

## - 1 -

## LA DÉPRESSION ET LE VIH/SIDA: UN APPERCU DE LA RECHERCHE INTERNATIONALE

La dépression est un problème de santé majeur, il s'agit de la plus grande cause isolée d'invalidité dans le monde.<sup>1</sup> Le VIH/SIDA est également une cause majeure de mortalité et de dysfonctionnement, touchant approximativement 33 millions de personnes dans le monde en 2007.<sup>2</sup> La dépression et le VIH/SIDA sont tous les deux signifiants et valent tous les deux une attention importante, mais il est également intéressant de les considérer ensemble. Il y a une relation bidirectionnelle entre les deux conditions. Dans les pays développés<sup>3</sup> et en développement<sup>4</sup> les personnes ayant le VIH/SIDA ont plus de risque de développer une dépression que la population générale. Les conséquences potentielles des deux conditions réunis sont multiples et peuvent être dévastatrices si elles ne sont pas reconnues ou traitées comme il le faut.

### Qu'est-ce la dépression

La dépression est un trouble mental qui affecte dans un premier temps l'humeur. Les personnes atteintes de dépression peuvent avoir un sentiment envahissant de tristesse et de culpabilité, et éprouvent difficilement une quelconque satisfaction de vie. Elles peuvent se sentir extrêmement fatiguées, sans énergie, avoir des difficultés de concentration, se sentir sans espoir pour le futur et être préoccupées par des pensées sur la mort et mourir. La dépression affecte les gens de plusieurs manières. Cela peut aller d'une dépression légère à une dépression sévère, et peut comprendre une ou plusieurs épisodes de dépression.

*La dépression est différente de la tristesse. Les personnes peuvent continuer à vivre avec la tristesse. La dépression par contre est persistante et peut interférer significativement avec la capacité d'un individu à vivre normalement. La dépression a souvent un effet dévastateur sur tous les aspects de la vie quotidienne d'une personne, y compris sur ses relations familiales, ses amitiés et sa capacité à travailler ou à aller à l'école. La personne se sent comme si toute la joie et toute l'énergie lui sont retirées.<sup>5</sup>*

### Quelle est la fréquence de la dépression

Le nombre de personnes atteintes de dépression varie selon les différents groupes et communautés. Cependant, beaucoup d'études ont démontré des taux supérieurs de dépression chez les personnes affectées par le VIH/SIDA. Généralement, ces personnes ont environ deux fois plus de risques de souffrir d'une sévère dépression que la population générale.<sup>6</sup> Une étude a montré que 60% des patients atteints du VIH/SIDA ont subi une sévère dépression à un certain moment de leur maladie.<sup>7</sup> Le taux de dépression est supérieur chez les enfants et les adolescents, ainsi que chez les adultes atteints de VIH/SIDA. Un aperçu de huit études a trouvé qu'en moyenne, 25% d'adolescents séropositifs éprouvent une dépression sévère.<sup>8</sup>

### Qu'est ce qui cause la dépression

Il est important de ne pas penser que la dépression est une réaction automatique et logique suite au diagnostic du VIH et que nous ne puissions pas faire grand chose pour soigner une telle dépression. Cependant, la dépression peut bien être liée au stress au tour du diagnostic de séropositivité, cela reste une maladie qui peut et devrait être traitée. Toutes les dépressions devraient être traitées, mais toutes les dépressions chez les personnes séropositives ne proviennent pas simplement d'une réaction psychologique au diagnostic. La dépression peut aussi être une condition préexistante ou peut être causée par des complications neuropsychiatriques du VIH ou encore, suite aux effets secondaires des médicaments antirétroviraux (ARV).

#### Préexistant

Des études ont démontrées qu'une grande partie de personnes atteintes à la fois du VIH et de maladie mentale, dont la dépression, avaient déjà cette maladie avant de devenir séropositif.<sup>9</sup> Ces personnes qui ont une maladie mentale sont vulnérables à une infection VIH. Les raisons expliquant cela sont complexes. Une dépression

peut altérer le jugement et la prise de décisions, ce qui pourrait entraîner des comportements augmentant le risque d'infection par le VIH.<sup>10</sup> Dans certaines communautés, les personnes atteintes d'une maladie mentale sont aussi marginalisées et stigmatisées et pourraient ne pas recevoir une formation appropriée sur la prévention du VIH.<sup>11</sup>

Il est particulièrement important de reconnaître l'impact d'une dépression préexistante quand quelqu'un se fait dépister pour le VIH ou s'il a récemment été diagnostiqué comme étant séropositif. Une personne dépressive peut réagir de façon très négative à un diagnostic positif au VIH, jusqu'à devenir suicidaire.<sup>12</sup> Il est donc crucial de reconnaître la dépression et d'offrir un soutien adéquat avant et après le dépistage.

### Psychologique

Il est clair qu'un diagnostic positif au VIH, et le fait de vivre avec le VIH, peut causer un énorme stress psychologique. Une dépression peut être déclenchée par des facteurs stressants de la vie et il existe de considérables causes de stress pour les personnes séropositives dont : une espérance de vie réduite, la stigmatisation et la discrimination, la perte de soutien social et devoir ajuster leur vie à une maladie mentale.<sup>13</sup>

### Neuropsychiatrique

Une infection par le VIH peut changer des structures du cerveau. Ces effets directs sur le système nerveux central peuvent causer des complications, tel qu'une dépression.<sup>14</sup>

### Effets secondaires des médicaments

Certain médicaments qui sont utilisés dans les thérapies antirétrovirales, tel que l'éfavirenz, peuvent avoir des effets secondaires sur le système nerveux central et peuvent aussi conduire à un développement d'une dépression chez les patients.<sup>15</sup>

*« Quand on est dépressif on ne s'inquiète vraiment pas de grand chose. On ne s'inquiète pas, tout simplement. Et j'étais comme ça pendant un moment. Je ne m'inquiétais de rien. Je jetais mes médicaments par la fenêtre. J'essayais d'oublier.<sup>16</sup> » -Adolescent séropositif*

## LES CRITERES DE DEPRESSION DE L'ICD<sup>17</sup>

### Episode Dépressive

Les épisodes légers, modérés ou sévères types sont caractérisés par une baisse d'énergie et d'activité. Le patient souffre également d'une humeur sombre. La capacité d'éprouver du plaisir et avoir de l'intérêt, ainsi que la concentration est réduite. Une fatigue marquée après chaque effort est fréquente. Habituellement le sommeil est perturbé et l'appétit réduit. L'estime de soi et la confiance en soi est presque toujours réduite et, même sous forme légère, des idées de culpabilité ou d'insignifiance sont souvent présentes. L'humeur sombre varie peu de jour en jour, et elle n'est pas responsive aux circonstances et peut être accompagnée par de soi-disant symptômes « somatiques », comme par exemple une perte d'intérêt et de sentiments plaisants, le réveil plusieurs heures avant l'heure habituelle, un épisode de dépression plus sévère le matin, un retardement psychomoteur marqué, une agitation, une perte d'appétit, une perte de poids et la perte de libido. Selon le nombre et la sévérité des symptômes, un épisode dépressif peut être spécifié comme léger, modéré ou sévère.

Inclus: Episode simple de::

- réaction dépressive
- dépression psychogénique
- dépression réactive

Exclus:

- trouble d'ajustement ( F43.2 )
- trouble dépressif récurrent ( F33.- )
- si associé avec les désordres de conduite voire F91.- ( F92.0 )

### F32.0

#### Episode dépressif léger

Deux ou trois des symptômes décrits ci-dessus sont généralement présents. Cela affecte souvent le patient, il mais pourra probablement poursuivre la plupart des activités.

### F32.1

#### Episode dépressif modéré

Quatre ou plus des symptômes décrits ci-dessus sont généralement présents et le patient aura probablement des difficultés à poursuivre des activités ordinaires.

F32.2

**Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques**

Un épisode de dépression pendant laquelle plusieurs des symptômes décrits sont marquants et stressants. Typique sont la perte d'estime de soi et des idées de culpabilité ou d'insignifiance. Des pensées et des actes suicidaires sont fréquents et un certain nombre de symptômes somatiques sont généralement présent.

Dépression agitées } Episode simple

Dépression sévère } sans symptômes

Dépression vitale } psychotiques

F32.3

**Episode dépressif sévère avec des symptômes psychotiques**

Un épisode de dépression comme décrit sous le point F32.2, avec en plus la présence d'hallucinations, d'illusions, de retardement psychomoteur, ou de la stupeur est si sévère que les activités sociales ordinaires sont impossibles. Il peut y avoir un danger de vie par le suicide, la déshydratation ou la famine. Les hallucinations et les illusions ne sont pas toujours congruentes avec l'humeur.

Episodes simple de:

- dépression sévère avec symptômes psychotiques
- psychose dépressive psychogénique
- dépression psychotique

F32.8

**Episode dépressif autre**

Dépression atypique  
Episodes simples de dépression  
'masqué' NOS (not otherwise specified)

F32.9

**Episode dépressif, non-spécifié**

Dépression NOS  
Désordre dépressif NOS

## Diagnostiquer une dépression

Dépendant de l'endroit, de la formation et des préférences du professionnel de santé qui est consulté, plusieurs outils existent pour réaliser un diagnostic clinique d'une dépression. Dans beaucoup de pays, les professionnels de santé diagnostiquent une dépression si les personnes répondent aux conditions de diagnostic du 'American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manuel' (DSM)<sup>18</sup> ou le 'World Health Organisation's International Classification of Disease' (ICD).<sup>19</sup> Bien que le diagnostic doive être réalisé par un professionnel de santé, des exemples de critères de diagnostic sont donnés ci-dessous comme guide. Il est possible que la dépression chez les personnes séropositives soit difficile à diagnostiquer. Il existe notamment des symptômes qui pourraient indiquer une dépression, tel que la fatigue et la perte de poids, mais qui sont aussi causés par l'immunosuppression qui se produit avec le VIH. Les professionnels de santé devraient considérer ceci quand ils réalisent des diagnostics.<sup>20</sup>

## Quel est l'impact sur la vie des personnes?

Une dépression peut avoir un impact considérable sur la qualité de vie,<sup>21</sup> particulièrement si la personne ne se fait pas soigner. Cependant, l'impact de la dépression ne se restreint pas à la santé mentale de la personne. Des effets étendus ont été trouvés, y compris l'impact sur l'entourage de la personne, sur la productivité et sur la santé physique. Une dépression non-traitée peut conduire à des comportements à haut-risque,<sup>22</sup> et en évidence cela concerne les efforts pour la prévention du VIH. Une dépression cause un niveau élevé d'incapacité, en particulier chez les personnes ayant l'âge de travailler.<sup>23</sup> L'impact le plus inquiétant de la dépression pourrait cependant être l'impact qu'une dépression co-morbide pourrait avoir sur la santé générale et sur la survie de personnes séropositives.

## Mortalité Accrue

La dépression chez les personnes séropositives contribue à la mortalité.<sup>24</sup> Des études ont trouvées que les femmes avec des symptômes de dépression chronique ont deux fois plus de risques de mourir que d'autres femmes. Dans une étude portant sur des femmes atteintes du SIDA, la mortalité liée au VIH était de 54% pour les femmes avec une dépression chronique et de 48% pour celles avec des symptômes dépressifs intermittents, comparé à 21% pour celles avec des symptômes de

dépression limités ou sans symptômes. Les femmes ayant une dépression chronique montraient également un déclin significativement plus important dans le nombre de cellules CD4 (une mesure qui peut montrer une progression du VIH) que d'autres.<sup>25</sup>

### **Une faible adhérence à, ou l'exclusion à la Thérapie Antirétrovirale (ART)**

Si les médicaments antirétroviraux (ARV) sont disponibles, ils peuvent apporter des améliorations spectaculaires sur la santé et le pronostic vital des personnes séropositives. Cependant, l'utilisation des ARV est compliquée. Ces médicaments doivent être utilisés correctement pour ne pas risquer le développement d'une modification du VIH qui serait résistant aux traitements actuellement disponibles. Le mieux serait une adhérence parfaite au régime de traitement. Une adhérence de moins de 95% est associée à un risque plus élevé de résistance au virus.<sup>26</sup> Sans compter ce risque de résistance virale, une utilisation incorrecte des ARV gaspillent les ressources et diminuent la rentabilité des programmes de traitement.<sup>27</sup> Une faible adhérence au régime de traitement peut aussi accroître les effets secondaires des médicaments pour le patient.<sup>28</sup>

Malheureusement, l'adhérence peut être un problème pour les personnes dépressives. La dépression est l'un de ces quelques facteurs qui est corrélée significativement avec l'adhérence.<sup>29</sup> Le taux d'adhérence au médicament des personnes dépressives qui ont peu de soutien social est environ la moitié du taux d'adhérence des personnes sans dépression.<sup>30</sup>

Dans certains endroits, on refuse l'accès au traitement aux ARV, prolongeant la vie, aux personnes atteintes d'une dépression en raison des inquiétudes concernant leur adhérence potentiellement faible. Ceci est extrêmement discriminatoire. Toutes personnes devraient avoir une chance égale d'accéder aux ARV. Il est particulièrement injuste d'exclure de ce traitement des personnes atteintes de dépression si la cause de la dépression est due aux complications neuropsychiatriques du VIH et qui devrait s'améliorer s'ils reçoivent des ARV. Une approche différente serait plutôt de mettre l'accent sur un bilan et des interventions individuelles pour améliorer la santé mentale et l'adhérence.<sup>31</sup>

### **La santé physique et le fonctionnement du système immunitaire**

L'évolution du VIH peut être influencée par le bien-être mental.<sup>32</sup> Une dépression, accompagnée d'un stress de vie quotidienne important, prévoit une progression du VIH plus rapide.<sup>33</sup> La dépression affecte la santé physique de plusieurs façons. La dépression peut nuire au fonctionnement du système immunitaire et ceci est particulièrement préoccupant pour les personnes qui sont aussi séropositives.<sup>34</sup> Un fonctionnement diminué du système immunitaire peut mener à une progression plus rapide de la maladie, ainsi qu'à d'autres troubles physiques. Bien plus problématique encore, c'est que les personnes dépressives prêteront moins d'attention aux symptômes physiques et tarderont à chercher un traitement. Il est possible que les personnes avec une maladie mentale doivent faire face à des barrières pour accéder au traitement, même si elles le cherchent, dans les secteurs où la stigmatisation et la discrimination des personnes avec une maladie mentale est importante.<sup>35</sup>

### **Suicide**

Avoir eu une dépression dans le passé est un facteur à risque pour l'idéation suicidaire chez les personnes séropositives<sup>36</sup> et le suicide contribue à une hausse de la mortalité aperçue chez les personnes où les deux conditions sont réunies. Il a été rapporté que le risque de suicide chez les personnes séropositives est de 7 à 26 plus important que pour la population globale.<sup>37</sup>

### **Qu'est-ce qui est susceptible d'augmenter les risques de dépression ou d'aggraver une dépression**

Un certain nombre de facteurs augmentant le risque ou la sévérité de la dépression chez les personnes séropositives ont été suggérés. Ces facteurs sont :

- un niveau d'éducation inférieure
- des événements de vie plus négatives
- un manque de soutien sociale
- peu d'estime de soi
- peu de cohésion familiale
- une pauvre conception de la santé
- avoir une restriction d'activité plus élevée
- stigmatisation de l'individu
- une qualité de vie inférieure<sup>38,39</sup>

## Qu'est-ce qui est susceptible de protéger les personnes de la dépression ou de réduire la dépression

Dans certains cas, la dépression peut être évitée, et dans presque tous les cas, elle peut être soignée. Les interventions améliorant la santé mentale des individus et des communautés peuvent avoir un impact positif sur la sévérité et le niveau de dépression.

Les professionnels de santé et les médicaments psychiatriques ne sont pas disponibles de façon égale dans le monde. Cependant, si la psychothérapie et le traitement avec antidépresseurs sont disponibles, ils peuvent s'avérer très efficaces pour le traitement contre la dépression. Un groupe de soutien de pair où la personne est soutenu par d'autres personnes atteintes du VIH/de dépression peut également aider, tout comme le soutien de la famille et des amis. Il s'avère également qu'avoir accès au traitement ARV, qui lui apporte souvent l'espérance d'une vie plus longue et plus d'espoir, par qui la personne est soutenue par d'autres avec le VIH/la dépression peuvent également aider, tout comme le soutien de la famille et les amis. Il s'avère également qu'avoir accès au traitement ARV, qui apporte souvent l'espérance d'une vie plus longue et plus d'espoir, pourrait d'une certaine façon élever la dépression, bien que la recherche soit assez contradictoire sur ce point.<sup>40</sup>

1. Whiteford HM, Teeson M, Scheurer R, Jamison, D. Responding to the burden of mental illness. Commission on Macroeconomics and Health Working Paper Series, Paper No. WG1:12. Geneva: World Health Organisation; 2001.

2. UNAIDS Fact Sheet – Revised HIV estimates [Internet]. Geneva (Switzerland): UNAIDS; Available from [http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/071118\\_epi\\_revisions\\_factsheet\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/071118_epi_revisions_factsheet_en.pdf)

3. Baingana F, Thomas R, Comblain C. HIV/AIDS and mental health. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Washington: The World Bank; 2004.

4. Collins PY, Holman AR, Freeman MC, Patel V. What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in development countries? A systemic review. *AIDS*. 2006; 20(12):1571-1582.

5. Winiarski MG. Community-based counselling for people affected by HIV/AIDS. Cape Town: Maskew Miller Longman; 2004.

6. Warren C, Stern R. Neuropsychiatric emergencies in the patient with HIV infection. *Emerg Med Rep*. 1995; 16(15):141-148 cited by Baingana F, Thomas R, Comblain C. HIV/AIDS and mental health. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Washington: The World Bank; 2004.

7. Treisman GJ, Angelino AF, Hutton HE. Psychiatric issues in the management of patients with HIV infection. *JAMA*. 2001;22:2859 cited in Baingana F et al., above, fn3.

8. Scharko AM. DSM psychiatric disorders in the context of pediatric HIV/AIDS. *AIDS Care*. 2006. 18(5):441-445 cited by Li R. Growing up on HAART: The experiences and needs of HIV positive adolescents in care and treatment in the Western Cape Province of South Africa. Centre for Social

Science Research Working Paper No. 249. Cape Town: Centre for Social Science Research; 2009.

9. Catalan J, Burgess A, Klimes I. Psychological medicine of HIV infection. Oxford: Oxford University Press; 1995 and Gallego L, Gordillo V, Catalan J. Psychiatric and psychological disorders associated to HIV infection. *AIDS Reviews*, *AIDS Rev*. 2000; 2:48-60 cited by Brandt R. Does mental health matter for poor, hiv-infected women/mothers in the era of HAART? Centre for Social Science Research Working Paper No. 166. Cape Town: Centre for Social Science Research; 2006.

10. World Health Organisation. Organizations and systems support for mental health interventions in anti-retroviral (ARV) therapy programmes. Mental Health and HIV/AIDS Series. Johannesburg: World Health Organisation; 2005.

11. Freeman M, Thom R. Serious mental illness and HIV/AIDS. *S Afr J Psychol*. (2006); 12(1):4-8.

12. Winiarski MG. Community-based counselling for people affected by HIV/AIDS. Cape Town: Maskew Miller Longman; 2004.

13. World Health Organisation, Secretariat. HIV/AIDS and mental health. Executive Board, 124th Session, Provisional agenda item 4.3. EB124/6. 2008

14. Ibid

15. Ibid

16. Rao D et al. Stigma and social barriers to medication adherence with urban youth living with HIV. *AIDS Care*. 2007; 19(1):28-33 cited by Li R. Growing up on HAART: The experiences and needs of HIV positive adolescents in care and treatment in the Western Cape Province of South Africa. Centre for Social Science Research Working Paper No. 249. Cape Town: Centre for Social Science Research; 2009.

17. World Health Organisation. Tenth revision of the international classification of disease. Geneva: World Health Organisation; 1993.

18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual. USA: APA; 2000.

19. World Health Organisation. Tenth revision of the international classification of disease. Geneva: World Health Organisation; 1993.

20. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual. USA: APA; 2000.

21. World Health Organisation. Tenth revision of the international classification of disease. Geneva: World Health Organisation; 1993.

22. Treisman et al., above, fn7.

23. Tostes MA, Chalub M, Botega NJ. The quality of life of HIVinfected women is associated with psychiatric morbidity. *AIDS Care* 2004; 16:177-186 and Yang M-H, Chen Y-M, Kuo BI.T, Wang K-Y. Quality of life and related factors for people living with HIV/AIDS in Northern Taiwan. *J Nursing Res* 2003; 11:217-226 cited by Collins PY, Holman AR, Freeman MC, Patel V. What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in development countries? A systemic review. *AIDS*. 2006; 20(12):1571-1582.

24. Colibazzi T, Hsu TT, Gilmer WS. Human immunodeficiency virus and depression in primary care: a clinical review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2006; 8(4):201-11.

25. Whiteford et al., above, fn1.

26. Ickovics JR, Hamburger ME, Vlahov D, Schoenbaum EE, Schuman P, Boland R. J. et al. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women: Longitudinal analysis from the HIV epidemiology research study. *JAMA*. 2001; 285:1466-1474 cited by Brandt R. Maternal well-being, childcare and child adjustment in the context of HIV/AIDS: What does the psychological literature say? Centre for Social Science Research Working Paper No. 135. Cape Town: Centre for Social Science Research; 2005.

27. Ibid.

28. World Health Organisation, Secretariat. HIV/AIDS and mental health. Executive Board, 124th Session, Provisional agenda item 4.3. EB124/6. 2008.

29. World Health Organisation, above, fn10.

30. Musisi S, Kinyanda E (eds). Psychiatric problems of HIV/AIDS and their management in Africa. Kampala: Fountain Publishers; 2009.

31. Singh N, Squier C, Sivek M, Wagener M, Nguyen H, Yu YL. Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance. *AIDS Care*. 1996; 8(3):261-269 cited by Baingana F, Thomas R, Comblain C. HIV/AIDS and mental health. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Washington: The World Bank; 2004.

30. Gordillo V, del Amo J, Soriano V, Gonzalez-Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS*. 1999; 13:1763-1769 cited by Baingana F, Thomas R, Comblain C. HIV/AIDS and mental health. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Washington: The World Bank; 2004.
31. World Health Organisation, above, fn10.
32. Ickovics JR, Hamburger ME, Vlahov D, Schoenbaum EE, Schuman P, Boland R. J. et al. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women: Longitudinal analysis from the HIV epidemiology research study. *JAMA*. 2001; 285:1466-1474 in Freeman M, Thom R. Serious mental illness and HIV/AIDS. *S Afr J Psychol.* (2006); 12(1):4-8.
33. Evans DL, Leserman J, Perkins D, Gettes D, Zheng B, Zaytoun A, Rosier J, Folds J, Golden R, Pettito J. Stress and depression affect immunity and disease progression in HIV infection. *Biol Psychiatry*. 1997; 41(1):270S.
34. Brandt R. Does mental health matter for poor, hiv-infected women/mothers in the era of HAART? Centre for Social Science Research Working Paper No. 166. Cape Town: Centre for Social Science Research; 2006.
35. World Health Organisation. The mental health context. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Geneva: World Health Organisation; 2003.
36. World Health Organisation, above, fn25.
37. Catalan J, Burgess A, Klimes I. Psychological medicine of HIV infection. Oxford: Oxford University Press; 1995 in Brandt R. Does mental health matter for poor, hiv-infected women/mothers in the era of HAART? Centre for Social Science Research Working Paper No. 166. Cape Town: Centre for Social Science Research; 2006.
38. Deacon H, Stephney I, Prosalendis S. Understanding HIV/AIDS stigma. A theoretical and methodological analysis. South Africa: HSRC Press; 2000.
39. Brandt R. Maternal well-being, childcare and child adjustment in the context of HIV/AIDS: What does the psychological literature say? Centre for Social Science Research Working Paper No. 135. Cape Town: Centre for Social Science Research; 2005.
40. Freeman M. HIV/AIDS in developing countries: Heading towards a mental health and consequent social disaster? *S Afr J Psychol*. 2004; 34(1):139-159.