

Psychisch dysfunctioneren (SCL-90) bij symptomatische HIV-infectie en AIDS-patiënten

*door M. van Beuzekom, F. van den Boom, H. Kroon,
J.G. Storosum, H.N. Sno en H. van Dis*

Samenvatting

Bij een groep van 56 symptomatische HIV-geïnfecteerden en 61 AIDS-patiënten worden de resultaten beschreven van de dimensies van de SCL-90. De scores worden vergeleken met drie normgroepen: een normale normgroep, een groep cardiologische poliklinische patiënten en een groep poliklinische psychiatrische patiënten. De groep HIV-geïnfecteerden heeft hogere scores op de verschillende dimensies dan de normale normgroep en de poliklinische cardiologische patiënten maar scoort lager dan de groep poliklinische psychiatrische patiënten. Met name scores op de dimensies depressie, agorafobie en angst zijn verhoogd. De resultaten geven aan dat meer aandacht nodig is voor psychiatrische en psychosociale hulpverlening bij een grote groep van HIV-geïnfecteerden.

Inleiding

In 1981 werden in de Verenigde Staten de eerste patiënten met het Acquired Immune Deficiency Syndrome gerapporteerd (CDC 1981). De verwekker van dit syndroom bleek het Human Immunodeficiency Virus (HIV) te zijn. De HIV-infectie verloopt van de acute infectie via het symptomeloos virusdragerschap tot de ontwikkeling van een spectrum van ziekteverschijnselen door een verminderde immuniteit. Een klinische indeling van de door HIV veroorzaakte ziektebeelden is in 1986 door het Center for Disease Control (CDC) opgesteld. Deze bestaat uit vier fasen:

- CDC I de acute HIV-infectie
 - CDC II asymptomatische infectie
 - CDC III persisterende gegeneraliseerde lymfadenopathie (PGL)
 - CDC IV andere ziekten
- Subgroep: A: Algemene ziekteverschijnselen (ARC)
B: Neurologische ziekteverschijnselen
C-I: Opportunistische infecties passend bij CDC-definitie AIDS

- C-2: Andere infecties wijzend op een ernstige afweerstoornis
- D: Gerelateerde maligniteiten passend bij de CDC-definitie AIDS
- E: Overige met HIV geassocieerde aandoeningen

In de literatuur zijn een aantal publikaties verschenen over het voorkomen van psychiatrische symptomatologie bij HIV-geïnfekteerden. In tabel 1 en 2 wordt hiervan een overzicht gegeven.

De studie van Baer (1989) heeft betrekking op patiënten die gedwongen psychiatrisch waren opgenomen. De studies van Atkinson e.a. (1988) en King (1989) hebben betrekking op patiënten in een ambulante populatie. In de studies van Perry en Tross (1984), Dilley e.a. (1985) en Sno e.a. (1990) is er sprake van klinisch opgenomen HIV-geïnfekteerden die gezien zijn op grond van een psychiatrisch consult. De percentages van de HIV-geïnfekteerden voor wie een psychiatrisch consult werd aangevraagd lopen nogal uiteen, respectievelijk: 33%, 19% en 12%.

De studie van James (1988) betreft een groep asymptomatische seropositieve zwangeren bij wie psychiatrische evaluatie plaatsvond. Bij 87% werd de diagnose van alcohol- of drugverslaving/afhankelijkheid vastgesteld.

In de studie van Sno e.a. (1989) wordt de diagnose stoornissen door gebruik van middelen nog niet gebruikt, echter in Sno e.a. (1990) zien we dat in 4.3% van de gevallen deze diagnose gebruikt wordt. Dit is een weerspiegeling van het feit dat in Nederland de diagnose AIDS tot nu toe voornamelijk gesteld wordt bij homo-en biseksuele mannen (83%). De verwachting is dat het percentage intraveneuze druggebruikers en heteroseksuele personen de komende jaren zal toenemen (Bindels e.a. 1990).

Uit het onderzoek van King (1989) blijkt dat ongeveer de helft van de gevonden psychiatrische stoornissen verklaard kan worden door premorbide emotionele problemen.

Het onderzoek van Atkinson e.a. (1988) is een gecontroleerde studie waarin homoseksuele mannen met de diagnose asymptomatisch seropositief, ARC en AIDS worden vergeleken met een controlegroep van seronegatieve homoseksuele mannen en een controlegroep van heteroseksuele mannen.

De life-time-prevalentie op de Diagnostic Interview Schedule (DIS; Robins e.a. 1981) bedroeg in de totale homoseksuele groep (seronegatieven, asymptomatisch seropositieven, ARC- en AIDS-patiënten) voor depressie 13.3-38.5% en voor angst 26.7-46.2 %, waarbij de hoogste scores aangetroffen werden bij de ARC-patiënten. In dit onderzoek werd ook de Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis 1977) afgenomen, hetgeen de resultaten bevestigde die al gevonden waren op de DIS.

Tabel 1: Voorkomen van psychiatrische stoornissen bij HIV-infectie (%)

DSM-III	N	angst-stoornis	paniek-stoornis	aangepas-sings-stoornis	depressiedysthyme IEZ	cyclo-thyme stoornis	stoornis-gebruik van middelen	organisch affectief syn-droom	delirium	psychotische stoornis	schizofrenie
Baer (1989) ¹	60	-	-	22.0	12.0	-	25.0	-	30.0	-	10.0
Dilley (1985) ²											
consulten	13	-	7.5	54.0	15.0	7.5	54.0	-	7.5	-	-
Perry (1984) ³	52	-	-	-	17.3	-	11.5	-	11.5	28.8	1.9
James (1988) ⁴	15	-	-	53.3	6.7	6.7	87.0	-	-	-	-
Sno (1990) ⁵											
consulten	116	2.6	0.90	13.8	19.0	-	4.3	5.2	4.3	21.6	6.0
ICD-9	N	angst-toestand	langdurige depressieve reactie	aangepas-sings-reactie	neuro-tische depressie	afhankelijkheid van drugs					
King (1989) ⁶	192	2.6	8.7	9.8	7.0	1.0					

1 betreft opgenomen AIDS- en ARC-patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis na suïcidepoging

2 betreft 40 opgenomen AIDS-patiënten in een algemeen ziekenhuis waarbij 13 psychiatrische consulten werden verricht

3 betreft retrospectief statusonderzoek in een algemeen ziekenhuis, naast de vermelde diagnoses wordt bij 65,4% een depressie verondersteld en bij 25% een organisch hersensyndroom

4 asymptomatische seropositieve zwangeren waarbij ambulante psychiatrische evaluatie plaatsvond, 74% werd gediagnosticeerd met persoonlijkheidsstoornissen

5 betreft opgenomen patiënten gedurende de periode 1983-1989 (n=956) in een algemeen ziekenhuis waarbij 116 psychiatrische consulten werden verricht

6 betreft deelnemers aan cohortonderzoek, waarbij 65 asymptomatisch en 64 symptomatisch seropositieven en 23 ARC- en AIDS-patiënten

Tabel 2: Voorkomen (%) van psychiatrische stoornissen bij HIV-infectie (Atkinson 1988)

DSM-III-R	N	angst- stoornis	paniek- stoornis	agora- fobie	depressie IEZ	stoornissen door het gebruik van middelen alcohol andere	
<i>controle</i>							
6 maanden	22	0	—	—	0	4.5	0
life-time	22	0	0	0	9.1	36.4	4.5
<i>negatieven</i>							
6 maanden	11	9.1	—	—	9.1	9.1	9.1
life-time	11	45.5	9.1	0	36.4	36.4	18.2
<i>asympt. positieven</i>							
6 maanden	17	17.6	—	—	17.6	0	5.9
life-time	17	41.2	5.9	17.6	35.3	29.4	35.3
<i>ARC</i>							
6 maanden	13	38.5	—	—	7.7	30.8	7.7
life-time	13	46.2	7.7	23.1	38.5	46.2	30.7
<i>AIDS</i>							
6 maanden	15	26.7	—	—	6.7	0	6.7
life-time	15	26.7	0	6.7	13.3	20.0	20.0

De diagnose organisch hersensyndroom wordt in DIS bepaald door de score op de Mini-Mental State Examination (Folstein e.a. 1975). In de studie van Atkinson voldeed niemand aan de criteria van het organisch hersensyndroom. Bij gedetailleerd neuropsychologisch onderzoek echter werden bij dezelfde groep van patiënten bij 87% van de AIDS-patiënten, 54% van de ARC-patiënten, 42% van de asymptomatischen en bij 9% van de seronegatieven cognitieve stoornissen gevonden (Grant e.a. 1988).

Deze klinische studies geven aan dat bij HIV-infectie dementie, delirium en organisch affectief syndroom de meest frequent gediagnosticeerde organische stoornissen zijn. Depressie in engere zin, aanpassingsstoornis en angststoornis zijn de meest frequent voorkomende psychogene complicaties.

Psychogene klachten kunnen reacties zijn met de confrontatie van een seropositieve testuitslag en daaruit voortvloeiend de dreiging van een fatale ziekte. Ontkenning, angst en depressieve stemmingsstoornissen worden hierbij vaak gerapporteerd. Veel voorkomende psychologische problematiek is (Fernandez e.a. 1989; Faultisch 1987; Sno e.a. 1989):

- angst en woede over de onzekerheid van de ziekte en behandeling
- gevoel van sociaal isolement gebaseerd op niet meer kunnen werken, verminderde seksuele contacten en teruggetrokken leven en het gevoel 'besmet' te zijn

- ervaren van ziekte als vergelding, ontstaan door de seksuele overdraagbaarheid van de ziekte
- algemene reactie op levensbedreigende ziekte, zoeken naar verklaring, verdriet en depressieve stemming vanwege het multiële verlies: gezondheid, werk, inkomen en soms relaties.

Onderzoek naar psychopathologische verschijnselen in relatie met een HIV-infectie is in Nederland tot nu toe alleen uitgevoerd bij patiënten die op indicatie door een psychiater zijn gezien. In het AMC blijkt 12.5% van de HIV-geïnfecteerden te worden verwezen voor psychiatrisch consult. Onderzoek naar psychopathologische symptomen bij een ongeselecteerde groep HIV-geïnfecteerden die een polikliniek bezoeken of in een ziekenhuis opgenomen zijn werd in ons land nog niet eerder verricht. In dit artikel wordt verslag gedaan van een onderzoek in het Academisch Medisch Centrum bij een ongeselecteerde groep patiënten met een HIV-infectie. Geïnventariseerd zal worden in welke mate psychisch dysfunctioneren voorkomt bij HIV-geïnfecteerden en zo dit voorkomt of dit gerelateerd kan worden aan het stadium van de HIV-infectie.

Methode

In de periode augustus 1989 – december 1989 werd aan alle patiënten die de AIDS-polikliniek van het Academisch Medisch Centrum (AMC) bezochten gevraagd of zij mee wilden doen aan een eenmalig psychosociaal onderzoek. Uitgesloten werden patiënten die naar het oordeel van de internist te ziek waren; die niet de Nederlandse taal spraken. In dezelfde periode werd ook medewerking gevraagd aan alle op de AIDS-afdeling opgenomen patiënten. Het onderzoek werd door de internisten geïntroduceerd. 119 personen hebben aan het onderzoek deelgenomen, daarvan waren 113 mannen en 6 vrouwen.

Er werd toestemming gevraagd om medische en psychosociale gegevens uit de status bij het onderzoek te betrekken, 117 deelnemers gaven hiervoor toestemming. Bij de mannen was de transmissiewijze als volgt verdeeld, bij 108 was er sprake van homo- en biseksuele contacten, 3 waren ex-drugsverslaafden en 2 waren er besmet via bloedprodukten. Bij de vrouwen waren er 3 via hun partner besmet, 2 waren ex-drugsverslaafden en 1 was via bloedprodukten besmet.

Er werden 96 patiënten poliklinisch en 23 klinisch geïnterviewd. De groep bestond uit 61 AIDS-patiënten, 56 HIV-geïnfecteerde patiënten van wie 5 asymptomatisch, van 2 patiënten was onbekend of de diagnose AIDS al gesteld was. De duur van bekendheid van seropositiviteit bedroeg 32 maanden ($\pm$ 18 maanden) en de duur van diagnose AIDS 14 maanden ($\pm$ 11 maanden). Bij 45% van de AIDS-patiënten was een opportunistische infectie vastgesteld, van wie 23% een pneumocystis carinii, bij 16% van de AIDS-patiënten was een

Kaposisarcroom gediagnostiseerd en in 14% van de gevallen was er sprake van een neurologische aandoening. 33% gebruikte zidovudine of AZT, 54% gebruikte dit niet en van de resterende 13% waren geen gegevens bekend.

Psychometrie – Het psychologisch onderzoek bestond naast het afnemen van een korte psychosociale anamnese uit het afnemen van drie vragenlijsten: de Symptom Checklist (SCL-90, Arrindell en Ettema 1986), de Utrechtse Coping Lijst (UCL, Scheurs e.a. 1988) en een voor dit specifieke doel ontwikkelde lijst: de HIV Coping Lijst (HCL; Kroon e.a., in voorbereiding).

Als screeningsinstrument voor psychopathologie werd de Symptom Checklist (SCL-90) gebruikt. Deze lijst is geschikt om afgenomen te worden in klinische en poliklinische setting. Deze vragenlijst is voor de Nederlandse situatie genormeerd en gevalideerd (Arrindell en Ettema 1986). De keuze voor dit instrument werd mede bepaald door de belastbaarheid en tijdsinvestering voor de deelnemers.

De SCL-90 is een multidimensionele klachtenlijst en omvat een belangrijk deel van de klachten die men bij ambulante psychiatrische patiënten kan aantreffen. De SCL-90 is geschikt om te gebruiken als psychiatrisch screeningsinstrument. De totaalscore kan worden opgevat als een maat voor psychisch dysfunctioneren.

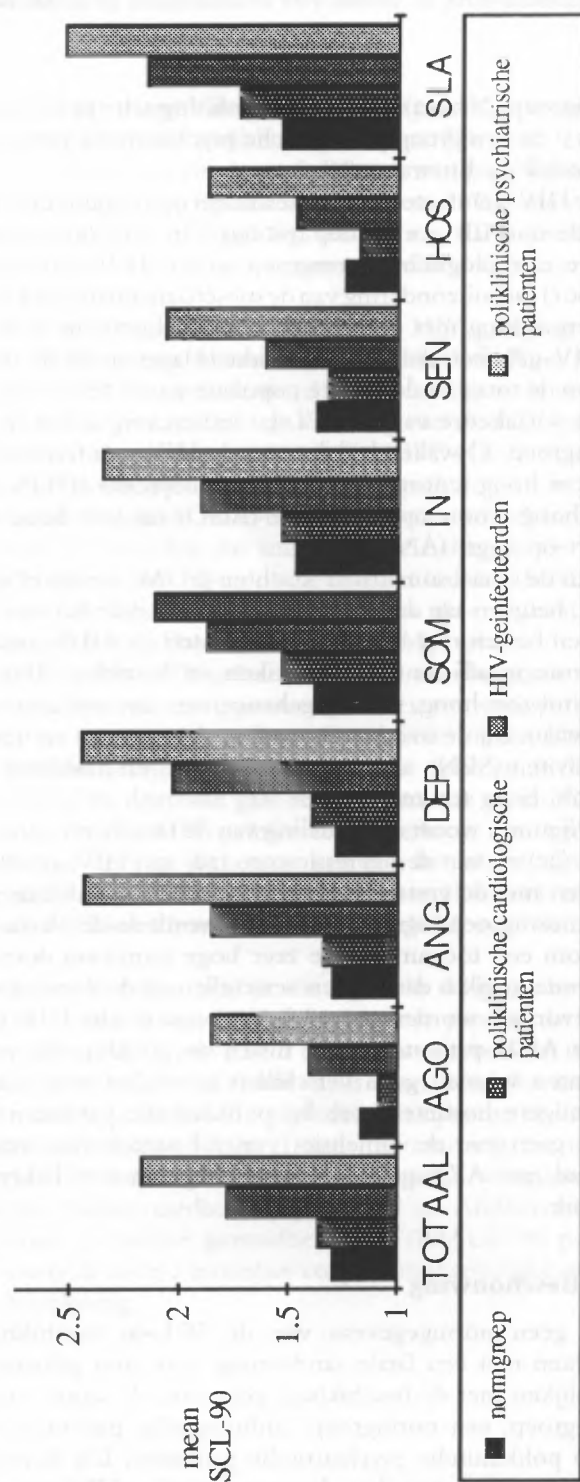
Deze lijst bevat negen dimensies: angst (ANG), agorafobie (AGO), depressie (DEP), somatische klachten (SOM), insufficiëntie van denken en handelen (IN), wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit (SEN), slaapproblemen (SLA) en hostiliteit (HOS) en de totaalscore. De resultaten van het copinggedrag (UCL, HCL) zullen elders worden gerapporteerd (Van den Boom e.a., in voorbereiding). Bovendien werd gebruik gemaakt van diagnostische bevindingen in de klinische status zoals duur van bekendheid met serostatus en AIDS, CDC-classificatie, medicatie.

Statistiek – De scores van de SCL-90 werden met behulp van een t-test (tweezijdig) vergeleken met de drie verschillende normgroepen, een normale normgroep, een groep poliklinische cardiologische patiënten en een groep opgenomen psychiatrische patiënten. De vergelijkingen binnen de groep HIV-geïnfekteerden (kliniek versus polikliniek, AIDS-patiënten versus symptomatische HIV-geïnfekteerden, AZT-gebruik versus geen-AZT-gebruik) werd eveneens met een t-test (tweezijdig) uitgevoerd.

Resultaten

De scores van de dimensies van de SCL-90 zijn voor de HIV-geïnfekteerden vergeleken met drie normpopulaties (figuur 1): een normale

Vergelijking normgroep met poliklinische cardiologische en HIV-geïnfecteerden en poliklinische psychiatrische patiënten



Figuur 1: Vergelijking normgroep met poliklinische cardiologische en HIV- geïnfecteerden en poliklinische psychiatrische patiënten

normgroep ($N=432$), een groep cardiologische poliklinische patiënten ($N=55$) en een groep poliklinische psychiatrische patiënten ($N=1044$), (Arrindell en Ettema 1986).

De HIV-geïnfekteerden scoren hoger op alle dimensies in vergelijking met de normale normgroep ($p<.001$). In vergelijking met de poliklinische cardiologische normgroep scoren HIV-geïnfekteerden hoger ($p<.001$) met uitzondering van de subschaal somatische klachten (SOM). In vergelijking met de poliklinische psychiatrische normgroep scoort de HIV-geïnfekteerde groep gemiddeld lager op alle dimensies ($p<.001$).

Van de totaal onderzochte populatie scoort 62% hoog tot zeer hoog op de totaalscore van de SCL-90 indien vergeleken met de normale normgroep. Opvallend is dat van de HIV-geïnfekteerden 77% hoog tot zeer hoog scoort op de subschaal depressie (DEP), 57% hoog tot zeer hoog scoort op agorafobie (AGO) en 56% hoog tot zeer hoog scoort op angst (ANG).

Van de schaal somatische klachten (SOM) scoort 57% hoog tot zeer hoog, hetgeen aan de verwachting voldoet daar het hier HIV-geïnfekteerden betreft met lichamelijke klachten en AIDS-patiënten. Van de dimensie insufficiëntie van denken en handelen (IN) scoort 53.4% hoog tot zeer hoog, waarbij geheugen en concentratieproblemen centraal staan. Bij de overige dimensies: wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit (SEN), slaapproblemen (SLA) en hostiliteit (HOS) scoort 49-50% hoog tot zeer hoog.

In figuur 2 wordt de verdeling van de totaalscore (2b), van de angstscore (2c) en van de depressiescore (2d) van HIV-geïnfekteerden vergeleken met de gestandaardiseerde percentielverdelingen van de normale normgroep (figuur 2a). Hieruit wordt duidelijk dat het met name gaat om een toename in de zeer hoge scores op deze dimensie.

Opmerkelijk is dat er geen verschillen op de dimensies van de SCL-90 gevonden worden tussen de symptomatische HIV-geïnfekteerden en de AIDS-patiënten. Ook tussen de poliklinische en de klinische patiënten worden geen verschillen gevonden met uitzondering van een hogere hostiliteitscore bij poliklinische patiënten ($p<.05$). Ook is op geen van de dimensies verschil aantoonbaar tussen de groep bekend met AZT-gebruik versus de groep niet bekend met AZT-gebruik.

Beschouwing

Daar geen normgegevens van de SCL-90 beschikbaar zijn voor patiënten met een fatale aandoening is er voor gekozen de scores te vergelijken met de beschikbare gegevens, de scores van een normale normgroep, een normgroep cardiologische patiënten en een normgroep poliklinische psychiatrische patiënten. Uit bovenstaande blijkt dat HIV-geïnfekteerden (symptomatische HIV-geïnfekteerden en

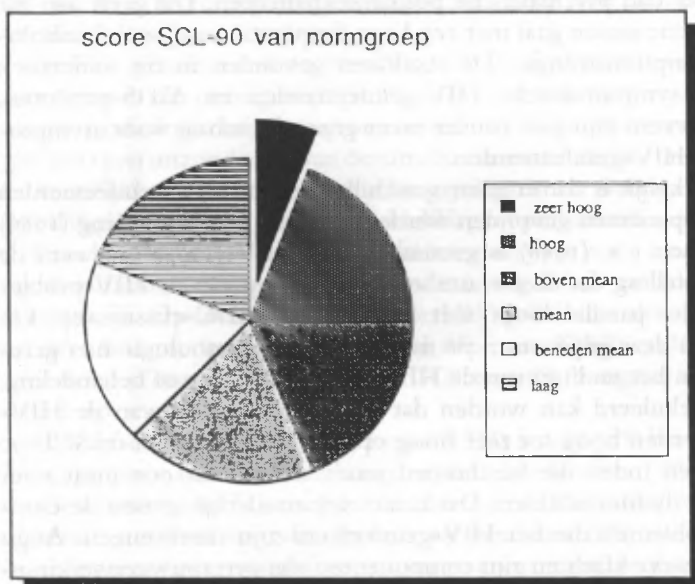
AIDS-patiënten) hoger scoren dan cardiologische polikliniekpatiënten maar lager dan psychiatrische polikliniekpatiënten. Dit geeft aan dat HIV-infectie samen gaat met een hoge frequentie van psychopathologische symptomatologie. De resultaten gevonden in dit onderzoek betreffen symptomatische HIV-geïnficeerden en AIDS-patiënten. Deze gegevens zijn niet zonder meer generaliseerbaar voor asymptomatische HIV-geïnficeerden.

Opmerkelijk is dat er geen verschillen tussen HIV-geïnficeerden en AIDS-patiënten gevonden werden, hetgeen ook door King (1989) en Atkinson e.a. (1988) is geconstateerd. Dit bevestigt nog eens de veronderstelling dat de zwaarte van de beleving van de HIV-problematiek niet parallel loopt met de klinische CDC-classificatie. Op grond van deze gegevens is de mate van psychopathologie niet gelineariseerd aan het stadium van de HIV-infectie, opname of behandeling.

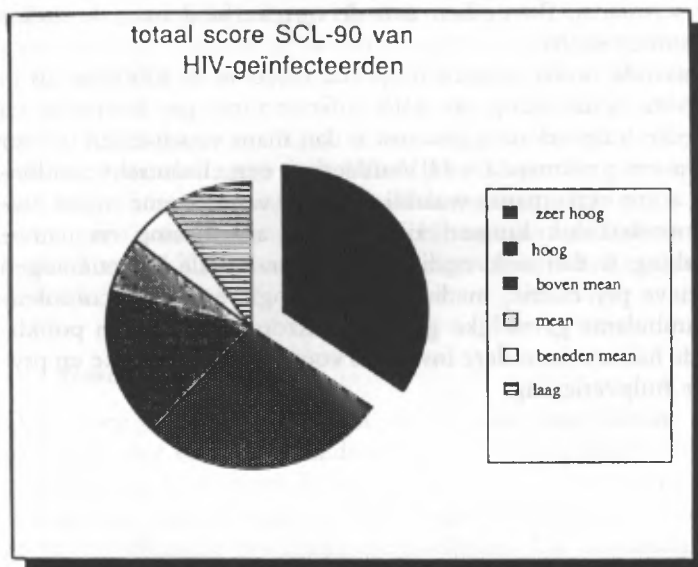
Geconcludeerd kan worden dat meer dan de helft van de HIV-geïnficeerden hoog tot zeer hoog op de totaalindex van de SCL-90 scoren, een index die beschouwd moet worden als een maat voor psychisch dysfunctioneren. Dat is niet verwonderlijk gezien de complexe problemen die het HIV-geïnficeerde zijn meebrengen. Angst en depressieve klachten zijn componenten van een rouwverwerkingsproces, horende bij vroege en late fase van een fatale ziekte. De conclusie is echter wel dat het hier om hoge scores met name op de dimensies angst, agorafobie en depressie gaat en geeft aan hoe zwaar dit verwerkingsproces voor een HIV-geïnficeerde persoon kan zijn. De hoogte van de score op deze dimensies kan ook beïnvloed zijn door de maatschappelijke en sociale consequenties voortvloeiende uit een positieve serostatus. Bovendien zou de onzekerheid over de ziekte een rol kunnen spelen.

Bovenstaande maakt waarschijnlijk dat zowel in de klinische als in de ambulante behandeling van HIV-infectie meer psychiatrische en psychosociale hulpverlening gewenst is dan thans voorhanden is voor deze groep van patiënten. De HIV-infectie is een chronische aandoening met acute exacerbaties waarbij periodes van opname in het ziekenhuis noodzakelijk kunnen zijn. Goede afstemming en nauwe samenwerking is dan ook nodig tussen intramurale voorzieningen (consultatieve psychiatrie, medische psychologie en AIDS-consulenten), de ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG en poliklinieken), de huisarts en andere instanties voor maatschappelijke en psychosociale hulpverlening.

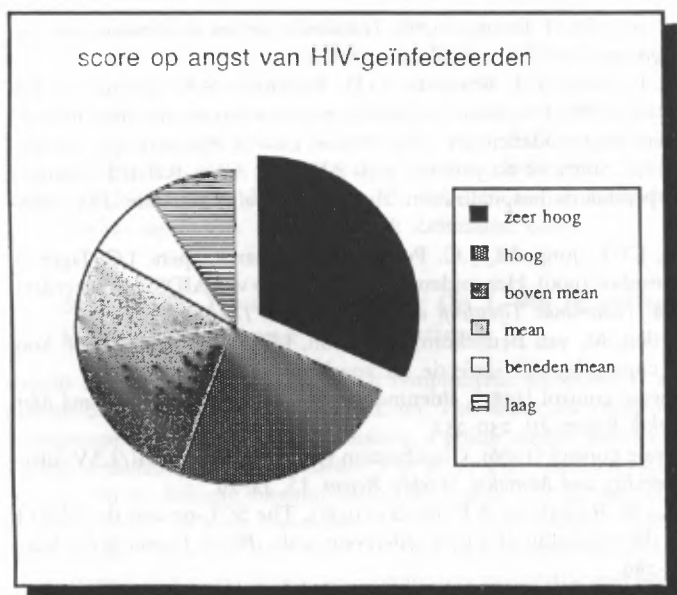
Figuur 2a: Score SCL-90 van normgroep



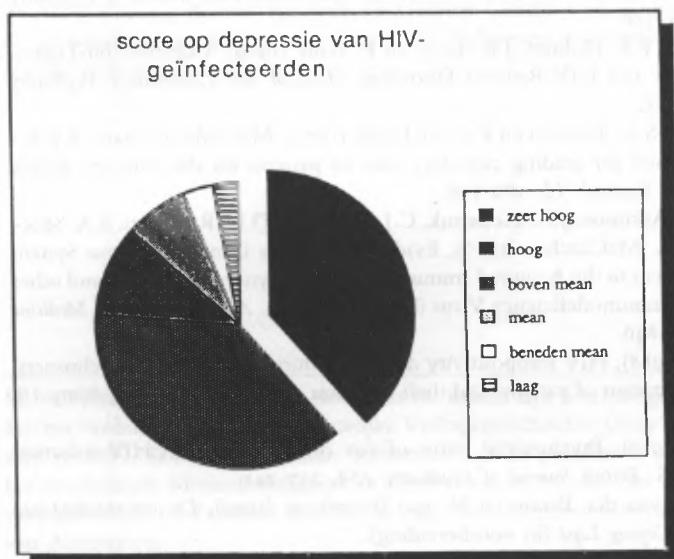
Figuur 2b: Totaalscore SCL-90 van HIV-geïnfekteerden



Figuur 2c: Score op angst van HIV-geïnfekteerden



Figuur 2d: Score op depressie van HIV-geïnfekteerden



Literatuur

- Arrindell, W.A., en J.H.M. Ettema (1986), *Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Atkinson H.J., I. Grant, C.J. Kennedy, D.D. Richman, S.A. Spector en J.A. McCutchan (1988), Prevalence of psychiatric disorders among men infected with human immunodeficiency virus. *Archives General Psychiatry*, 45, 859-863.
- Baer, J.W. (1989), Study of 60 patients with AIDS or AIDS-Related Complex requiring psychiatric hospitalization. *American Journal of Psychiatry* 146, 1285-1288.
- Bindels, P.J.E., J.T.L. Jong, M.J.J.C. Poos, A. Leentvaar-Kuipers, J.C. Jager en R.A. Coutinho (1990), Het epidemiologisch beloop van AIDS in Amsterdam, 1982-1988. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 134, 390-394.
- Boom, F. van den, M. van Beuzekom, H. Kroon, J.G. Storosum en H.N. Sno, Stress en coping bij HIV-infectie (in voorbereiding).
- Centers for disease control (1981), Pneumocystis pneumonia. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 30, 250-252.
- Centers for disease control (1986), Classification system for HTLV-III/LAV infections. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 35, 34-39.
- Derogatis, L.R., K. Richels en A.F. Rocks (1976), The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry* 128, 280-289.
- Derogatis, L.R. (1977), *SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual*. Clinical Psychometrics Research Unit, The Johns Hopkins University, Baltimore.
- Dilley, J.W., H.N. Ochiltill, M. Perl en P.A. Volberding (1985), Findings in psychiatric consultations with patients with Acquired Immune Deficiency Syndrome. *American Journal of Psychiatry* 142, 82-85.
- Faultisch, M.E. (1987), Psychiatric aspects of AIDS. *American Journal of Psychiatry* 144, 551-556.
- Fernandez, F., V.F. Holmes, J.K. Levy en P. Ruiz (1989), Consultation-Liaison Psychiatry and HIV-Related Disorders. *Hospital and Community Psychiatry* 40, 146-152.
- Folstein, M.F., S.E., Folstein en P.A. McHugh (1975), Mini-Mental State: A practical method for grading cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatric Research* 12, 189-198.
- Grant, I., J.H. Atkinson, J.R. Hesselink, C.J. Henney, D.D. Richman, S.A. Spector en J.A. McCutchan (1987), Evidence for early Central Nervous System Involvement in the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and other Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infections. *Annals of Internal Medicine* 107, 828-836.
- James, M.E. (1988), HIV seropositivity diagnosed during pregnancy: Psychosocial characterization of patients and their adaption. *General Hospital Psychiatry* 10, 309-316.
- King, M.B. (1989), Psychosocial status of 192 out-patients with HIV-infection and AIDS. *British Journal of Psychiatry* 154, 237-242.
- Kroon, H., F. van den Boom en M. van Beuzekom (1990), *De ontwikkeling van de HIV Coping Lijst* (in voorbereiding).
- Perry, W., en S. Tross (1984), Psychiatric problems of AIDS in patients at the

- New York hospital: Preliminary report. *Public Health Report* 99, 200-5.
- Robins, L.N., J.E. Helzer, J.L. Croughan, J.B.W. Williams en R.L. Spitzer (1981), *The National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule*, Version III Public Health Service (HSS), publication ADM-T-42-3 (5-81, 8-81).
- Sno, H.N., J.G. Storoosum en J.A. Swinkels (1989), Humane immunodeficiëntie virus (HIV)-infectie en de psychiater. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 31, 146-60.
- Sno, H.N., J.G. Storoosum en J.A. Swinkels (1990), AIDS en psychiatrie, jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie (in voorbereiding).
- Scheurs, P.J.G., G. van de Willenge, B. Tellegen en J.F. Brosschot (1988), *De Utrechtse coping lijst*: UCL. Swets & Zeitlinger, Lisse.

Summary: Psychopathology (SCL-90) in symptomatic HIV-infection and AIDS-patients

Results are reported of a group of 56 symptomatic seropositives and 61 AIDS-patients on the dimensions of the SCL-90. The scores are compared with three normgroups: a normal healthy population, a group cardiac ambulant patients and a group ambulant psychiatric patients. The group HIV-infected patients have higher score on the different dimensions than the healthy normgroup and the ambulant cardiac patients, but score lower than the ambulant psychiatric patients. Especially scores on the dimension depression, anxiety and agoraphobia are increased. The results suggest that more clinical and community psychiatric and psychosocial care is needed by a large group of HIV-infected people.

Dankbetuiging

Met dank aan de internisten, de AIDS-consulenten en de verpleegkundigen van de AIDS-afdeling van het Academisch Medisch Centrum voor hun bijdrage bij de verzameling van de gegevens en aan de deelnemers voor hun medewerking aan dit onderzoek.

M. van Beuzekom, F. van den Boom en H. Kroon zijn psychologen, verbonden aan het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid te Utrecht, J.G. Storoosum en H.N. Sno zijn psychiater, verbonden aan de polikliniek psychiatrie van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam en H. van Dis is psycholoog, verbonden aan de Faculteit der Psychologie van de Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 21-11-1990.