganglia, met name de nucleus caudatus en de occipitale cortex, naast een generaliseerde afname van de hoeveelheid witte stof en frontopariëtale atrofie. De herkenning en diagnostiek van lichtere cognitieve stoornissen

ten gevolge van HIV-besmetting met minder uitgesproken symptomatologie is moeilijker. Het belangrijkste klinische verschil tussen aids-dementie en de HIV-geassocieerde lichte neurocognitieve stoornis (MND) is de mate waarin de cognitieve stoornis interfereert met het dagelijks leven van de patiënt; de diagnose dementie is gereserveerd voor ernstige cognitieve stoornissen die sterk interfereren met werk, het functioneren thuis, ADL en sociale activiteiten; MND daarentegen wordt gediagnosticeerd indien cognitieve stoornissen welke in mindere mate het dagelijks leven verstoren, betrouwbaar zijn aangetoond (zie tabel 2) (naar Grant & Atkinson 1994). Bij MND vindt men meestal veranderingen op het elektro-encefalogram (EEG), met name een afna-

TABEL 2 HIV-I-geassocieerde cognitieve stoornissen (opgesteld door American Academy of Neurology)

A. HIV-I-geassocieerd dementiecomplex (HAD)

1. Minstens twee cognitieve stoornissen die gedurende minstens één maand aanwezig zijn: aandacht/concentratie, snelheid van informatieverwerking, abstractievermogen, logisch redeneren, ruimtelijke taken, leren/geheugen, spraak/taal.
2. Op zijn minst één van de volgende stoornissen:
 - a. abnormaal motorisch functioneren;
 - b. verval in motivatie of emotionele controle of verandering in sociaal gedrag.
3. Afwezigheid van bewustzijnsstoornissen.
4. Geen andere oorzaak voor bovengenoemde cognitieve, motore of gedragsymptomen (bijvoorbeeld actieve opportunistische infectie, maligniteit, andere psychiatrische stoornis, middelenmisbruik).
5. Sterke interferentie van de psychologische klachten met het dagelijks functioneren.

B. HIV-I-geassocieerde lichte cognitieve stoornis (MND)

1. Cognitieve/motore of gedragsveranderingen (a én b)
 - a. Minstens twee van de volgende kenmerken gedurende minstens één maand (anamnese):
 - verminderde aandacht en concentratie;
 - trager denktempo;
 - slechter geheugen;
 - vertraagde motoriek;
 - coördinatioestoornissen.
 - b. Cognitieve/motore afwijkingen vastgesteld door clinicus of door middel van een neuropsychologische test.
 2. Cognitieve/motore/gedragsafwijkingen die een milde verstoring van het functioneren op het werk of van dagelijkse activiteiten geven.
 3. Geen HIV-I-geassocieerd dementiecomplex.
 4. Geen andere oorzaak voor bovengenoemde afwijkingen (bijvoorbeeld actieve opportunistische infectie, maligniteit, andere psychiatrische stoornis, middelengebruik).
-

me van de theta-activiteit, frontaal en fronto-temporaal. Er zijn sterke aanwijzingen dat in het bijzonder (intraveneuze) drugsgebruikers meer gevoelig zijn voor directe en indirecte (gecorrigeerd aan de manier van leven van intraveneuze drugsgebruikers), neurotoxische effecten van HIV. Drugsgebruik blijkt geassocieerd met diverse ziekten zoals infecties, vitaminedeficiënties, CVA's, hersenletsel en blijkt ook los van HIV neuropsychologische beperkingen te kunnen veroorzaken. Tevens blijken (asymptomatische) seropositieve personen met een laag opleidingsniveau slechtere uitkomsten op neuropsychologisch onderzoek te hebben en eerder cognitieve klachten te ontwikkelen dan patiënten met een hoog opleidingsniveau (Starace e.a. 1998).

PSYCHIATRISCHE BEHANDELINGEN BIJ HIV-GEÏNFECTEERDEN

Psychosen. HIV-geïnfekteerde psychotische patiënten, behandeld met klassieke antipsychotica, hebben een verhoogde kans op het ontwikkelen van extrapiramidale symptomen, tardieve dyskinesie en het maligne neurolepticasyndroom. Er bestaat dan ook een voorkeur voor atypische antipsychotica bij deze patiëntengroep (Singh e.a. 1997). Metabolieten van clozapine blijken in vitro te beschikken over antivirale activiteit. Bij andere nieuwe antipsychotica is van antivirale activiteit geen sprake. De klinische relevantie van dit gegeven is echter nog niet bekend (Brando e.a. 1997).

Depressie. De behandeling van depressie bij patiënten met HIV-infectie is weinig systematisch geëvalueerd. Er zijn kleine, open onderzoeken met fluoxetine, paroxetine, sertraline, dextroamfetamine en nefazodon waarbij een positief klinisch effect gemeld wordt, en er zijn placebogecontroleerde onderzoeken met imipramine, fluoxetine en paroxetine. De respons op antidepressiva varieert in dit onderzoek van 45% voor 11 patiënten behandeld met paroxetine, tot 80% voor 25 patiënten behandeld met imipramine. Er is echter een forse placeborespons bij HIV-

patiënten (Elliott e.a. 1998). Bijzondere aandacht vraagt een eventuele behandeling met nefazodone, daar dit antidepressivum via het cytochroom CYP3A3/4 interacties kan geven met antivirale therapie. Het grootste onderzoek onder HIV-seropositieve patiënten met een depressieve stoornis en/of dysthyme stoornis betreft 120 patiënten gerandomiseerd behandeld met fluoxetine of placebo. Onder de patiënten die in dit onderzoek de behandeling hebben voltooid, wordt 74% respons op fluoxetine gevonden en 47% respons op placebo. Ook psychotherapie bleek werkzaam bij depressieve HIV-positieve patiënten: interpersoonlijke psychotherapie bleek in een groep van 32 HIV-positieve patiënten superieur aan ondersteunende psychotherapie (Markowitz e.a. 1995).

BESCHOUWING

HIV-besmetting komt onder opgenomen psychiatrische patiënten, bij wie vaak sprake is van verschillende risicofactoren zoals promiscuïteit, minder preventieve maatregelen en verslavingsproblematiek (Ronhaar & Timmerman 1997), vaker voor dan bij controlegroepen.

HIV-besmetting en aids kunnen leiden tot uiteenlopende psychiatrische stoornissen. Een aanzienlijk percentage van de aids-patiënten presenteert zich met een (neuro)psychiatrische aandoening. De prevalentie van depressies onder HIV-geïnfekteerden is mogelijk verhoogd en die van psychosen, manieën en cognitieve stoornissen is zeer duidelijk verhoogd. Atypische antipsychotica hebben bij HIV-patiënten gezien hun lagere kans op ernstige bijwerkingen de voorkeur.

Het is discutabel of een HIV-test die ook therapeutische implicaties heeft, nu HIV van een dodelijke ziekte tot een chronische behandelbare ziekte is geworden, niet frequenter moet worden aangevraagd. Dit geldt te meer daar er sprake blijkt te zijn van onderdiagnostiek en onderbehandeling van met HIV besmette psychotische patiënten. Met name is er een indicatie voor de

patiënten met de bekende risicofactoren zoals afkomst uit (West-)Afrika of Azië, intraveneus drugsgebruik, homoseksualiteit en wisselende seksuele contacten. Ook bij onverklaarde andere psychiatrische beelden als delier, manie en cognitieve stoornis dient de mogelijkheid van HIV-besmetting overwogen te worden.

De begeleiding en met name de voorlichting van HIV-positieve patiënten is eveneens belangrijk. Het gaat dan vooral om het seksuele gedrag en het belang van therapietrouw wat betreft de antivirale medicatie.

LITERATUUR

- Ayosa-Mateos, J.L., Montanès-Lastra I., & De La Garza, P.J., e.a. (1997). HIV infection in psychiatric patients: An unlikely anonymous study. *British Journal of Psychiatry*, 170, 181-187.
- Bencherif, B., & Rottenberg, D.A. (1998). Neuro imaging of the AIDS dementia complex. *Aids*, 12, 233-244.
- Borleffs, J.C.C., Esseveld, F., & Hoepelman, I.M. (1997). Behandeling van HIV-infectie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 1036-1043.
- Brando, J.L.V., Buthod, J.L., Holland, L.E., e.a. (1997). Metabolites of the antipsychotic agent clozapine inhibit the replication of human immunodeficiency virus type I. *Schizophrenia research*, 25, 63-70.
- Brew, B.J., Dunbar, N., Druet, J.A., e.a. (1996). Pilot study of the efficacy of ateverdine in the treatment of Aids dementia complex. *Aids*, 10, 1357-1360.
- Burack, J.H., Barret, D.C., Stall, R.D., e.a. (1993). Depressive symptoms and CD-4 lymphocyte decline among HIV-infected men. *Journal of the American Medical Association*, 270, 2568-2573.
- Dew, M.A., Becker, J.T., Sanchez, J., e.a. (1997). Prevalence and predictors of depressive, anxiety and substance use disorders in HIV infected and uninfected men: A longitudinal evolution. *Psychological Medicine*, 27, 395-409.
- Elliott, A.J., Uldall, K.U., & Bergam, K.L.A. (1998). Randomized placebo-controlled trial of paroxetine versus imipramine in depressed HIV-positive out-patients. *American Journal of Psychiatry*, 155, 367-372.
- Grant, I., & Atkinson, J.H. (1994). Psychiatric aspects of acquired immune deficiency syndrome. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sixth Edition (pp. 1644-1669). Baltimore: Williams and Wilkins.
- Grassi, L., Pavanati, M., Cardelli, R., e.a. (1999). HIV-risk behaviour and knowledge about HIV/AIDS among patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 29, 71-79.
- Halman, M. (1999). AIDS Program I. Neuro psychiatric manifestations and their treatment: A review. 1999 APA Annual Meeting Syllabus (p. 208).
- Jonker, C. (1997). Dementie. Een visie op recente ontwikkelingen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 4, 163-171.
- Lyketsos, C.G., Hoover, D.R., Guccione M., e.a. (1993). Depressive symptoms as predictors of medical outcomes in HIV infection. *Journal of the American Medical Association*, 270, 2563-2567.
- Lyketsos, C.G., Hanson, A.L., & Fischman, M. (1993). Manic syndrome early and late in the course of HIV. *American Journal of Psychiatry*, 150, 326-327.
- Lyketsos, C.G., & Treisman, G.J. (1995). Psychiatric disorders in HIV infected patients. *Epidemiology and issues in drug treatment. CNS Drugs*, 4, 195-206.
- Markowitz, J.C., Klerman, G.L., Clougherty, K.F., e.a. (1995). Individual psychotherapies for depressed HIV positive patients. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1504-1509.
- Naber, D., Pajonk, F.G., Perro, C., e.a. (1994). Human immunodeficiency virus antibody test and seroprevalence in psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 358-361.
- Oosterom, Van. Artikel in NRC Handelsblad 3-7-1999.
- Pajonk, F.G., & Naber, D. (1998). Human immunodeficiency virus and mental disorders. *Current opinion in psychiatry*, 11, 305-310.
- Rabkin, J.G., Goetz, R.R., Remiren, R.H., e.a. (1997). Stability of mood despite HIV illness progression in a group of homosexual men. *American Journal of Psychiatry*, 154, 231-238.
- Rabkin, J.G., Wagner, G.J., & Rakkin, R. (1999). Fluoxetine treatment for depression in patients with HIV and AIDS: A randomized, placebo controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 101-107.
- Ronhaar, P.K.J., & Timmerman, L. (1997). Alcohol- en drugsgebruik bij acute opname in een randstedelijk psychiatrisch ziekenhuis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 8, 649-660.
- Sewell, D.D. (1996). Schizophrenia and HIV. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 465-473.
- Sewell, D.D., Yeste, D.V., Atkinson, J.H., e.a. (1994). HIV associated psychoses: A study of 20 cases. *American Journal of Psychiatry*, 151, 237-242.
- Silberstein, C., Galanter, M., Marmor, M., e.a. (1994). HIV-1 among innercity dually diagnosed in patients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, 201-213.
- Singh, A.N., Colledge, H., & Catalan J. (1997). Treatment of HIV-

related psychotic disorders with risperidone: A series of 21 cases. *Psychosomatics Research*, 42, 489-493.

Starace, F., Baldassarne, G., Biancolilli, V., e.a. (1998). Early neuropsychological impairment in HIV-seropositive intravenous drug users: Evidence from the Italian Multicentre Neuropsychological HIV study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 132-138.

World Health Organization (1997). Global AIDS surveillance. *Weekly Epidemiological Record*, 72, 365-368.

AUTEUR

L. TIMMERMAN is A-opleider Psychiatrie.
Correspondentieadres: L. Timmerman, Stichting Adhesie, Postbus 5003, 7400 GL Deventer.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-2-2000.

SUMMARY

AIDS and psychiatry – L. Timmerman –

BACKGROUND HIV-infection and AIDS are frequently accompanied by diverse psychiatric disorders. Especially there is a considerable increase of the risk for developing a psychosis, mania and an impairment of the cognitive functioning. A considerable percentage of patients suffering from AIDS presents itself with a (neuro)psychiatric disorder.

AIMS To give an actual review of the relationship between HIV infection and AIDS with psychiatric illness.

METHOD A Medline search (publications after 1990), AIDS Program, 1999 APA Annual Meeting and personal communication.

RESULTS The review includes the increased risk for HIV infection among psychiatric patients, different psychiatric disorders among patients with HIV infection and psychiatric treatment possibilities in this patient group.

CONCLUSIONS As HIV infection has become a chronic treatable disease instead of a fatal one and because the diagnosis of HIV infection has consequences for treatment and interactions, we plead for a HIV-test policy based on indications for subgroups of psychiatric patients.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 11, 803-810]

KEYWORDS AIDS, HIV, psychiatry