

Hiv en depressie

HIV and depression

A. Schadé

Samenvatting

Depressie of symptomen van depressie komen vaak voor bij hiv-geïnficeerden. In deze groep is sprake van een sterk verhoogde prevalentie in vergelijking met de normale bevolking. Symptomen van depressie zoals vermoeidheid, apathie en verlies van energie kunnen ook een kenmerk zijn van een hiv-infectie, wat het diagnosticeren van een depressie bemoeilijkt. Hierdoor wordt de diagnose regelmatig gemist. Een depressie kan leiden tot verminderde therapietrouw en risicovol (seksueel) gedrag. Soms heeft antiretrovirale therapie depressiesymptomen zoals somberheid en gestoorde slaap als bijwerking. Een depressie is meestal goed te behandelen met psychotherapie, antidepressiva of een combinatie van beide. Vaak gaan antidepressiva een interactie aan met antiretrovirale therapie, met mogelijk een verhoging of verlaging van de spiegel van het antidepressivum tot gevolg. Herkenning en behandeling van de depressieklachten is belangrijk voor het welzijn van de patiënt, de behandeling en de prognose van de hiv-infectie.

(*Tijdschr Infect* 2011;6:82-9)

Summary

Depression and symptoms of depression are common in patients with an HIV infection. These patients have a high prevalence in comparison to the general population. Symptoms of depression as tiredness, apathy and lack of energy are also characteristic of an HIV infection. As a result, assessment of the depression can be difficult or the diagnosis may be missed. A depression can diminish medication adherence and can lead to risky (sexual) behaviour. Antiretroviral therapy can cause depression symptoms such as gloominess and disturbed sleep. Usually, the depression is treated with psychotherapy, antidepressants or a combination of both. Antidepressants can interact with antiretroviral drugs causing a change in the therapeutic level of the antidepressants. It is very important that symptoms of depression are recognised and assessed in time for the patient's health, and treatment and prognosis of the HIV infection.

Inleiding

In de verschillende stadia van hiv en aids is op bepaalde momenten een piek te zien van symptomen van depressie: net na de diagnose hiv, bij de start van antiretrovirale therapie en bij de eerste symptomen van aids. Een depressie heeft vaak een grote impact

op de patiënt zelf, zijn/haar partner, vrienden en familie. Depressie bij hiv geeft een verhoogde kans op risicovol seksueel gedrag, middelenmisbruik, verminderde therapietrouw en progressie van de hiv-infectie, uitgedrukt in de hoeveelheid CD4-cellen en verminderde virale suppressie.¹ Voor het welzijn

Auteur: mw. dr. A. Schadé, psychiater, VU medisch centrum, Psychiatrisch Consultatieve Dienst, afdeling Ziekenhuispsychiatrie, en GGZ InGeest, polikliniek en kenniscentrum Hiv en psychische klachten, AJ Ernststraat 1187, 1081 HJ Amsterdam, e-mailadres: a.schade@ggzingeest.nl

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Trefwoorden: behandeling, depressie, depressiesymptomen, diagnostiek.

Key words: assessment, depression, depression symptoms, treatment.

Ontvangen 23 december 2010, geaccepteerd 27 april 2011.

van de patiënt en voor optimale behandelmogelijkheden van de hiv-infectie, is het belangrijk dat depressies bij hiv-patiënten herkend, gediagnosticeerd en behandeld worden.

Kenmerken en diagnostiek van depressie en symptomen van depressie

De kenmerken van een depressieve stoornis volgens de diagnostische criteria van de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (DSM-IV) zijn: minstens 14 dagen een depressieve stemming en/of verlies van interesse of plezier.² Verder een aantal symptomen zoals gewichtsvermindering of -vermeerdering, meer of minder slapen, gevoel van rusteloosheid of vertraagdheid, moeheid of verlies van energie, gevoelens van waardeloosheid of schuldgevoelens, concentratieverlies, terugkerende gedachten aan de dood, suïcidegedachten en suïcidepogingen. Bij hiv-patiënten zijn ook de lichte vormen van depressie (dysthymie) belangrijk. Bij een dysthyme stoornis zijn mensen vaak chronisch somber, maar niet zo ernstig als bij een depressieve stoornis. Soms hebben hiv-patiënten een aantal depressiekenmerken zonder dat er wordt voldaan aan de officiële diagnose depressieve stoornis.

Een depressieve stoornis of symptomen van depressie worden gediagnosticeerd met behulp van een anamnese, psychiatrisch onderzoek en aanvullende diagnostische instrumenten. Somatische klachten passend bij de hiv-infectie en psychiatrische symptomen kunnen deels overlappen, wat de psychiatrische diagnostiek kan bemoeilijken. De diagnose depressie bij hiv-patiënten wordt vaak gemist en niet herkend, met als gevolg dat de depressie wordt onderbehandeld.³

Het is niet eenvoudig om tussen de verschillende oorzaken van depressie bij hiv-patiënten te differentiëren. Vaak komen de verschillende mogelijkheden samen voor. Het is belangrijk om bij depressieklachten een zorgvuldige anamnese af te nemen, met aandacht voor het verloop van de klachten in de tijd. Hieronder volgt een aantal voorbeelden van vragen die in de anamnese van een depressieve hiv-patiënt aan de orde kunnen komen:

- Sinds wanneer heeft u depressie- of sombere klachten?
- Zijn de klachten begonnen voor of na uw hiv-infectie?
- Zijn de klachten begonnen voor of na de start van de antiretrovirale medicatie?
- Gebruikt u drugs of alcohol?
- Zijn er ook dagen dat u niet vermoeid bent; bent u dan ook somber?
- Heeft u zin in seks?
- Heeft u recentelijk nog andere infecties gehad?

Differentiaaldiagnostiek van depressie en symptomen van depressie

Depressie bij hiv-infectie kan vele oorzaken hebben. Zowel hiv als antiretrovirale medicatie kunnen symptomen geven zoals vermoeidheid, slechte eetlust en gestoorde slaap. Deze symptomen kunnen ook passen bij een depressieve stoornis of dysthymie. Verder kan antiretrovirale therapie ook als bijwerking depressiesymptomen hebben. In het aidsstadium kunnen vermoeidheidsverschijnselen en apathie erg op de voorgrond staan. Symptomen van aidsdementie zoals apathie, sociale isolatie, trage motoriek en concentratiestoornissen zijn soms lastig te onderscheiden van een depressie; ook kunnen beide diagnoses samen voorkomen.

Zowel hiv als antiretrovirale medicatie kunnen onder andere leiden tot een verlaagd testosteronniveau. Dit kan leiden tot verminderde zin in seks, verlies van vitaliteit, vermoeidheid en gewichtsverlies; symptomen die ook kunnen voorkomen bij een depressie. *Tabel 1* geeft een overzicht van de differentiaaldiagnostische overwegingen van depressiesymptomen bij hiv-patiënten.

Epidemiologie

Depressie komt vaak voor. In 2005 is onderzoek gedaan naar het voorkomen van depressie en dysthymie in de algemene Nederlandse bevolking. Ongeveer 6,3% van de inwoners van Nederland van 13 jaar en ouder had een depressie. In totaal waren dat 856.000 mensen, waarvan ongeveer 737.000 een depressieve stoornis hadden en 317.000 dysthymie.⁵ Bij chronische ziekten als diabetes komt depressie ongeveer tweemaal zo vaak voor als in de algemene bevolking.⁶

Ook mensen met hiv hebben hoge prevalentiecijfers voor depressiesymptomen, dysthymie en depressie. In Nederland zijn echter geen epidemiologische studies gedaan om vast te stellen hoeveel mensen met

Tabel 1. Depressie bij een hiv-infectie. Differentiaaldiagnose van een depressieve stemming.

Normale reactie
Voortdurende rouw
Demoralisatie
Boosheid
Aanpassingsstoornis met depressieve stemming
Depressieve episode, unipolair, eenmalig of recidiverend, als reactie op hiv-infectie, of al bestaand voor de infectie
Dysthyme stoornis, als reactie op hiv, of al bestaand voor de infectie
Bipolaire stoornis, depressieve episode
Stemmingsstoornis door drugs/alcohol
Hiv en infecties van het centraal zenuwstelsel (vermoeidheid, verminderde concentratie, gewichtsverlies)
Aids (apathie, vermoeidheid, verminderde concentratie, gewichtsverlies)
Hiv-gerelateerde dementie (apathie, sociale isolatie, trage motoriek en concentratiestoornissen)
Medicatie: antiretrovirale medicatie (vooral efavirenz en peg-interferon/ribavirine)
Laag testosteron gehalte (verminderde zin in seks, verlies van vitaliteit, vermoeidheid, gewichtsverlies)
<i>Gedeeltelijk gebaseerd op referentie 4.</i>

hiv gediagnosticeerd kunnen worden met een depressie of depressiesymptomen. De meeste studies zijn gedaan in de Verenigde Staten, waar het aandeel van intraveneuze druggebruikers in de hiv-positieve populatie veel groter is dan in Nederland. Aangezien druggebruik geassocieerd wordt met psychiatrische symptomen zoals depressie, zijn de Amerikaanse cijfers niet volledig toepasbaar op de Nederlandse situatie. Ook is een deel van de studies uitgevoerd in de periode dat er nog geen antiretrovirale medicatie beschikbaar was.

De cijfers in de verschillende onderzoeken variëren, maar alle onderzoeken laten verhoogde prevalentiecijfers zien bij hiv-geïnfecteerden in vergelijking met de algemene bevolking.⁷ In een studie uit 1996 bleek dat bij hiv-geïnfecteerden van 18 jaar en ouder die in behandeling waren, bij 36% een depressieve stoornis werd gediagnosticeerd en bij 26,5% dysthymie. In een meta-analyse uit 2001 werd gevonden dat hiv-geïnfecteerden een tweemaal hogere kans hadden op een depressie dan vergelijkbare niet-hiv-geïnfecteerden. Voor dysthymie werden er nauwelijks verhoogde prevalentiecijfers gevonden.⁸ Bij hiv-positieve vrouwen werd viermaal zo vaak een depressieve stoornis gediagnosticeerd; 19,4% versus

4,8% bij hiv-negatieve vrouwen, waarbij werd gecorrigeerd voor drugsgebruik.⁹

Depressiesymptomen, zonder de officiële diagnose van depressie of dysthymie, komen veelvuldig voor. Tate et al. rapporteerden in 2002 dat 85% van de hiv-geïnfecteerden last had van een of meerdere depressiesymptomen.¹⁰ Suïcidegedachten, suïdepogingen en geslaagde suïcides komen bij hiv-geïnfecteerden vaker voor dan bij vergelijkbare groepen niet-hiv-geïnfecteerden.^{11,12}

Relatie hiv en depressie

Hiv en depressie hebben een complexe relatie. Een deel van de patiënten heeft een of meerdere episodes van depressie doorgemaakt voor de hiv-infectie, of was depressief op het moment van infectie. Deze patiënten hebben een verhoogde kans om tijdens de hiv-infectie opnieuw depressief te worden. Depressieklachten zoals somberheid zijn een risicofactor voor onveilige seksuele contacten met een verhoogde kans om geïnfecteerd te raken met hiv.^{13,14} Depressie of symptomen van depressie kunnen ook een reactie zijn op de hiv-infectie als ingrijpende, stigmatiserende, levenslange ziekte. Risicofactoren als

Tabel 2. Psychische bijwerkingen van hiv-middelen
(Deel van tabel overgenomen uit Handboek hiv en psychische klachten. Hoofdstuk 19: Medicatie, bijwerkingen en interacties. David Burger)¹⁸

Hiv middel	Frequentie van bijwerking volgens SPC		
	Zeer vaak (>10%)	Vaak (1-10%)	Soms (0,1-1%)
Abacavir		hoofdpijn, vermoeidheid	
Atazanavir		hoofdpijn	duizeligheid, amnesie, slaperigheid, depressie, verwardheid, angst, slapeloosheid, slaapstoornissen, abnormaal dromen
Darunavir		slapeloosheid, hoofdpijn, duizeligheid	depressie, verwardheid, desorientatie, angst, veranderde stemming, slaapstoornis, vreemde dromen, nachtmerries, verminderd libido, rusteloosheid, aandachtsstoornis, verminderd geheugen, slaperigheid, slaapstoornis
Efavirenz		angst, depressie, abnormaal dromen, aandachtstoornis, duizeligheid, hoofdpijn, slapeloosheid, slaperigheid	affectlabiliteit, agressie, euforie, hallucinaties, manie, paranoia, suïcidepoging, suïcidale ideatie, agitatie, amnesie, verwarring, abnormaal dromen
Emtricitabine	hoofdpijn	slapeloosheid, abnormaal dromen, duizeligheid	
Enfuvirtide		bezorgdheid, nachtmerries, irritatie	
Etravirine		hoofdpijn, angst, slapeloosheid	slaperigheid, verwardheid, desoriëntatie, nachtmerries, slaapstoornis, nervositeit, abnormaal dromen
Indinavir	hoofdpijn, duizeligheid	slapeloosheid	
Lamivudine		hoofdpijn, slapeloosheid, vermoeidheid	
Lopinavir		slapeloosheid, hoofdpijn	abnormaal dromen, agitatie, angst, verwarring, depressie, emotionele labiliteit, verminderd libido, nervositeit, abnormaal dromen, duizeligheid, slaperigheid
Maraviroc		duizeligheid, slaperigheid, slapeloosheid	hallucinaties
Nevirapine		hoofdpijn, vermoeidheid	
Ritonavir	hoofdpijn	duizeligheid, slapeloosheid, slaperigheid, angst	
Saquinavir		verminderd libido, slaapstoornis, duizeligheid, hoofdpijn, vermoeidheid	
Stavudine		depressie, duizeligheid, abnormaal dromen, hoofdpijn, slapeloosheid, abnormaal denken, slaperigheid	angst, emotionele labiliteit,
Tipranavir		hoofdpijn, vermoeidheid	duizeligheid, slaperigheid, slapeloosheid, slaapstoornis
Zidovudine	hoofdpijn	duizeligheid	slapeloosheid, slaperigheid

Deel van Tabel overgenomen uit referentie 18. SPC=summary of product characteristics.

alcohol- en druggebruik, werkeloosheid, geen partner, positieve familieanamnese voor depressie, suïcidopogingen, weinig of geen steunsysteem, passieve copingstijl, verborgen houden van de hiv-infectie, veel familie en bekenden verloren, slechte medische conditie en vrouwelijke sekse geven een verhoogde kans op een depressieve stoornis.¹⁵ Als homoseksuele mannen zich opvattingen die in de maatschappij heersen over homoseksualiteit als “slecht, om je voor te schamen, zondig” eigen maken, spreken we van geïnternaliseerde homofobie. Dit fenomeen vergroot de kans op een depressie bij homoseksuele mannen.¹⁶ Schuldgevoelens kunnen een belangrijke rol spelen bij hiv-positieve patiënten, en geven ook een verhoogde kans op symptomen van depressie. In enkele gevallen kunnen stoffen als alcohol of medicijnen door een directe invloed op de hersenen depressiesymptomen geven. Er zijn op dit moment nog geen aanwijzingen dat het hiv-virus zelf een neurotropisch effect heeft op het centraal zenuwstelsel (czs), waardoor het een depressie zou kunnen veroorzaken.¹⁷

Bijwerking antivirale medicatie

Antivirale medicatie kan neuropsychiatrische bijwerkingen zoals depressiesymptomen, angst, abnormaal dromen en slaapstoornissen hebben. *Tabel 2* geeft een overzicht van de belangrijkste antivirale medicatie waarbij depressie of depressiesymptomen en andere psychiatrische symptomen kunnen voorkomen.

Medicatierouw

Er is een duidelijk verband tussen depressie en therapietrouw aan antiretrovirale medicatie. Diverse onderzoeken hebben aangetoond dat depressiesymptomen leiden tot verminderde therapietrouw en tot progressie van de hiv-infectie. Horberg vond dat de therapietrouw bij hiv-positieve patiënten met een depressie verminderde, waarbij de virale suppressie minder was dan bij niet-depressieve patiënten.¹⁹ Wanneer deze patiënten behandeld werden met een antidepressivum uit de groep van de selectieve serotonine-heropnameremmers, verbeterde de medicatierouw en de virale suppressie.²⁰ Er was echter geen toename van het aantal CD4-positieve cellen.

Depressie en immuniteit

Het is nog onderwerp van discussie of een depres-

sie een directe invloed heeft op het verloop van de hiv-infectie; de onderzoeksresultaten zijn tegenstrijdig. Cruess et al. toonden aan dat behandeling van depressie bij hiv-positieve vrouwen een toename gaf van natural killer cell-activiteit.²¹ Verder blijkt een ernstige depressieve stoornis en vermijdende copingstijl een verhoogde kans te geven op lage CD4-getallen en verminderde virale suppressie.²² In een onderzoek waarin depressieve hiv-patiënten werden behandeld met het antidepressivum fluoxetine of een placebo, kwamen in de groep die behandeld werd met fluoxetine significant minder depressies voor, maar werd er geen verschil gevonden in de aantallen CD4-positieve cellen.²³ In diverse onderzoeken wordt geconcludeerd dat psychosociale stressfactoren (waaronder depressie) via een toegenomen activiteit van het sympathisch zenuwstelsel kunnen leiden tot een toegenomen hiv-1-virusreproductie.²⁴ Over invloed van cortisol en de hypothalamus-hypofyse-bijnier ('hypothalamic-pituitary-adrenal', HPA)-as is nog veel onduidelijkheid. Er is (nog) geen bewijs dat verhoogde activiteit van de HPA-as leidt tot progressie van een hiv-infectie.²⁴

Behandeling

Het is belangrijk dat de hiv-behandelaar op de hoogte is van de kenmerken en het verloop van een depressie bij hiv-geïnfecteerden. Soms is de diagnostiek van een depressie niet eenvoudig, omdat somatische kenmerken van hiv en hepatitis C en de bijwerkingen van antiretrovirale therapie overeenkomsten kunnen hebben met symptomen van een depressieve stoornis. Bij twijfel over de diagnostiek of een eventuele verwijzing, is een vast aanspreekpunt in de geestelijke gezondheidszorg wenselijk, bij voorkeur een psychiater die goed op de hoogte is van de kenmerken en het verloop van een hiv-infectie. Voor een optimale behandeling is het noodzakelijk dat er regelmatig overleg plaatsvindt tussen hiv-behandelaar en psychiater om zo de therapie goed af te stemmen op het wederzijdse behandelaanbod. Als de depressie (mede) wordt veroorzaakt door de antiretrovirale medicatie is het soms wenselijk, indien mogelijk, de betreffende medicatie te vervangen. Indien een patiënt erg depressief is, is er een verminderde kans op (volledige) therapietrouw. Het is dan raadzaam om eerst de depressie te behandelen, voordat (weer) gestart wordt met de antiretrovirale therapie.

Er is overtuigend aangetoond dat zowel medicamenteuze als psychotherapeutische of een combinatie van beide behandelmethoden goed werkt bij depressieve hiv-positieve patiënten.¹ 'De' hiv-positieve depressieve patiënt bestaat echter niet, waardoor er voor iedere individuele patiënt een eigen behandelplan samengesteld moet worden. Er zijn immers grote verschillen in hiv-stadium, ziektebeloop, comorbiditeit als hepatitis C, bijwerkingen van de antiretrovirale medicatie, gebruik van alcohol en drugs en specifieke groepen als druggebruikers, homoseksuele mannen en migranten.

Soorten behandeling

Er zijn vele soorten behandelingen mogelijk van een depressie bij hiv-patiënten: (psychotherapeutische) gesprekken, medicatie of een combinatie van beide. Sommige depressieve patiënten willen niet verwezen worden naar een psychiatrische polikliniek, omdat zij bijvoorbeeld bang zijn voor een stigmatiserend label, vooroordelen hebben tegen de psychiatrie of psychologie, niet mogen van hun partner of familie of al veel tijd kwijt zijn aan ziekenhuis- en doktersbezoek. Soms gaat een depressie vanzelf over, maar gezien het risico op problemen bij de hiv-behandeling is het raadzaam om de depressie te behandelen. Voor het kiezen van de juiste behandelvorm is het belangrijk om te luisteren naar de wensen van de patiënt. Soms willen patiënten per se geen antidepressiva; anderen willen nauwelijks praten maar wel graag pillen. Lichte vormen van depressie kunnen ook door de huisarts behandeld worden. Als een depressieve patiënt niet naar een psychiatrische polikliniek verwezen wil worden, kan ook de hiv-behandelaar, met consultatie van de psychiater, antidepressiva voorschrijven.

Psychotherapie

Diverse vormen van psychotherapie als interpersoonlijke psychotherapie, cognitieve gedragstherapie en ondersteunende psychotherapie zijn het best onderzocht bij depressieve hiv-patiënten en deze therapievormen bleken alle effectief. Interpersoonlijke psychotherapie gaf iets betere resultaten dan de andere 2 therapievormen.¹⁵

Hiv is voor veel mensen een beladen en stigmatiserende ziekte die nog vaak geheim wordt gehouden. Groepstherapie kan helpen het isolement te doorbreken door het uitwisselen van ervaringen en het delen van gemeenschappelijke problemen en gevoelens.

Medicatie

In enkele gevallen willen hiv-positieve patiënten geen antidepressivum gebruiken, omdat ze vinden dat ze al genoeg pillen slikken of van menig zijn dat een extra medicijn het lichaam nog verder belast. Goede voorlichting over de werking en de bijwerkingen van de antidepressieve medicatie is dan erg belangrijk.

Antiretrovirale therapie gaat vaak een interactie aan met psychotrope medicatie zoals antidepressiva, antipsychotica, benzodiazepinen en methadon. Dit kan leiden tot een spiegelverhoging of -verlaging van de psychotrope medicatie. Vrijwel alle antidepressiva zijn substraat van CYP450, maar dit is geen reden om antidepressiva niet te gebruiken.¹⁸ Er is geen negatief effect van antidepressiva en andere psychofarmaca op de antiretrovirale therapie. Escitalopram en paroxetine zijn onderzocht in farmacokinetisch onderzoek en veilig bevonden.¹⁸ In de praktijk is veel ervaring opgedaan met citalopram, mirtazapine en venlafaxine. Deze middelen worden over het algemeen door hiv-patiënten goed verdragen.

Dosering onder spiegelcontrole is gewenst. Als er door een hoge concentratie antidepressivum meer bijwerkingen ontstaan, bestaat de kans dat patiënten hun antidepressivum niet (goed) slikken. Een te lage spiegel geeft een verhoogde kans op onderbehandeling van de depressie. Bijwerkingen als misselijkheid en braken kunnen bij hiv-positieve patiënten extra hinderlijk zijn, en soms een reden om de medicatie weer te stoppen. Voorzichtig beginnen en langzaam ophogen verkleint de kans op bijwerkingen. Voor de dosering en duur van de medicamenteuze behandeling wordt in principe de GGZ-richtlijn van het Trimbos-instituut gevolgd. Antidepressiva worden 6-12 maanden voorgeschreven en dan weer afgebouwd. Bij een recidief van een depressie worden antidepressiva vaak langer voorgeschreven.

Het gebruik van tricyclische antidepressiva wordt bij hiv-positieve patiënten afgeraden in verband met anti-cholinerge bijwerkingen en de verhoogde kans op een delier. Ook het gebruik van monoamino-oxidase (MAO)-remmers wordt afgeraden in verband met sterke interacties en de kans op hypertensieve crisis.²⁵ Elektroconvulsietherapie (ECT) wordt toegepast bij hiv-positieve patiënten met een ernstige depressie bij wie medicatie niet (voldoende) helpt of deze niet verdraagt. Bij hiv-gerelateerde czs-infecties kan het de conditie van de patiënt echter verslechteren.¹⁵ Psychostimulantia als methylfenidaat kunnen de stem-

Aanwijzingen voor de praktijk

1. Een depressie komt vaak voor bij hiv-geïnfekteerden en kan leiden tot verminderde therapietrouw en risicovol (seksueel) gedrag.
2. Symptomen van depressie, zoals vermoeidheid, slaapstoornissen en gebrek aan energie, kunnen lijken op kenmerken van de hiv-infectie, wat het stellen van de diagnose bemoeilijkt. Een goede anamnese is belangrijk.
3. Een deel van de antiretrovirale medicatie heeft bijwerkingen als somberheid en slaapstoornissen.
4. Behandeling van een depressie met antidepressiva is goed mogelijk bij hiv-geïnfekteerden, maar let op interacties.

ming verbeteren en een positieve invloed hebben op vermoeidheidsklachten.²⁶ Het werkt sneller dan een antidepressivum, maar geeft weer andere bijwerkingen zoals epileptische insulten. De behandeling van een subklinische depressie met dehydro-epiandrosteron (DHEA, een steroïde hormoon dat door de bijniere, de geslachtsklieren, het vetweefsel en de huid wordt aangemaakt uit cholesterol) gaf betere resultaten dan placebo, maar de virale suppressie of het aantal CD4-cellen werd niet beïnvloed.²⁷

Conclusie

Depressie en depressieklachten zijn veelvoorkomende psychische klachten bij hiv-patiënten. Herkenning en behandeling van deze klachten is belangrijk voor het welzijn van de patiënt, en de behandeling en de prognose van de hiv-infectie. Een depressie bij hiv-positieve patiënten kan goed behandeld worden met (groeps)psychotherapie, medicatie of een combinatie van beide behandelmethoden.

Dit artikel is een bewerking van het hoofdstuk 'Depressie' in: Schadé A, Boenink AD, Danner SA, editors. Handboek Hiv en psychische klachten. Utrecht: De Tijdstroom; 2010. p. 73-82.

Referenties

1. Olatunji BO, Miriaga MJ, O'Cleirigh C, Safren SA. A Review of Treatment Studies of Depression in HIV. *Top HIV Medicine* 2006;14:112-24.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

3. Asch SM, Kilbourne AM, Gifford AL, Burnam MA, Turner B, Shapiro MF, et al. Underdiagnosis of Depression in HIV. Who are we missing? *J Intern Med* 2003;18:450-60.
4. Wise M, Rundell J. The American psychiatric publishing textbook of consultation-liaison psychiatry. *Psychiatry of the medically ill*, 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc; 2002.
5. Schoemaker C, Poos MJ, Spijker J. Hoe vaak komt depressie voor? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*, Bilthoven: RIVM; 2005.
6. Meeteren-Schram MT, Van Baan CA. Diabetes en depressie, een zorgelijk samenspel. RIVM rapport 260801003/2007. Bilthoven: RIVM; 2007.
7. Bing EG, Burnam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Hosp Psychiatry* 2001;58:721-8.
8. Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry* 2001;158:725-30.
9. Morrison MF, Petitto JM, Ten Have T, Gettes DR, Chiappini MS, Weber AL, et al. Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *Am J Psychiatry* 2002;159:789-96.
10. Tate D, Paul RH, Flanigan TP, Tashima K, Nash J, Adair C, et al. The impact of apathy and depression on quality of life in patients infected with HIV. *AIDS Patient Care STDS* 2003;17:115-20.
11. Bialer P, Hoffman RG, Ditzell J. Substance Use Disorders – The Special Role in HIV Transmission. In: Cohen MA, Gorman JM, editors. *Comprehensive textbook of Aids Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2008. p. 85-97.
12. Komiti A, Judd F, Grech P, Mijch A, Hoy J, Lloyd JH, et al. Suicidal behaviour in people with HIV/AIDS: a review. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:747-57.
13. Reisner SL, Miriaga MJ, Skeer M, Bright D, Cranston K, Isenberg D,

- et al. Clinically significant depressive symptoms as a risk factor for HIV infection among black MSM in Massachusetts. *AIDS Behav* 2009;13:798-810.
14. Koblin BA, Husnik MJ, Colfax G, Huang Y, Madison M, Mayer K, et al. Risk factors for HIV infection among men who have sex with men. *AIDS* 2006, 20:731-9.
15. Ruiz P. Mood Disorders. In: Fernandez F, Ruiz P, editors. *Psychiatric aspects of HIV/AIDS*. Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 93-101.
16. Ruesink B, Pruismann K. Homoseksualiteit. In: *Handboek Hiv en Psychische klachten*. Utrecht: De Tijdstroom; 2010. p. 337-48.
17. Judd F, Komiti A, Chua P, Mijch A, Hoy J, Grech, et al. Nature of depression in patients with HIV/AIDS. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39:826-32.
18. Burger D. Medicatie, bijwerkingen en interacties. In: Schadé A, Boenink AD, Danner SA, editors. *Handboek Hiv en Psychische klachten*. Utrecht: De Tijdstroom; 200. p. 213-224.
19. Horberg MA, Silverberg MJ, Hurley LB, Towner WJ, Klein DB, Bersoff-Matcha S, et al. Effects of depression and selective serotonin reuptake inhibitor use on adherence to highly active antiretroviral therapy and on clinical outcomes in HIV-infected patients. *J Acq Immune Defic Syndr* 2008;47:384-90.
20. Yun LW, Maravi M, Kobayashi JS, Barton PL, Davidson AJ. Antidepressant treatment improves adherence to antiretroviral therapy among depressed HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;38:432-8.
21. Cruess DG, Douglas SD, Petitto JM, Have TT, Gettes D, Dubé B, et al. Association of resolution of major depression with increased natural killer cell activity among HIV-seropositive women. *A J Psychiatry* 2005;162:2125-30.
22. Ironson G, O'Leirigh C, Fletcher MA, Laurenceau JP, Balbin E, Klimas N, et al. Psychosocial factors predict CD4 and viral load change in men and women with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral treatment. *American Psychosomatic Society. Psychosom Med* 2005; 67:1013-21.
23. Rabkin JG, Glenn MP, Wagner J, Rabkin R. Fluoxetine treatment for depression in patients with HIV and AIDS: a randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999;156:101-7.
24. Cole SW. Psychosocial influences on HIV-1 disease progression: neural, endocrine, and virologic mechanisms. *Psychosom Med* 2008;70:562-8.
25. Goforth HW, Cohen MA, Murrough J. Mood disorders. In: Cohen MA, Gorman JM, editors. *Comprehensive textbook of Aids Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2008. p. 97-109.
26. Wagner GJ, Rabkin R. Effects of dextroamphetamine on depression and fatigue in men with HIV: a double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 200;61:436-40.
27. Rabkin JG, McElhiney MC, Rabkin R, McGrath PJ, Ferrando SJ. Placebo-controlled trial of dehydroepiandrosterone (DHEA) for treatment of nonmajor depression in patients with HIV/AIDS. *Am J Psychiatry* 2006;163:59-66.