

Article

« Répercussions psychiatriques de l'infection VIH — Mise à jour »

José Luis Fabian

Santé mentale au Québec, vol. 17, n° 1, 1992, p. 235-248.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/502055ar>

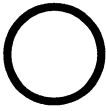
DOI: 10.7202/502055ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Répercussions psychiatriques de l'infection VIH

Mise à jour

José Luis Fabian*

Les personnes infectées par le VIH présentent une vulnérabilité aux complications psychologiques et neuropsychiatriques. L'état actuel des connaissances indique que les syndromes cérébraux organiques et les troubles d'adaptation sont parmi les complications les plus fréquentes nécessitant une intervention psychiatrique. Les troubles affectifs sont une autre complication possible. L'auteur fait une mise à jour des connaissances actuelles sur la nature de ces troubles et leur traitement.

Depuis le début des années 1980, l'incidence du sida ne cesse de croître et représente actuellement un problème de santé publique très important. On estime que 9 à 11 millions de personnes, à travers le monde, seraient infectées par le VIH. Les dernières statistiques du Center for Disease Control tracent une image dévastatrice de l'évolution de cette épidémie aux États-Unis. En septembre 1991, on estimait que 118 000 Américains étaient morts des complications du sida depuis le début de l'épidémie et que 187 000 personnes avaient reçu le diagnostic de sida. Dans les deux dernières années, plus de personnes seraient décédées du sida que dans les huit premières années de l'épidémie. Le sida est actuellement la deuxième cause de mortalité chez les hommes âgés entre 25 et 44 ans dans ce pays et on estime qu'un million d'Américains seraient séropositifs.

Au Canada, on estime de 25 000 à 30 000 le nombre de personnes infectées par le VIH. Le Québec est la deuxième province pour l'incidence du sida après la Colombie-Britannique et le taux de mortalité dû à cette maladie a augmenté de 25% par année entre 1987 et 1989 dans notre province.

* L'auteur, FRCP(C), CSPQ, est psychiatre à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, Chargé d'enseignement clinique, Université de Montréal.

Avec l'augmentation du nombre de cas, les médecins et autres intervenants de la santé sont de plus en plus confrontés aux complications neuropsychiatriques de cette maladie et doivent développer des stratégies pour y faire face.

Au cours des dernières années, une quantité importante de données sur la sévérité et la diversité des complications psychiatriques du sida et de l'infection VIH a pu être accumulée dans la littérature médicale. En effet, cette littérature contient un nombre considérable de cas rapportés où on décrit une variété de complications psychiatriques associées à l'infection VIH. Le monde médical tente d'analyser ces informations afin d'arriver à un consensus sur le traitement optimal de ces complications. Nous avons procédé à une revue de cette littérature afin de mettre à jour les connaissances actuelles sur les répercussions psychiatriques de l'infection VIH. Nous aborderons la fréquence et la nature de ces complications et nous discuterons des données qui semblent émerger de la littérature concernant leur traitement.

Fréquence des complications psychiatriques

Les complications neuropsychiatriques et psychologiques semblent fréquentes au cours de l'évolution de l'infection VIH (Nichols et al., 1984). Les données actuelles suggèrent que le VIH atteint le système nerveux central et on estime que 75% des personnes atteintes du sida développent des signes d'atteinte du système nerveux central.

La majorité des études portant sur la fréquence des complications psychiatriques se sont surtout centrées sur les patients diagnostiqués comme étant atteints du sida. Certains auteurs suggèrent que 30 à 60 % de ces patients requièrent, à un certain moment de l'évolution de la maladie, une consultation psychiatrique (Dilley et al., 1985; Fabian, 1990). Les raisons les plus fréquentes motivant une consultation psychiatrique semblent être l'évaluation d'une symptomatologie d'allure dépressive et l'évaluation de modifications du comportement, fréquemment sous forme d'agitation (Dilley et al., 1985; Fabian, 1990).

Parmi les diagnostics les plus fréquemment émis, on retient les syndromes cérébraux organiques et les troubles d'adaptation (Fabian, 1990; Baer, 1989).

Peu d'études ont porté sur les complications psychiatriques tenant compte des stades initiaux de l'infection, alors que le diagnostic de sida n'est pas encore posé. Rundell et al., 1988) ont examiné rétrospectivement les dossiers de 536 personnes séropositives. Dans ce groupe, 111 patients avaient requis une consultation psychiatrique dont 14 avaient

un diagnostic de sida. Les raisons de consultation les plus fréquentes étaient l'évaluation de troubles cognitifs, de symptômes d'allure dépressive, de difficultés d'adaptation et d'anxiété. En utilisant les critères du DSM-III-R, les diagnostics retenus étaient les suivants: trouble d'adaptation (21% des cas), abus d'alcool (10,8%), dépression majeure (3,6%), syndrome cérébral organique non spécifié (3,6%), trouble dysthymique (1,8%), syndrome affectif organique (1,8%), pas de diagnostic d'axe I (40%) et trouble de personnalité (18%). Dans cet échantillon, on remarquait qu'avec l'évolution de l'infection VIH dans le temps, le potentiel d'apparition d'un trouble psychiatrique augmentait et que des anomalies cognitives dans les stades initiaux de l'infection étaient pratiquement inexistantes.

Ces données suggèrent que les personnes infectées par le VIH présentent une vulnérabilité aux troubles psychologiques et neuropsychologiques à cause d'une part de l'incidence élevée d'atteintes cérébrales organiques et d'autre part des difficultés d'adaptation engendrées par le stress sévère associé à cette maladie. Cependant, certaines études suggèrent une prévalence accrue de troubles psychiatriques chez les populations à risque d'infection VIH, telle l'augmentation de la prévalence de troubles anxieux et de dépression majeure chez les sujets homosexuels (Atkinson et al., 1988). Ceci soulève la possibilité que dans plusieurs cas la morbidité psychiatrique ait pu précéder le développement de l'infection.

Une étude récente (Chuang et al., 1992) comparait la morbidité psychiatrique d'un groupe de patients à différents stades de l'infection VIH à celle d'un groupe contrôle de sujets séronégatifs considérés à risque pour l'infection VIH. Le groupe à risque était constitué de sujets ayant des contacts homosexuels ou bisexuels, vivant avec un partenaire séropositif ou utilisant des drogues par voie intraveineuse. On notait que le groupe séropositif présentait un taux de morbidité psychiatrique significativement supérieur à celui du groupe contrôle. Cette différence semblait particulièrement importante pour les troubles d'adaptation dans le cas des sujets séropositifs à différents stades de l'infection et pour les syndromes cérébraux organiques chez les sujets atteints du sida.

À l'exception des cas de patients présentant clairement une atteinte cérébrale où une cause organique est facilement identifiable, il s'avère souvent difficile de déterminer de façon précise l'impact direct de l'infection VIH dans l'écllosion de ces troubles. Le trouble psychiatrique peut être une conséquence biologique ou psychologique directe de l'infection VIH, un événement non relié survenant en même temps que l'infection VIH ou une combinaison de ces deux facteurs. Cependant, le

fait que 60% des patients dans l'étude de Baer et al., (Baer, 1989) ont eu leur première hospitalisation psychiatrique après le début de l'infection suggère que l'infection VIH joue un rôle important dans l'éclosion de ces troubles mentaux.

Syndromes cérébraux organiques et troubles psychotiques de novo: description et considérations étiologiques

L'apparition d'une perturbation mentale dans le cadre de l'évolution de l'infection VIH doit faire envisager sérieusement la possibilité d'une atteinte cérébrale. En effet, les atteintes cérébrales d'origine organique sont une des complications neuropsychiatriques les plus fréquentes chez les patients atteints du sida. Elle représentent une raison fréquente de consultation en psychiatrie (Fabian, 1990; Perry, 1990). Ces troubles mentaux d'origine organique peuvent apparaître même sans signes d'atteinte systémique, étant donné que le VIH peut atteindre le cerveau même avant que des manifestations systémiques de la maladie soient observables (Perry, 1990).

Ces syndromes peuvent mimer des troubles psychiatriques «fonctionnels» (Perry, 1990; Jacobson et al., 1985). On peut observer des tableaux de délirium, de syndrome affectif organique, de trouble délirant organique, de syndrome de personnalité organique et de démence. Ils résultent d'une atteinte directe du système nerveux central par le VIH, d'une conséquence directe ou indirecte des anomalies immunitaires associées à l'infection VIH (Berger, 1987) ou d'effets iatrogéniques des traitements utilisés. Les infections et les syndromes para-infectieux sont les complications les plus fréquentes, cependant des tumeurs et des syndromes paranéoplasiques peuvent aussi survenir (Britton et al., 1984).

L'encéphalopathie VIH (AIDS dementia complex) est maintenant considérée comme la complication neuropsychiatrique la plus fréquente (Cann et al., 1986). Le tableau initial est caractérisé par des changements cognitifs discrets, de la léthargie, des céphalées, une baisse de la libido, un ralentissement psychomoteur, un retrait social, une humeur dysphorique et des changements de personnalité progressant sur quelques semaines à quelques mois vers un tableau de démence (Snider et al., 1983). La présentation initiale peut mimer un état dépressif, anxieux, une hypomanie et même un état psychotique.

Perry et Tross (1984) ont rapporté que 65% des patients hospitalisés pour le sida présentaient un trouble psychiatrique organique. Dans notre étude auprès de patients hospitalisés pour le sida (Fabian, 1990), le diagnostic psychiatrique le plus fréquemment émis était celui de

Tableau 1
Complications cérébrales organiques de l'infection H.I.V.

Infectieuses	Neoplasiques	Metaboliques	Vasculaires
Virales	Tumeur primaire	Anomalies	Hémorragies
VIH	lymphome	électrolytiques	
Cytomégalovirus			Embolies
Herpès S. type 1	Métastases	Déficit	
Herpès S. type 2		vitaminique	Artérites
Herpès Z			para-infectieuses
Adenovirus		Effets secondaires des médicaments	
Bactériennes			
	Treponema pallidum		
	M. Tuberculosis		
	M. Avium		
Fongiques			
	Cryptococcus neoformans		
	Aspergillus fumigatus		
	Histoplasma capsulatum		
	Candida albicans		
Parasitiques			
	Toxoplasma gondii		
	Tænia solium		

syndrome cérébral organique, représentant 50 % des consultations et 56 % des patients référés pour évaluation psychiatrique. D'autre part, 17,5 % des patients hospitalisés pour le sida avaient présenté un syndrome cérébral organique ayant requis une intervention psychiatrique.

Les psychiatres sont surtout appelés à intervenir auprès de ces patients pour évaluer et traiter une modification du comportement consistant fréquemment en un état d'agitation, pour assister dans l'établissement d'un diagnostic différentiel et pour évaluer la capacité d'administrer les biens et la personne.

Il existe très peu de données dans la littérature sur le traitement psychopharmacologique de ces patients, notamment des états d'agitation qu'ils peuvent présenter. Outre le traitement de la condition médicale sous-jacente, l'utilisation d'antipsychotiques pour contrôler l'agitation semble actuellement une pratique courante. Bien qu'il n'existe pas d'études contrôlées du traitement de l'agitation ou des symptômes psychotiques chez les patients infectés par le VIH, la revue des cas dans

la littérature révèle que pratiquement tous les antipsychotiques ont été prescrits. Cependant ces patients semblent présenter une vulnérabilité accrue aux effets secondaires extrapyramidaux et anticholinergiques (Baer, 1989; Harris et al., 1991) et possiblement au syndrome neuroleptique malin (Breitbart et al, 1988). Il est recommandé, si un antipsychotique est utilisé, que les doses soient maintenues le plus bas possible. Plus de recherche semble cependant nécessaire afin de déterminer les meilleures stratégies pharmacologiques pour traiter l'agitation et les éléments psychotiques chez ces patients.

Dans certains cas, les perturbations mentales se présentent sous la forme de symptômes psychotiques sans évidence initialement d'une étiologie organique directement identifiable.

Certains auteurs ont rapporté la présence d'une psychose de novo chez 3,2 % des patients infectés par le VIH et sans diagnostic de sida au moment de la présentation de l'épisode psychotique (Harris et al., 1991) et ont estimé à 15,2 % le taux de patients atteints du sida avec démence qui présentent de façon prédominante des symptômes psychotiques (Navia et al., 1986).

On a tenté de décrire les caractéristiques des patients présentant une psychose de novo dans le contexte de l'infection VIH (Harris et al., 1991). On retient comme éléments les plus fréquents: un début aigu ou sub-aigu sans prodrome apparent et une sévérité importante des symptômes psychotiques. La majorité des patients ayant reçu initialement un diagnostic psychiatrique ont été plus tard diagnostiqués comme porteurs d'une «psychose organique». Au niveau des symptômes, l'image ressemble fréquemment à une psychose schizophréniforme, les déficits cognitifs étant souvent d'intensité minime et les symptômes psychotiques dominant la présentation clinique. Cinquante pour cent des cas ont présenté une détérioration rapidement progressive vers une démence ou la mort en quelques semaines ou quelques mois. Les symptômes psychotiques et l'agitation tendraient à répondre de façon favorable à la médication antipsychotique.

On peut se poser des questions sur l'étiologie de tels épisodes psychotiques de novo: effet direct du VIH sur le cerveau? effet d'une infection du système nerveux central avec un autre virus? co-infection du système nerveux central avec deux ou plusieurs virus? association de l'infection VIH et d'une pathologie comme la schizophrénie? effet du stress relié à la maladie amenant une réaction psychotique brève? Cependant, le début aigu sans prodrome, la mise en évidence d'une atteinte cérébrale en cours d'évolution et la progression rapide dans plusieurs cas vers une démence et la mort argumentent fortement en faveur d'une étiologie organique.

Troubles affectifs

La dépression majeure est une autre complication possible de l'infection VIH. On estime que 10 à 20% des patients infectés par le VIH présenteraient une dépression majeure (Perry et al., 1984; Ostrow, 1987). Des facteurs biologiques peuvent être impliqués dans l'étiologie; des infections opportunistes et des tumeurs peuvent amener des lésions cérébrales avec secondairement des perturbations de l'humeur; certains troubles associés à l'immuno-suppression peuvent affecter l'humeur, certains virus ont une prédilection pour des régions cérébrales responsables de l'humeur et du comportement, et plusieurs des médicaments utilisés comme traitement peuvent altérer l'humeur. Cependant, on ne peut ignorer l'impact psychologique dévastateur qu'une telle maladie entraîne, comme possiblement contributoire à l'éclosion de troubles affectifs.

Sur le plan clinique, la dépression majeure chez ces patients semble similaire dans sa présentation à celle observée chez des patients déprimés séronégatifs (Hintz et al., 1990). Il existe cependant peu d'études évaluant si les dépressions peuvent être traitées efficacement et sécuritairement avec les antidépresseurs actuellement disponibles. Une étude (Hintz et al., 1990) examinant rétrospectivement les dossiers de patients séropositifs traités avec des antidépresseurs et comparant leur pattern de réponse à celui de patients séronégatifs, démontrait pour plusieurs antidépresseurs, incluant la nortriptyline, l'imipramine et la fluoxétine, une bonne efficacité à des doses comparables dans les deux groupes. L'imipramine et la fluoxétine semblaient présenter le ratio bénéfice/risque le plus favorable. Les effets secondaires semblaient de minimes à modérés. L'efficacité semblait plus importante chez les patients séropositifs asymptomatiques contrairement à ceux présentant des symptômes du sida où l'efficacité semblait moindre.

D'autres auteurs ont rapporté des traitements efficaces d'épisodes dépressifs majeurs chez des patients infectés par le VIH avec la fluoxétine (Perkins et al., 1991) et l'imipramine (Rabkin et al., 1990). Étant donné qu'on a rapporté une sensibilité accrue des patients infectés par le VIH, et plus particulièrement ceux atteints du sida, aux effets anticholinergiques (Evans et al., 1990), la fluoxétine peut s'avérer un antidépresseur mieux toléré, en raison de ses faibles effets anticholinergiques.

Ces données suggèrent que la dépression majeure chez les patients infectés par le VIH peut répondre à un traitement avec des antidépresseurs, tout particulièrement dans les phases initiales asymptomatiques de l'infection. Les bénéfices semblent moindres lorsque le patient entre

dans la phase pré-terminale. Il est possible que l'action des antidépresseurs soit atténuée par la présence de problèmes médicaux sévères.

L'électroconvulsivothérapie a aussi été utilisée avec succès chez certains patients séropositifs et avec le sida et présentant une dépression majeure (Schaerf et al., 1989). Dans ces cas, la dépression sévère répondait aussi bien que chez des individus non infectés. Comme dans les cas de patients séronégatifs, les décisions concernant l'électroconvulsivothérapie doivent se baser sur la sévérité clinique de la dépression, l'échec du traitement pharmacologique et l'absence de contre-indications.

Des succès thérapeutiques ont été rapportés en utilisant une combinaison d'antidépresseurs et de thérapie cognitive (Bhugra et al., 1990). Certains auteurs (Fernandez et al., 1988; Holmes et al., 1989) ont aussi rapporté des réponses intéressantes lors de l'utilisation de psychostimulants, notamment sur les symptômes d'apathie, de léthargie et de retrait, indiquant ainsi une alternative prometteuse aux antidépresseurs. Cependant, la pratique clinique actuelle semble favoriser l'utilisation d'antidépresseurs.

Dans le traitement d'épisodes de manie chez les patients atteints du sida, l'utilisation d'agents anti-manie habituels peut s'avérer à l'occasion problématique. Ces patients semblent démontrer une hypersensibilité aux effets extrapyramidaux des antipsychotiques, et le lithium présente un délai d'action et un potentiel de neurotoxicité.

Dans les cas de manie chez ces patients, une médication avec un minimum d'effets anticholinergiques et extrapyramidaux, une action rapide et des propriétés sédatives seraient souhaitables. Certains auteurs (Budman et al., 1990) ont suggéré que le clonazepam pourrait s'avérer une alternative utile.

Troubles d'adaptation

Les troubles d'adaptation représentent une autre complication très fréquente. Dans plusieurs études, il s'agit du trouble «fonctionnel» le plus fréquent (Dilley et al., 1985; Fabian, 1990). L'infection VIH expose l'individu à une variété de stressseurs psycho-sociaux majeurs tels les préjugés et la discrimination sociale, l'ostracisme, l'isolement socio-affectif, l'altération de l'image corporelle, les pertes d'amis succombant à la maladie, l'invalidité professionnelle, la douleur et l'aspect débilitant d'une maladie terminale.

Les facteurs de stress auxquels le patient doit faire face peuvent varier selon les stades de l'infection (Dilley, 1990). Durant la période

initiale suivant le diagnostic, on peut observer des réactions de déni et d'aplatissement affectif pouvant fluctuer avec des sentiments de honte et de culpabilité. La crainte d'être rejeté ou de contaminer autrui peut amener des réactions anxieuses. Progressivement, on peut assister à un épuisement émotionnel, de la tristesse, une inhibition sociale ou occupationnelle, de la rage devant l'inefficacité des traitements, la discrimination publique et l'inertie perçue des gouvernements et du monde médical à trouver un traitement curatif. Des sentiments d'abandon peuvent apparaître au stade terminal alors que la mort approche.

Une étude effectuée au Canada auprès de sujets séropositifs (Lamping et al., 1990), identifiait plusieurs facteurs qui suscitaient de la détresse chez cette population (Tableau 2).

Le développement d'interventions psychosociales spécifiques pour ces patients s'avère nécessaire pour les supporter et leur permettre de faire face à de tels stressseurs.

Tableau 2*

Problèmes amenant le plus de détresse chez des sujets séropositifs

1. Incertitude concernant l'avenir
 2. Incapacité d'atteindre des buts fixés
 3. État de malade
 4. Sentiments d'impuissance
 5. Perte d'autonomie
 6. Sentiments de rage
 7. Problèmes financiers
 8. Sentiments de solitude
 9. Problèmes dans la vie sexuelle
 10. Frustration face au système de santé
 11. Effets secondaires des médicaments
-

* Tiré de Lamping et al., 1990.

VIH et suicide

La littérature contient plusieurs rapports sur l'augmentation du risque suicidaire chez des personnes infectées par le VIH. Une étude rapporte que le taux de suicide pour les hommes âgés de 20 à 25 ans atteints du sida était 36 fois plus élevé que celui chez les hommes non atteints du sida (Mazurk et al., 1988). Une autre étude rapportait en Californie que le taux de suicide chez les hommes âgés de 20 à 39 ans

atteints du sida était 21 fois plus élevé que celui des hommes non atteints du sida (Kizer et al., 1988). Certains auteurs ont rapporté un risque suicidaire accru chez les personnes séropositives par rapport aux personnes séronégatives et l'augmentation semblait surtout importante chez les hommes (Brown et al., 1989). Cependant, certains ont rapporté un risque suicidaire plus bas, comparable à celui observé dans la population séronégative (O'Dowd et al., 1989).

On a aussi suggéré des différences dans le risque suicidaire au sein de la population de patients atteints par l'infection VIH (Holland et al., 1985; O'Dowd et al., 1990), les patients porteurs du sida ayant démontré plus de détresse émotionnelle et de tendances suicidaires que les patients séropositifs asymptomatiques.

Dans une étude récente (McKegney et al., 1992), le risque suicidaire de patients séropositifs sans diagnostic de sida fut comparé à celui de patients atteints du sida et de patients séronégatifs vus en consultation psychiatrique. Le pourcentage de patients jugés suicidaires était significativement plus élevé dans le groupe de patients séropositifs sans diagnostic de sida que dans les deux autres groupes. Parmi les hypothèses explicatives d'une telle différence, on retenait la plus grande prévalence d'atteintes cérébrales organiques chez les patients atteints du sida qui peuvent favoriser l'utilisation du déni. La certitude d'un diagnostic peut aussi induire une attitude d'acceptation.

Impact de l'épidémie sur les troubles psychiatriques de patients séronégatifs

Il existe actuellement dans la littérature psychiatrique plusieurs descriptions de cas de patients psychotiques présentant comme délire la conviction qu'ils sont atteints du sida (Mahorney et al., 1988; Seymour, 1989; O'Brien et al., 1985; O'Brien, 1987). Il s'agit d'un phénomène particulier qui peut être relié à la couverture médiatique de l'épidémie du sida.

Le contenu d'un délire peut varier beaucoup d'un patient à un autre et souvent représente un focus externe pour les craintes et les désirs internes du patient. Il est reconnu cliniquement que les délires tendent à incorporer du matériel qui est de l'intérêt et de l'opinion publics. Le sida est devenu un sujet d'intérêt public majeur en raison de l'impact humain qu'il cause et de la couverture médiatique. Cette couverture a suscité des craintes sinon une panique au sein du public. Dans cette couverture, le sida est présenté comme une maladie insidieuse et fatale. D'autre part, les groupes à risque tendent à être des victimes de discriminations ajoutant à l'image d'énigme et de honte entourant cette épidémie.

Donc, la préoccupation d'être atteint du sida devient un délire idéal pour un patient dont le sentiment de culpabilité cherche une forme d'expression rationnelle. Si des préoccupations sexuelles constituent la force dynamique qui sous-tend les sentiments de culpabilité, exagérés par la présence d'un trouble psychiatrique, notamment un trouble affectif, le sida offre à la fois une raison et une punition. Le sida devenant progressivement partie intégrante de la conscience publique, il n'est pas étonnant qu'un tel thème soit incorporé dans le matériel délirant des patients présentant des troubles psychiatriques.

Conclusion

Bien que peu d'études contrôlées sur le sujet ont été effectuées, les connaissances actuelles sur la morbidité psychiatrique des personnes infectées par le VIH révèlent une vulnérabilité importante aux troubles psychologiques et neuropsychiatriques. Les syndromes cérébraux organiques et les troubles d'adaptation semblent les complications les plus fréquentes nécessitant une intervention psychiatrique. L'incidence d'épisodes dépressifs dans le contexte de l'infection VIH semble aussi non négligeable et ces troubles tendent à répondre à l'utilisation de traitements antidépresseurs. Cependant, on note une vulnérabilité accrue aux effets secondaires. Les épisodes psychotiques de novo dans plusieurs cas témoignent d'une atteinte cérébrale organique. L'agitation et les symptômes psychotiques semblent répondre favorablement aux médicaments antipsychotiques mais on note un risque accru d'effets extrapyramidaux et anticholinergiques.

Outre les complications neuropsychiatriques, l'infection VIH expose les individus atteints à un niveau de stress considérable pouvant dépasser leurs capacités adaptatives et mener, dans certains cas, à des réactions mésadaptées. Une approche supportive pour le patient et son entourage et le développement de groupes de support au sein de la communauté semblent favoriser leur adaptation.

Ces données peuvent nous assister actuellement dans nos interventions auprès de ces patients, cependant plus d'études s'avèrent nécessaires afin de définir les stratégies optimales de traitement et de développer des interventions psychosociales spécifiques pour supporter ces personnes à travers cette maladie qui a acquis un caractère dévastateur.

Maintenant que les progrès médicaux permettent d'étendre la survie de patients atteints du sida, laissant ainsi plus de temps au VIH d'affecter le système nerveux central et plus de temps aux pressions psychosociales d'affecter l'équilibre émotionnel de ces personnes, il semble urgent pour les psychiatres et autres intervenants en santé men-

tale de développer des stratégies adaptées pour faire face aux complications neuropsychiatriques et psychosociales.

RÉFÉRENCES

- ATKINSON, J.H., GRANT, I., KENNEDY, C.J., RICHMAN, D.D., SPECTOR, S.A., McCUTCHAN, J.A., 1988, Prevalence of psychiatric disorders among men infected with H.I.V., A controlled study, *Archives of General Psychiatry*, 45, n° 9, 859-864.
- BAER, J.K., 1989, Study of 60 patients with AIDS or AIDS-related complex, requiring psychiatric hospitalization, *American Journal of Psychiatry*, 146, n° 10, 1285-1288.
- BERGER, J.R., 1987, Neurologic complications of H.I.V. infection, *Postgraduate Medicine*, 81, 72-78.
- BHUGRA, D., MOOREY, S., MINNE, C., 1990, Antidepressant and cognitive behavior therapy for an AIDS patient, *American Journal of Psychiatry*, 147, n° 2, 156.
- BREITBART, W., MARROTTA, R.F., CALL, P., 1988, AIDS and neuroleptic malignant syndrome, *Lancet*, 2, 1488-1489.
- BRITTON, C.B., MILLER, J.R., 1984, Neurologic complications in AIDS, *Neurological Clinics*, 2, 315-399.
- BROWN, G.R., RUNDELL, J.R., 1989, Suicidal tendencies in woman with H.I.V. infection, *American Journal of Psychiatry*, 146, n° 4, 556-557.
- BUDMAN, C.L., VANDERSALL, T.A., 1990, Clonazepam treatment of acute mania in an AIDS patient, *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, n° 5, 212.
- CANN, C.A., ADLER, M.W., 1986, Neurological manifestations of H.I.V. infection, *British Medical Journal*, 293, 462-463.
- CHUANG, H.T., JASON, G.W., PAJURKOVA, W.M., GILL, M.J., 1992, Psychiatric morbidity in patients with H.I.V. infection, *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, n° 2, 109-115.
- DILLEY, J.W., OCHTIL, H.N., PERL, M., 1985, Findings in psychiatric consultation with patients with AIDS, *American Journal of Psychiatry*, 142, 82-86.
- DILLEY, J., 1990, *Psychosocial impact of AIDS, AIDS knowledge base text, psychiatric aspects*, Waltham M.A., Medical Publishing Group, 1-5.
- EVANS, D.L., PELCINS, D.O., 1990, Clinical psychiatry of AIDS, *Current Opinion in Psychiatry*, 3, 96-102.
- FABIAN, J.L., 1990, Morbidité psychiatrique chez les patients hospitalisés pour le SIDA: expérience dans un hôpital au Québec, *Revue canadienne de psychiatrie*, 35, 581-584.
- FERNANDEZ, F., ADAMS, F., LEVY, J.K., 1988, Cognitive impairment due to AIDS-related complex and its response to psychostimulants, *Psychosomatics*, 29, 38-46.

- HARRIS, M.J., JESTE, D.V., CLEGHORN, A., SERVEL, D.D., 1991, New onset psychosis in H.I.V. infected patients, *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, n° 9, 369-376.
- HINTZ, S., KUCK, J., PETUKIN, J.J., VOLK, D.M., ZIGOOK, S., 1990, Depression in the context of H.I.V. infection: Implications for treatment, *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, n° 12, 497-501.
- HOLLAND, J.C., TROSS, S., 1985, The psychosocial and neuropsychiatric sequels of AIDS and related disorders, *Annals of Internal Medicine*, 103, 760-764.
- HOLMES, V.F., FERNANDEZ, F., LEVY, J.K., 1989, Psychostimulant response in AIDS-related complex patients, *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, 5-8.
- JACOBSON, P., PERRY, S.W., 1985, Organic mental syndromes possible in AIDS victims (letter), *American Journal of Psychiatry*, 142, n° 1, 1389.
- KIZER, K.W., GREEN, M., PERKINS, C.I., 1988, AIDS and suicide in California, *JAMA*, 260, 1881.
- LAMPING, D.L., SEWITCH, M., CLARK, E., 1990, *H.I.V.-related mental health needs and services in Canada, Needs Assessment Survey Final Report*, Federal Center for AIDS, Ottawa.
- MAHORNEY, S.L., CAVENAR, O.J., 1988, A new and timely delusion: The complaint of having AIDS, *American Journal of Psychiatry*, 145, n° 9, 1130-1132.
- MAZURK, P.M., TIERNEY, H., TARDIFF, K., 1988, Increased risk of suicide in person with AIDS, *JAMA*, 259, 1333-1337.
- NAVIA, B.A., JORDAN, B.D., PRICE, R.W., 1986, AIDS Dementia Complex I: Clinical features, *Annals of Neurology*, 19, 517-524.
- NICHOLS, S.E., OSTROW, D.G., 1984, *Psychiatric implications of AIDS*, American Psychiatric Press Inc., Washington DC.
- O'BRIEN, L.S., 1987, Not a case of pseudo-AIDS, *British Journal of Psychiatry*, 151, 127.
- O'BRIEN, G., HASSANYEH, F., 1985, AIDS-induced psychogenic states, *British Journal of Psychiatry*, 147, 91.
- O'DOWD, M.A., ORR, D., NATALI, C., BIDERMAN, D., MCKEGNEY, F.P., 1990, *More suicidal ideation in A.R.C. and H.I.V. patients than in AIDS patients attending a psychiatry outpatient program*, in Proceedings, 37th Annual Meeting of the Academy of Psychosomatic Medicine, Chicago, A.P.M.
- O'DOWD, M.A., MCKEGNEY, F.P., NATALI, C., HARKAVY, J., ASINS, G., 1989, *A comparison of suicidal behaviors in patients in an AIDS related psychiatric clinic and in a general psychiatric clinic*, in Abstracts, International Conference on AIDS, Ottawa.
- OSTROW, D.G., 1987, Psychiatric consequences of AIDS an overview, *International Journal of Neuroscience*, 32, 647-659.

- PERKINS, D.O., EVANS, D.L., 1991, Fluoxetine treatment of depression in patients with H.I.V. infection, *American Journal of Psychiatry*, 148, n° 6, 807-808.
- PERRY, S.W., 1990, Organic mental disorders caused by H.I.V.: Update on early diagnosis and treatment, *American Journal of Psychiatry*, 147, n° 6, 696-705.
- PERRY, S.W., TROSS, S., 1984, Psychiatric problems of AIDS in patients at the New York Hospital: Preliminary report, *Public Health Report*, 99, 200-205.
- RABKIN, J.G., HARRISON, W.M., 1990, Effect of imipramine on depression and immune status in a sample of men with H.I.V. infection, *American Journal of Psychiatry*, 147, 495-497.
- RUNDELL, J.R., PAOLUCCI, S.L., BEATTY, D.C., BOSWELL, R.N., 1988, Psychiatric illness at all stages of H.I.V. infection, *American Journal of Psychiatry*, 145, n° 5, 652-653.
- SCHAERF, F.W., MILLER, R.R., LIPSEY, J.R., MCPHERSON, R.W., 1989, ECT for major depression in four patients infected with H.I.V., *American Journal of Psychiatry*, 146, n° 6, 782-784.
- SEYMOUR, J., 1989, Delusions of having AIDS, *American Journal of Psychiatry*, 146, n° 4, 556.
- SNIDER, W.D., SIMPSON, D.M., NIELSEN, S., 1983, Neurological complication of AIDS, *Annals of Neurology*, 14, 403-418.

An update on the psychiatric repercussions of HIV infections

ABSTRACT

Persons infected by the HIV virus are known to be vulnerable to psychological and neuropsychiatric complications. The state of knowledge today indicated that the organic cerebral syndromes and adaptation problems are among the most frequent complications requiring a psychiatric intervention. Affective problems represent yet another possible type of complication. The author provides an update of current knowledge on the nature of these problems, as well as their treatment.