

## Humane immunodeficiëntie virus (HIV)-infectie en de psychiater

door H.N. Sno, J.G. Storosum en J.A. Swinkels

### Samenvatting

Een HIV-infectie kan gecompliceerd worden door zowel psychogene als organische psychiatrische verschijnselen. Diagnostiek en behandeling worden besproken. Specifieke of tot nu toe onbekende psychiatrische syndromen doen zich niet voor.

Bij 32 klinische patiënten met een HIV-infectie werd een psychiatrisch consult aangevraagd. In de groep van 24 patiënten waarbij de diagnose AIDS reeds was gesteld, waren de meest voorkomende DSM-III-diagnoses delirium ( $n=6$ ), aanpassingsstoornis met depressieve en/of angstige stemming ( $n=4$ ), dementie ( $n=4$ ) en depressie i.e.z. ( $n=3$ ). De behandeling is niet anders dan de behandeling van soortgelijke psychiatrische verschijnselen bij andere aandoeningen. Noodzakelijk is wel enige specifieke kennis over de meest recente ontwikkelingen betreffende de HIV-infectie, het besmettingsgevaar en over de problematiek van homoseksualiteit en drugsverslaving.

### Inleiding

De diagnose AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) werd in 1982 voor het eerst in Nederland gesteld (Prummel e.a. 1983). Tot 1 januari 1988 werden 420 patiënten met AIDS gemeld; medio 1988 waren er 487 (mededeling Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid). Hiervan is omstreeks de helft reeds overleden. De eerste berichten vanuit de Verenigde Staten over deze verworven stoornis van het afweersysteem dateren van eind 1981. Op dit ogenblik zijn er in de Verenigde Staten reeds meer dan 55.000 AIDS-patiënten (CDC 1988).

Als etiologisch agens werd een lymfotroop en neurotroop retrovirus geïdentificeerd: het Humane Immunodeficiëntie Virus (HIV). Transmissie van dit virus bleek met name te geschieden via onbeschermd anaal of vaginaal seksueel contact (in het bijzonder met wisselende of anonieme partners), gemeenschappelijk naaldgebruik, bloedtransfusies en perinatale contaminatie.

Naast AIDS kan een HIV-infectie een aantal, achtereenvolgens in ernst toenemende, klinische syndromen veroorzaken (CDC 1986):

een asymptomatische infectie, een acute infectie, een persisterende gegeneraliseerde lymfadenopathie (PGL) en het AIDS-Related Complex (ARC) (zie tabel 1).

Voor 1 september 1987 kon de diagnose AIDS volgens de criteria van de Centers of Disease Control (CDC) in Atlanta pas gesteld worden wanneer de patiënt behoorde tot groep IV C-1 en/of IV D. Nadien zijn de criteria enigszins gewijzigd en nader gespecificeerd. Zo behoort het AIDS dementie complex (IV B) nu ook tot de diagnose AIDS. In de klinische indeling in 4 groepen is echter geen verandering aangebracht (CDC 1987; Danner 1988).

Tabel 1: Classificatiesysteem voor HIV-infecties

Groep I	acute infectie
Groep II	asymptomatische infectie
Groep III	persisterende gegeneraliseerde lymfadenopathie (PGL)
Groep IV	andere ziekten:
subgroep A:	Algemene ziekteverschijnselen (ARC)
B:	Neurologische ziekteverschijnselen
C-1:	Opportunistische infecties passend bij de 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

Centers of Disease Control, 1986

De mortaliteit van een HIV-infectie is hoog: 15 maanden nadat de diagnose AIDS is gesteld, is de verwachte overlevingskans 15% (Danner e.a. 1987). Tot op heden is er geen curatieve therapie. Het effect van het antivirale geneesmiddel azidothymidine (AZT, Retrovir<sup>R</sup>) is helaas slechts tijdelijk.

Een HIV-infectie kan gepaard gaan met psychogene en organisch-psychiatrische complicaties. In dit artikel zal worden ingegaan op de diagnostiek en de behandeling. Vervolgens zal een overzicht worden gegeven van de bevindingen bij 32 patiënten, die in de periode van 1983 tot en met 1987 werden behandeld in het Academisch Medisch Centrum (AMC) te Amsterdam. Na een korte beschouwing volgen in de conclusie enige algemene opmerkingen over de psychiatrische diagnostiek en behandeling.

### Psychogene psychiatrische complicaties

In de diverse onderzoeken varieert de incidentie van psychogene psychiatrische complicaties van 30% tot 82.7% (Perry e.a. 1984; Wolcott 1986; Tross e.a. 1987). De complicaties die het meest voorkomen zijn: ontkenning, angstverschijnselen, hypochondrische preoccupaties, psychotische stoornissen, boosheid, depressieve stemmingsstoornis-

sen, suïcidaliteit en dwangverschijnselen (Bellmont e.a. 1986; Perry e.a. 1986a).

Uiteraard zijn de psychogene verschijnselen niet altijd pathologisch. Gedeeltelijk zijn het reacties passend bij het rouwproces zoals uitvoerig beschreven bij patiënten met een terminale ziekte (Kübler-Ross 1969; Dilley e.a. 1985). Bij patiënten met een HIV-infectie kan de ontkenning zich uiten als het verzoeken om een 'second opinion' of een nieuwe HIV-antistoftest of als de overtuiging te kunnen genezen door een streng dieet of een Spartaanse levenswijze. Ontkenning kan tevens leiden tot 'non-compliance', waarbij patiënten weigeren zich adequaat te laten behandelen of gepaste maatregelen te nemen (Bellmont e.a. 1986; Weisman e.a. 1987).

Wanneer de ontkenning niet langer toereikend is om de werkelijkheid aan de zelfwaarneming te onttrekken kunnen angstverschijnselen manifest worden. Naast angst als een normale reactie treden soms angststoornissen op, zoals een algemene angststoornis en een paniekstoornis (Holland e.a. 1985; Wolcott e.a. 1985). De angst kan samenhangen met de angst dood te gaan, in de steek gelaten te worden of voor fysieke en intellectuele aftakeling. Zichtbare huidlaesies van het Kaposisarcroom of een verminderde visus als gevolg van een cytomegalie virus (CMV)-retinitis kunnen de angst voor fysieke aftakeling doen toenemen. De angst voor fysieke aftakeling kan leiden tot hypochondrische preoccupaties. De overeenkomsten van de begeleidingsverschijnselen bij angst met de bij een HIV-infectie voorkomende symptomen kunnen de hypochondrische preoccupaties nog versterken. De angst kan zo hoog oplopen dat de realiteit uit het oog wordt verloren en psychotische decompensaties optreden. Beschreven zijn onder andere schizofreniforme stoornissen, acute paranoïde stoornissen, kortduurende psychotische reacties en manische episoden (Perry e.a. 1986a; Kermani e.a. 1985; Gabel e.a. 1986). Overigens blijken deze psychotische reacties niet zelden een prodroom te zijn van een organisch hersensyndroom (Wolcott e.a. 1985; Perry e.a. 1986a; Halstead e.a. 1987; Thomas e.a. 1987; Volkow e.a. 1987).

Het verwerken van ongeneeslijk ziek te zijn kan voorts gepaard gaan met al of niet manifeste boosheid. Deze boosheid kan samenhangen met gevoelens van machteloosheid, onzekerheid over etiologie, beloop en behandeling en met de gedwongen verandering van levensstijl, waaraan soms een belangrijk deel van de identiteit wordt ontleend (Holland e.a. 1985; Dilley e.a. 1985).

De boosheid kan onder andere gericht zijn op de omgeving en de handelende artsen. Partners en familieleden kunnen overstelpt worden met verwijten. Soms kunnen er dusdanige conflicten ontstaan dat de omgeving zich van de patiënt afkeert, hetgeen de angst in de steek gelaten te worden in de hand kan werken. Wanneer de arts het lijdend voorwerp van de boosheid is, kan de werkrelatie verstoord raken. De boosheid kan zich uiten als twijfelen aan de competentie van de arts en verwijten over het gevoerde beleid.

Het niet kunnen uiten van boosheid, vaak samenhangend met een persoonlijkheidsstoornis, kan leiden tot depressiviteit. Depressiviteit kan overgaan in een depressieve stemmingsstoornis, gepaard gaande met zelfdeprecieatie en schuldgevoelens, die versterkt worden door schaamte over het besmet hebben van anderen, over homoseksualiteit ('coming-out'), over de levenswijze of over i.v.-druggebruik. Meestal betreft het een aanpassingsstoornis met depressieve kenmerken, soms een depressie IEZ en zelden een dysthyme stoornis (Dilley e.a. 1985; Tross e.a. 1987).

De diagnose depressie IEZ blijkt vaak moeilijk te stellen, aangezien symptomen zoals anhedonie, apathie, vermoeidheid, gewichtsverlies en slaapstoornissen, zowel een uiting van een depressie IEZ, alsook het gevolg kunnen zijn van opportunistische infecties of maligne aandoeningen (Detmer e.a. 1986).

De sociale teruggetrokkenheid, passend bij een depressieve stemmingsstoornis, kan in de hand gewerkt worden door het gedwongen verlies van werk en verandering van levensstijl, boosheid van de patiënt of de afwerende reacties van de omgeving. Bij laatstgenoemde reacties kunnen vooroordelen omtrent homoseksualiteit en drugsgebruikers, en een (ir)rationele angst voor besmetting een rol spelen (Wolcott e.a. 1985). Bovendien zullen patiënten de gelegenheid om contacten te leggen niet zelden verliezen door het noodgedwongen opgeven van hun baan en veranderen van levensstijl. Een depressieve stemmingsstoornis kan gepaard gaan met suïcidale gedachten of suïcidepogingen. De suïcidaliteit kan ook samenhangen met persoonlijkheids-, angst- of psychotische stoornissen of met een delier. Suïcidaliteit kan echter ook gebaseerd zijn op balansoverwegingen en een bewuste keuze zijn voor een zachte dood. Aanvankelijk werd gemeend dat het suïciderisico laag zou zijn en suïcidepogingen zeldzaam (Holland e.a. 1985). Er zijn inmiddels echter aanwijzingen dat het aantal tentamina suïcidii toeneemt (Perry e.a. 1986b). Met name patiënten die het overlijden van een vriend of kennis aan AIDS hebben meegeemaakt, zouden eerder geneigd zijn tot suïcide. Naar verluidt schijnt onder AIDS-patiënten in de Verenigde Staten een zogenaamde 'Good-bye Party', beginnend met een bezoek van familie en vrienden en eindigend met suïcide van de patiënt, een bekend verschijnsel te zijn (Baer e.a. 1987a).

Een depressieve stemmingsstoornis kan, evenals een angststoornis, gepaard gaan met piekeren, hetgeen soms een dwangmatig karakter kan aannemen. Dit dwangmatige piekeren kan ook een uiting zijn van een op zichzelf staand obsessief-compulsieve stoornis. Dwanghandelingen kunnen zich uiten als het uren of dagen achtereen controleren van het eigen lichaam op de aanwezigheid van kleine huidlaesies (Miller 1986a). Dwanggedachten kunnen patiënten hebben over de dood of zij kunnen zich onophoudelijk proberen te herinneren wie hen geïnfecteerd of wie zij zelf besmet zouden kunnen hebben (Green 1986).

Alhoewel de bovenbeschreven verschijnselen zeker niet zeldzaam zijn, loopt niet iedere patiënt vast in psychiatrische pathologie. Vele patiënten berusten na een emotionele periode in het onvermijdelijke einde en zijn in staat voorbereidingen te treffen voor hun overlijden en begrafenis, een testament te laten opmaken en afscheid te nemen van de belangrijkste personen in hun omgeving (Forstein 1984).

De behandeling van de psychogeen psychiatrische verschijnselen omvat in het algemeen steunende psychotherapeutische en sociale maatregelen: begeleiding van de patiënt en zijn naaste omgeving, geruststellen, adviseren ('safe-sex') en uitleg en informatie geven (b.v. over de Schorerstichting en het 'buddies'-project). Zo nodig kan de behandeling medicamenteus worden ondersteund. Zolang een adequate behandeling en begeleiding niet wordt belemmerd, is geïndiceerd de ontkenning zoveel mogelijk te respecteren (Nichols 1986).

Bij matig ernstige en ernstige depressies is het aan te bevelen de behandeling aan te vullen met antidepressiva. Hoewel omstreden (Hall 1985; 1987) en niet eenduidig, zijn er aanwijzingen dat depressiviteit een versturende invloed op het immuunapparaat kan hebben (Calabresse 1987). Naast het evidente belang voor de kwaliteit van het leven, krijgt een behandeling van ernstige depressiviteit, met name vanwege de toch al bestaande stoornissen van het immuunapparaat, hiermee een extra dimensie (Fenton 1987). Een dilemma bij de behandeling van suïcidaliteit is onder andere de vraag hoever gegaan moet worden om een suïcide van een ongeneeslijke zieke te voorkomen.

### Organisch-psychiatrische complicaties

Uit diverse onderzoeken is naar voren gekomen dat een HIV-infectie vaak gecompliceerd wordt door neurologische en organisch-psychiatrische symptomen (Snider e.a. 1983; Perry e.a. 1984; Holland e.a. 1985). De gemelde incidentie varieert van 31.3% tot 65.4%. De meest voorkomende organisch-psychiatrische complicaties zijn dementie en een delirium. Zeldzamer zijn het organisch-affectief syndroom en de organische persoonlijkheidsverandering (Nurnberg e.a. 1984; Wolcott e.a. 1985; Baer e.a. 1987a). Nu volgend zal nader worden ingegaan op het AIDS-dementiecomplex en het delirium.

*Het AIDS-dementie complex (ADC).* Alhoewel het ADC zich gewoonlijk ontwikkelt maanden nadat de diagnose AIDS is gesteld kan het ook het eerste en lange tijd het enige verschijnsel zijn van de HIV-infectie (Navia e.a. 1987). Neuropsychologisch onderzoek geeft het beeld te zien van een zogenaamde 'subcorticale dementie' (Albert e.a. 1974). Klinisch wordt het ADC gekenmerkt door cognitieve stoornissen, gedragsveranderingen en motorische verschijnselen. Vergeetachtigheid en concentratiestoornissen zijn daarbij vroege symptomen en worden gevolgd door vertraging in het denken, apathie en sociale te-

ruggetrokkenheid. De motorische verschijnselen bestaan uit evenwichtsstoornissen en krachtsverlies in de benen. In het verloop van weken tot maanden ontstaat er een ernstige dementie met mutisme, paraplegie, incontinentie en tremoren (Navia e.a. 1986a; Price e.a. 1986) (zie tabel 2).

Bij neuropathologisch onderzoek worden de belangrijkste afwijkingen gevonden in de witte stof van de hersenen met een relatief sparen van de cortex: demyelinisatie, vacuolisatie en reactieve gliosis, perivasculaire lymfocytinfiltratie, makrofagen en multinucleaire reuscellen (Navia e.a. 1986b). Het stellen van de diagnose dementie bij een patiënt met een HIV-infectie is niet altijd eenvoudig. Door het sluipende en specifieke karakter van de beginsymptomen, is het vaak niet mogelijk de organische en psychogene verschijnselen te differentiëren (Loewenstein 1984; Perry e.a. 1986a).

Tabel 2: Klinische aspecten van het AIDS Dementia Complex (ADC) (Price e.a. 1986)

---

*algemene kenmerken:*

'subcorticale dementie' met diffuse cognitieve deficiëntie, vertraagde psychomotoriek, motorische en gedragsstoornissen.

*symptomen:*

cognitief: verminderde concentratie, vergeetachtigheid, traagheid.

motoriek: evenwichtsstoornissen, onhandigheid, paraparese.

gedrag: apathie, verminderde spontaniteit, sociale teruggetrokkenheid.

*bevindingen bij onderzoek:*

psyche: verminderde aandacht, vertraagde psychomotoriek, verminderd vermogen om complexe handelingen uit te voeren → ernstige dementie, mutisme.

motoriek: dysdiadochokinese, ataxie, tremor → hypertonie, parese (benen > armen), incontinentie, myoclonieën.

*neuropsychologisch onderzoek:*

stoornis van sequentieel-alternierend oplossend gedrag en van het voltooien van complexe reeksen, vertraagde controle van de fijne motoriek en reductie van het categoriegebonden woordopnoemen.

*CT-scan/MRI:*

cerebrale atrofie:

verwijde sulci en/of ventrikels (CT).

afwijkingen in de witte stof:

focaal: vlekkerige verhoogde signaalintensiteit op T2 gewogen afbeeldingen (MRI).

diffuus: hypodensiteiten (CT); grotere gebieden met verhoogde signaalintensiteit op T2 gewogen afbeeldingen (MRI).

*liquor cerebrospinalis:*

routine: verhoogd eiwitgehalte, pleiocytose, oligoclonale banden.

locale synthese van anti-HIV IgG en bij virusisolatie: HIV.

---

Het psychiatrisch behandelbeleid bij het ADC is niet anders dan gebruikelijk bij dementering in het kader van een ongeneeslijke aandoening. Wanneer de dementie gepaard gaat met ernstige depressiviteit, apathie of lethargie kunnen antidepressiva en eventueel dextroamfetamine worden overwogen (Forstein 1984; Perry e.a. 1986b). Of het beloop van het ADC gunstig beïnvloed wordt door vroegtijdige behandeling met azidothimidine (AZT, Retrovir<sup>R</sup>) staat nog ter discussie (Yarchoan e.a. 1987; Gans e.a. 1988).

*Het delirium bij een HIV-infectie.* In het algemeen ziekenhuis is het delirium een van de meest voorkomende en vaak gemiste psychiatrische ziektebeelden (Trzepacz e.a. 1985; Lipowski 1986). De oorzaken en het klinisch beeld van het delirium zijn door Van der Mast e.a. (1988) onlangs uitvoerig beschreven. Het delirium bij een HIV-infectie gaat niet gepaard met specifiek voor de aandoening zijnde verschijnselen. Bij een patiënt met een HIV-infectie kan een delirium berusten op primaire en secundaire cerebrale stoornissen (zie tabel 3).

Tabel 3: Oorzaak van een delirium bij een HIV-infectie

*Bijwerking geneesmiddelen:* (Anonymus 1981)

amfotericine B, ketamine hydrochloride, trimethoprim/sulfa vincristine-sulfaat, isoniazide, aciclovir, interferon, benzodiazepines, anticholinergica

*Intoxicaties en onttrekkingsreacties:*

alcohol, drugs (barbituraten, opiumderivaten)

*Voedingsstoornissen:*

deficiënties van vitamine B1, B12, nicotinezuur, foliumzuur

*Metabole stoornissen:*

leverinsufficiëntie (b.v. na hepatitis B)  
electrolytenstoornis (b.v. bij diarree, inappropriate ADH)  
cerebrale hypoxie (b.v. bij pneumonie)

*(Opportunistische) infecties:*

pneumonie: pneumocystis carinii (PCP), cytomegalie virus  
meningo-encefalitis: cryptococcus neoformans, herpes simplex  
toxoplasma gondii, cytomegalievirus  
humane immunodeficiëntie virus (HIV)

*Intracraniele ruimte-innemende processen:*

maligne lymfomen, hersenabcessen, toxoplasma abces

*Cerebrovasculaire stoornissen:*

hypotensie, haematoom a.g.v. trombocytopenie (AITP)

*Epilepsie:*

intracraniele ruimte-innemend proces, meningo-encefalitis, encefalomalaciahaard

Van azidothimidine (AZT, Retrovir<sup>R</sup>) zijn bij hogere dosering dan aanbevolen, bijwerkingen gemeld, die ook kunnen passen bij een delirium: opwinding, rusteloosheid en slapeloosheid (Offerhaus 1987).

De behandeling van een delirium bij patiënten met een HIV-infectie is niet anders dan de gebruikelijke therapeutische maatregelen bij delieren (vgl. v.d. Mast e.a. 1988). In het algemeen zijn lagere doses neurolepticum aangewezen aangezien bijwerkingen, zoals orthostatische hypotensie, sedatie en extrapiramidale stoornissen, ernstiger blijken te zijn (Wolcott e.a. 1985; Perry e.a. 1986a; Fenton 1987). Bij een krabende of bijtende delirante patiënt is uiteraard nog meer dan gewoonlijk voorzichtigheid geboden. Overigens is een besmetting als gevolg van de behandeling van een patiënt met een door psychiatrische verschijnselen gecompliceerde HIV-infectie nog nooit gemeld. Onder de tot nu toe bekende medewerkers in de gezondheidszorg die besmet zijn als gevolg van hun beroep (prikaccidenten, bloed-bloed- en bloed-slijmvliescontacten) waren althans geen psychiaters of psychiatrisch verpleegkundigen (CDC 1988).

### Methode

Het Academisch Medisch Centrum (AMC) is gelegen aan de rand van Amsterdam en omvat, naast de medische faculteit van de Universiteit van Amsterdam, het Academisch Ziekenhuis met een totale capaciteit van 950 bedden. De psychiatrische consulten worden verricht door een staf-psychiater, nadat de behandelend arts hier telefonisch om heeft verzocht. Sinds 1 juni 1987 is speciaal ten behoeve van consulten bij patiënten met een HIV-infectie een psychiater half-time aangesteld.

Vanaf 1986 is bij de diagnostiek systematisch de DSM-III (APA 1980) gehanteerd. De voordien gestelde diagnoses zijn op grond van de op het consultformulier vermelde gegevens in DSM-III termen geformuleerd.

### Resultaten

Omstreeks tweederde van alle patiënten met AIDS in Nederland werd behandeld in het AMC (Danner e.a. 1987).

Van 1983 tot en met 1987 werd bij 32 opgenomen patiënten met een HIV-infectie een psychiatrisch consult gevraagd (poliklinische con-

Tabel 4

HIV	1983	1984	1985	1986	1987	totaal
AIDS	5	2	2	6	9	24
ARC	0	0	0	1	2	3
seropos	0	0	0	1	2	3
seroneg	0	0	0	0	2	2
totaal	5	2	2	8	15	32



sulten blijven hier buiten beschouwing). Uitgaande van 280 patiënten (2/3 van 420) betekent dit een consultpercentage 11.4%. In de meeste gevallen ( $n=24$ ) betrof het patiënten bij wie de diagnose AIDS reeds was gesteld (zie tabel 4).

De leeftijd varieerde van 24 tot 62 jaar (zie tabel 5). De leeftijdsgroep 30-39 jaar is de grootste groep met 14 (43.8%). De gemiddelde leeftijd 38.8 jaar (SD: 9 jaar).

Tabel 5

leeftijd	AIDS	ARC	seropos	seroneg	totaal
0-19 jaar	0	0	0	0	0
20-29 jaar	2	2	0	1	5
30-39 jaar	12	0	1	1	14
40-49 jaar	7	0	2	0	9
50-59 jaar	2	0	0	0	2
60-64 jaar	1	1	0	0	2
totaal	24	3	3	2	32

Het merendeel ( $n=29$ ) werd gevormd door homoseksuele mannen. Eenmaal betrof het een gehuwde biseksuele man, eenmaal een drukgebruikster met ARC en eenmaal een seropositieve druggebruiker. Twee patiënten bleken seronegatief: één patiënt beweerde elders seropositief te zijn bevonden en een homoseksuele man zonder symptomen vroeg om een test uit angst AIDS te hebben.

De meest voorkomende redenen voor een consultaanvraag waren: begeleiding bij de verwerking van de ziekte, evaluatie van de depressiviteit en behandeling van een delier (zie tabel 6).

Tabel 6

Reden v. consult	AIDS	ARC	seropos	seroneg	totaal
begeleiding	10	0	0	1	11
behandeling delier	4	1	0	0	5
dd. depressie-dementie	3	0	0	0	3
evaluatie depressiviteit	5	1	1	0	7
evaluatie suïcidaliteit	1	1	1	0	3
gedragsstoornissen	0	0	1	0	1
psychiat. diagnostiek	1	0	0	1	2
totaal	24	3	3	2	32

Met de vraag om begeleiding werd bedoeld: psychiatrische hulp en steun aan patiënten met ernstige problemen met het verwerken van de ziekte. Bij de differentiaal diagnose (dd.) depressie-dementie ging het om patiënten met een op de voorgrond staande dementie, waarbij een depressieve component werd verondersteld. In de groep van 24 patiënten bij wie de diagnose AIDS reeds was gesteld werd door de psychiater bij 7 (29.2%) patiënten een stemmingsstoornis, dat wil zeggen

een depressie IEZ of een aanpassingsstoornis met depressieve of angstige stemming, geconstateerd en bij 3 (12.5%) een kortdurende reactieve psychose. Eenmaal (4%) werd een atypische psychose gediagnostiseerd. In totaal werd dus bij 11 (45.8%) een psychogene complicatie verondersteld, waarbij overigens vaak een organische component niet met zekerheid uit te sluiten was. Eveneens bij 11 (45.8%) patiënten werd een organisch hersensyndroom vastgesteld, waarbij het 6 (25%) patiënten met een delier betrof, 4 (16.7%) dementerende patiënten en een (4%) patiënt met een organisch affectief syndroom (zie tabel 7). Bij geen van de patiënten met een affectieve stoornis was sprake van manifeste suicidaliteit.

Tabel 7

Diagnose (DSM-III)	AIDS	ARC	seropos	seroneg	totaal
aanpassingsst. depr/angst	4	1	0	0	5
atypische psychose	1	0	1	0	2
chron nageb st lich sympt	0	0	0	1	1
delier	6	1	0	0	7
dementie	4	0	0	0	4
depressie IEZ	3	1	1	0	5
org affectief syndroom	1	0	0	0	1
kortd reactieve psychose	3	0	0	0	3
paniekstoornis	0	0	1	0	1
uitgestelde as I diagnose	1	0	0	0	1
geen as I diagnose	1	0	0	1	2
<b>totaal</b>	<b>24</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>32</b>

### Beschouwing

De toename van het aantal consulten in 1986 en 1987 is niet alleen het gevolg van het toegenomen aantal patiënten, maar hangt ook samen met het in gebruik nemen van een speciale AIDS-afdeling en het regelmatig bijwonen van een psychiater van de wekelijkse bespreking van het multidisciplinaire AIDS-behandelteam. De meeste patiënten behoorden tot de leeftijdsgroep 30-39 jaar, hetgeen overeenstemt met de leeftijdsverdeling van alle tot nu toe geregistreerde AIDS-patiënten in Nederland (Bijkerk 1988). Dat de groep van 24 patiënten met AIDS louter bestond uit homo/biseksuele mannen is een weerspiegeling van het feit dat in Nederland de diagnose AIDS voornamelijk wordt gesteld bij homo/biseksuele mannen (85-90%), terwijl intraveneuze drugsgebruikers in Nederland 3% van alle patiënten met AIDS vormen (Houweling e.a. 1987; Bijkerk 1988).

Een van de patiënten die was opgenomen met klachten bij seropositiviteit bleek seronegatief. De psychiatrische diagnose luidde: een nagebootste stoornis met lichamelijke symptomen (Münchhausensyndroom). In het kader van een HIV-infectie zijn van dit beeld voor zover

bekend 3 gevallen beschreven (Miller e.a. 1986; Baer 1987b). Een andere uiteindelijk seronegatieve patiënt was bang AIDS te hebben en had daarom verzocht om een AIDS-test. Hij behoorde tot de groep van de zogenaamde 'worried well' (Miller 1986b). Er zijn aanwijzingen dat de angst voor AIDS ook steeds vaker een rol zal gaan spelen bij psychotische decompensaties of in het waansysteem van chronische patiënten (Lippert 1986; Lawlor e.a. 1987).

De redenen voor consultaanvraag aan de psychiater bij patiënten met een HIV-infectie in het AMC komen vrijwel overeen met de door Dilley e.a. (1985) vermelde redenen voor een consult. De procentuele verdeling van de in het AMC gestelde psychiatrische diagnoses bij AIDS-patiënten, waarbij een consult werd gevraagd aan de psychiater, verschilt enigszins van de bevindingen van Perry e.a. (1984) en Dilley e.a. (1985). Overeenkomend is het relatief frequent vaststellen van een stemmingsstoornis en van een organisch hersensyndroom.

Over de incidentie van psychiatrische stoornissen bij patiënten met een HIV-infectie is op grond van de bevindingen van de consultatieve psychiater in het AMC niet veel te zeggen. Aangenomen mag worden dat de psychiater lang niet bij elke patiënt met mogelijk psychiatrische complicaties, in consult werd gevraagd. Opmerkelijk is de ongeschijnlijke ondergeschikte rol van suicidaliteit. De suicidaliteit bij patiënten met een acute exacerbatie van een HIV-infectie zijn doorgaans moeilijk in te schatten omdat eventuele suïcidale ideaties gemaskeerd kunnen worden door de lichamelijke symptomen.

## Conclusie

De psychiatrische complicaties bij een HIV-infectie omvatten geen specifieke of tot nu toe onbekende syndromen. De diagnostiek vergt dan ook geen speciale opleiding. Wel is enige specifieke kennis noodzakelijk omtrent de meest recente ontwikkelingen betreffende de HIV-infectie, het besmettingsgevaar en over de problematiek van homoseksualiteit en drugsverslaving.

De behandeling verschilt niet van de behandeling van dergelijke verschijnselen bij niet met HIV-geïnfecteerde patiënten. Er zijn echter wel enkele mogelijke complicerende factoren, zoals (ir)rationele angst voor besmetting, neurotische conflicten omtrent homoseksualiteit ('homophobia'), vooroordelen over i.v.-drugsgebruikers, angst voor de infauste prognose en de relatief jonge leeftijd van patiënten. Deze factoren kunnen leiden tot overmatige betrokkenheid of juist vermijdingsreacties (Holland e.a. 1985; Douglas e.a. 1985; Cummings e.a. 1985). Een HIV-infectie is een chronische aandoening met acute exacerbaties. Een belangrijk deel van de tijd nadat de infectie heeft plaatsgevonden zal de patiënt zich dan ook buiten het ziekenhuis bevinden. Regelmatig overleg en een nauwe samenwerking met de ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG, poliklinieken, vrijgevestigde

psychiaters), de huisarts en instanties voor maatschappelijke en psychosociale hulpverlening (b.v. de Schorerstichting) zijn dan ook van wezenlijk belang. De psychiatrische behandeling van een klinische patiënt dient bij voorkeur plaats te vinden op een somatische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Een nauwe samenwerking met internist, neuroloog en neuropsycholoog is hierbij essentieel. Overplaatsing naar een psychiatrische afdeling is aangewezen wanneer het gedrag van de patiënt voor zichzelf of de afdeling onhoudbaar is geworden.

Met dank aan J.K.M. Eeftinck Schattenkerk, internist, en J. de Gans, neuroloog, voor hun adviezen.

### Literatuur

- Albert, M.L., R.G. Feldman en A.L. Willis (1974), The 'subcortical' dementia of progressive supranuclear palsy. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 37, 121-130.
- American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Anonymus (1981), Drugs that cause psychiatric symptoms. *Medical Letter on Drugs and Therapeutics*, 23, 9-12.
- Baer, J.W., J.M. Hall, K. Holm en S. Lewitter-Koehler (1987a), Challenges in developing an inpatient psychiatric program for patients with AIDS and ARC. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 1299-1303.
- Baer, J.W. (1987b), Case report: Münchenhausen's/AIDS. *General Hospital Psychiatry*, 9, 75-76.
- Bellmont, M., J. Mantell, H. Spivak en H.J. Weisman (1986), Neurologic and psychiatric behaviour problems associated with AIDS: Study of hospitalized patients. International conference on AIDS, Parijs, 23-25 juni. Citaat: D. Miller (1987), HIV-counseling: some practical problems and issues. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 80, 278-281.
- Bijkerk, H. (1988), AIDS 1982-1987. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 132, 878-880.
- Calabrese, J.R., M.A. Kling en P.W. Gold (1987), Alterations in immunodeficiency during stress, bereavement, and depression: focus on neuroendocrine regulation. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1123-1134.
- Centers for Disease Control (1986), Classification system for HTLV-III/LAV infections. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 35, 34-339.
- Centers for Disease Control (1987), Revision of the CDC surveillance case definition for AIDS. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 36, suppl. no 1S.
- Centers for Disease Control (1988), Update: AIDS and HIV-infection among health care workers. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 15, 229-239.
- Cummings, M.A., M. Rapaport en K.L. Cummings (1985), A psychiatric staff response to AIDS (letter). *American Journal of Psychiatry*, 142, 523.
- Danner, S.A., J.K.M. Eeftinck Schattenkerk, J.M.A. Lange, R.P. van Steenwijk, J. de Gans en T.R.A. Meinardi (1987), Ziekteverschijnselen en klinisch beeld bij de eerste honderd patiënten met AIDS. *Nederlands Tijdschrift*

- voor *Geneeskunde*, 131, 1474-1479.
- Danner, S.A. (1988), Gewijzigde criteria voor de diagnose AIDS. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 132, 806-807.
- Detmer, W.M., en F.G. Lu (1986), Neuropsychiatric complications of AIDS: a literature review. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 16, 21-29.
- Dilley, J.W., H.N. Ochitill, M. Perl en P.A. Volberding (1985), Findings in psychiatric consultations with patients with AIDS. *American Journal of Psychiatry*, 142, 82-86.
- Douglas, C.J., C.M. Kalman en T.P. Kalman (1985), Homophobia among physicians and nurses: an empirical study. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 1309-1311.
- Fenton, T.W. (1987), AIDS-related psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 151, 579-588.
- Forstein, M. (1984), The psychosocial impact of AIDS. *Seminars in Oncology*, 11, 77-82.
- Gabel, R.H., N. Barnard, M. Norko en R.A. O'Connell (1986), AIDS presenting as mania. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 251-254.
- Gans, J. de, J.M.A. de Lange, M.M.A. Derix, F. de Wolf, J.K.M. Eeftinck Schattenkerk, S.A. Danner, B.W. Ongerboer de Visser, P. Cload en J. Goudsmit (1988), Decline of HIV-antigen levels in cerebrospinal fluid during treatment with low-dose zidovudine. *AIDS*, 2, 37-40.
- Green, J. (1986), Counseling HTLV-III seropositives. In: D. Miller, J. Weber en J. Green (red.). *The Management of AIDS-patients*. MacMillan press LTD., p. 151-168.
- Hall, J.G. (1985), Emotion and Immunity. *Lancet*, 2, 326-327.
- Hall, J.G. (1987), Depression, stress and immunity. *Lancet*, 2, 221.
- Halstead S., en P. Harlow, R. Orietti, M. Riccio, C. Thompson (1987), Psychosis associated with HIV infection. *European conference on clinical aspects of HIV infection*, December 10-11, 1987, Brussel, België: abstract 94.
- Holland, J.C., en S. Tross (1985), The psychosocial and neuropsychiatric sequelae of AIDS and related disorders. *Annals of Internal Medicine*, 103, 760-764.
- Houweling, H., J.C. Jager, R. Coutinho, H. Bijkerk en E.J. Ruitenberg (1987), Epidemiologie van AIDS en HIV-infecties in Nederland; huidige situatie en prognose voor de periode 1987-1990. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 131, 818-824.
- Kermani, E.J., J.C. Borod, P.H. Brown en G. Tunell (1985), New pathologic findings in AIDS: case report. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 240-241.
- Kübler-Ross, E. (1969), *On death and dying*. The Macmillan company, New York.
- Lippert, G.P. (1986), Excessive concern about AIDS in two bisexual men. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 63-65.
- Lawlor, B.A., en J.T. Stewart (1987), AIDS delusions: a symptom of our times. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1244.
- Lipowski, Z.J. (1986), Delirium: clinical features and diagnostic issues. In: M.W. Hengeveld (red.), *Reversibele organische psychosyndromen*, Boerhaave commissie, Leiden.
- Loewenstein, R.J., en S. Sharfstein (1984), Neuropsychiatric aspects of AIDS. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 13, 255-260.

- Mast, R.C. van der, en P. Moleman (1988), Het delirium in het algemene ziekenhuis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 132, 617-620.
- Miller, D. (1986a), Psychology, AIDS, ARC and PGL. In: D. Miller, J. Weber en J. Green (red.), *The management of AIDS patients*. MacMillan Press Ltd., p. 131-149.
- Miller D. (1986b), The worried well. In: D. Miller, J. Weber en J. Green (red.), *The management of AIDS patients*. MacMillan Press Ltd., p. 169-173.
- Miller, D. (1987), HIV-counseling: some practical problems and issues. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 80, 278-281.
- Miller, F., P. Weiden, M. Sacks en J. Wozniak (1986), Two cases of factitious AIDS [letter]. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1483.
- Navia, B.A., B.D. Jordan en R.W. Price (1986a), The AIDS dementia complex: I clinical features. *Annals of Neurology*, 19, 517-524.
- Navia, B.A., E-S. Cho, C.K. Petito en R.W. Price (1986b), The AIDS dementia complex: II Neuro-pathology. *Annals of Neurology*, 19, 525-535.
- Navia, B.A., en R.W. Price (1987), The AIDS dementia complex as the presenting or sole manifestation of HIV-infection. *Archives of Neurology*, 44, 65-69.
- Nichols, S.E. (1986), An overview of the psychological and social reactions to AIDS. In: J.C. Gluckman en E. Vilmer (red.) (1987), *AIDS: International conference on AIDS*. Parijs, 1986-23-25 juni.
- Numberg, H.G., J. Prudic, M. Fiori en E.P. Freedman (1984), Psychopathology complicating AIDS. *American Journal of Psychiatry*, 141, 95-96.
- Offerhaus, L. (1987), Azidothymidine en HIV-infectie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 131, 934-936.
- Perry, S.W., en S. Tross (1984), Psychiatric problems of AIDS-inpatients at the New York Hospital: Preliminary report. *Public Health Report*, 99, 200-205.
- Perry, S.W., en P. Jacobsen (1986a), Neuropsychiatric manifestations of AIDS spectrum disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 135-142.
- Perry, S.W., en J. Markowitz (1986b), Psychiatric interventions for AIDS spectrum disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 1001-1006.
- Price, R.W., B.A. Navia, T. Pumarola-Sune, E-S. Cho, C.K. Petito en J.J. Sidtis (1986), The AIDS dementia complex: answers and questions. In: J.C. Gluckman e.a. (red.) (1987), *AIDS: International conference on AIDS*. Parijs, 1986-23-25 juni.
- Prummel, M.F., R.J.M. ten Berge, H. Barraclough en V. Cejka (1983), Kaposi-sarcoom en dodelijke opportunistische infecties bij een homoseksuele man met een deficiënt immuunapparaat. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 127, 820-824.
- Snider, W.D., D.M. Simpson, S. Nielsen, J.W.N. Gold, C.E. Metroka en J.B. Posner (1983), Neurological complications of AIDS: analysis of 50 patients. *Annals of Neurology*, 14, 403-418.
- Thomas, C.S., en E. Szabadi (1987), Paranoid Psychosis as the first presentation of a fulminating lethal case of AIDS. *British Journal of Psychiatry*, 151, 693-695.
- Tross, S., D.A. Hirsch, B. Rabkin, C. Berry en J.C.B. Holland (1987), Determinants of current psychiatric disorder in AIDS spectrum patients. *3th International AIDS conference*. Washington DC, 1-5 juni 1987, abstract T. 10.5, p. 60.

- Trzepacz, P.T., G.B. Teague en Z.J. Lipowski (1985), Delirium and other organic mental disorders in a general hospital. *General Hospital Psychiatry*, 7, 101-106.
- Volkow, N.D., A. Harper, D. Munnister en J. Clothier (1987), AIDS and catatonia. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 50, 104.
- Weisman, H.W., E. Harvey, M.D. Nienaltow en D. Eaton (1987), Psychiatric Consultation to AIDS-patients, 1981-1986: A consultation liaison perspective. Citaat: S.W. Burton (1987), The psychiatry of HIV infection. *British Medical Journal*, 295, 228-229.
- Wolcott, D.L., F.I. Fawzy en R.O. Pasnau (1985), AIDS and C-L psychiatry. *General Hospital Psychiatry*, 7, 280-292.
- Wolcott, D.L. (1986), Psychosocial aspects of AIDS and the primary care physician. *Annals of Allergy*, 57, 95-102.
- Yarchoan, R., G. Berg, P. Brouwers, M.A. Fischl, A.R. Spitzer, A. Wichman, J. Grafman, R.V. Thomas, B. Safai, A. Brunetti, C.F. Perno, R.J. Schmidt, S.M. Larson, C.E. Myers en S. Broder (1987), Response of HIV-associated neurological disease to 3'-azido-3' deoxythymidine. *Lancet*, 1, 132-135.

---

Schrijvers zijn als psychiater verbonden aan het Academisch Medisch Centrum, afdeling Psychiatrie, te Amsterdam. Correspondentieadres: H.N. Sno, psychiater, polikliniek Psychiatrie, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam.

Het artikel is geaccepteerd voor publicatie op 18-8-'88.