**Vandenbulcke**

*DEMENTIE:*

Onderscheid dementie en MCI

MCI = geobjectiveerde stoornis van 1 of meerdere cognitieve domeinen (i.t.t. SCI: subjective cognitive impairment!

Verschil zit met dementie zit hem in impact op dagelijksleven: veel impact vs weinig impact (MCI)

NB dit is relatief: afh van je baan (intellectueel vs. handwerk) heeft het meer of minder impact. Bij een fabrieksarbeiderzal MCI minder snel evident zijn dan bij een topmanager. Handig om al een diagnose te stellen zonder met termen als Alzheimer te gaan gooien die voor dat ogenblik te zwaar zijn. 10-15% per jaar zal evalueren naar AD!

Verschillende typen MCI: amnestic en non-amnestic, beiden verder onder te verdelen in single domain en multi-domain. De verschillende cognitieve domeinen:

- amnesie (geheugen)

- afasie (taalstoornis)

- agnosie (stoornis van het herkennen)

- apraxie (stoornis van het handelen)

- executieve dysfunctie (uitvoerende functies: plannen, organiseren…)

- Symptomen van dementiesyndroom:

1. Zie hierboven gestoorde cognitieve stoornissen (dementiesyndroom = amensie + x aantal andere cognitieve stoornissen).
2. Duidelijke beperking in sociaal/beroepsmatig functioneren t.o.v. voorgaande niveau.
3. Niet enkel optredend bij delirium!

<65 jaar = jong-dementie (preseniel)

VDB: pers 75j, last van geheugenverlies, bevestigd door neuropsychologisch onderzoek, geen impact op dagelijkse leven.  Wat is het, oorzaken en beleid. bespreek.

*Dat was idd MCI, maar wat voor de rest de bedoeling was?...   
'k heb MCI uitgelegd, dan de types dementie er bij gezet,   
maar hij vroeg dat wat de meest voorkomende oorzaak was van MCI (da’s alzheimer. Andere oorzaken zijn de andere vormen van dementie VD, LBD, FTLD. Ook depressie kan oorzaak zijn*

*hoeveel % maakt de omschakeling naar AD in 5j (50%. Conversiekans is namelijk 10-15% per jaar) en dan die onderverdeling (amnestic en non amnestic) en wat enkel taalstoornissen zijn (non-amnestic single domain)   
andere bijvragen: welk technisch OZ voor verschil organische en delirium tremens (EEG), wat doe je als er een alcholicus binnen komt op spoed (geen delirium: vit B1, BDZ) wat met antipsychotica?*

- VDB: Dementie: Gedragsveranderingen geven + factoren die daarbij een rol spelen.

Slide 71!

Gedragsproblemen bij dementie = BPSD = Behavioural & Psychological Symptoms in Dementia

Biologische factoren: frontaal hypometabolisme bij AD???

Aantasting NT systemen

Beperkingen zicht/gehoor

Psychologische factoren: copingstijl

Persoonlijkheidsstructuur

VG van psychiatrische problemen

verlieservaringen

Sociale factoren: beperkte mantelzorg: kinderen vaak tweeverdieners dus moeilijk op te vangen

kinderen maken soms misbruik van ouders

Alleenwonenden hebben hogere kans op ontw van BPSD

financiële situatie

Gedragsveranderingen + factoren:

1. Psychose: frontaal hypometabolisme bij AD. De pathologie breidt uit, ook andere gebieden minder hersenactiviteit -> desoriëntatie in tijd (eerst) en ruimte (later)

LBD: heeft sowieso al visuele hallucinaties

Psychose bij dementie: AD>VD>FTLD

1. Agitatie/agressie. Gedragsregulatie bij FTD. REM-slaapagressie bij LBD
2. Depressie:

Oorzaak is heterogeen:

* emotionele reactie op cognitieve achteruitgang (NB! Ziekte-inzicht en depressie correleren niet!)
* aanpassingsstoornis met depressieve stemming
* recidief, dus er was depressie in VG
* vasculaire depressie: psychomotorische vertragingen agv multipele CVA’s (lijkt op depressie)

VD heeft sowieso al multipele CVA’s

* neurodegeneratief proces van AD (verandering in NT, in metabolisme)
* stemmingsstoornis door medische aandoening

1. apathie: FTD (= gedragsvariant van FTLD) heeft sowieso al minder empathisch vermogen en minder emotionele bezorgdheid

*DELIER*

- waarom geef je Haldol en niets anders bij delier? (bijvraag Demyttenaere) NB! VDB slides: er zijn ook farmacologische alternatieven van Haldol (atypische antipsychotica, Trazodone, Ache-Esterase remmers). Dus je kan evt wel iets anders dan Haldol geven.

Er is dopaminerge hyperfunctie -> R/ dopamine antagonist = antipsychoticum

Bijkomend: bij welke aandoeningen kan een delier in dementie overgaan? (en dan mag je zoveel voorbeelden geven als je kan want neurovasculair volstaat niet)

Zie uitlokkende factoren delier en dementie:

CVA: kan delier uitlokken, kan hersenschade achterlaten (vasculaire dementie)

Parkinson: antiParkinson medicatie(anticholiergica, amantidine, levodopa, DA-R agonisten, MAO-I) kunnen delir uitlokken, Lewy Body dementie

Alcohol + VitB1 deficiëntie: onttrekking geeft delirium tremens, Wernicke-Korsakov

Leverfalen: predisponerend voor delirium, encefalopathie -> hersenschade -> dementie

Metabool syndroom/roken: hoge kans op CVA -> delirium, risicofactoren voor ziekte van Alzheimer&Vasc. Dementie

VitB12/foliumzuur deficiëntie: anemie-> teweinig O2 CZA-> delirium, dementie

Hersentumor/hersentrauma: heelkunde+anesthesie+ICU -> delirium, hersenschade-> demen

- De oorzaak van delirium berust op een samenspel van 2 factoren: leg uit + bespreek de 3 pathofys. hypothesen voor delirium.

2 factoren: model van Inouye

Predisponerende en precipiterende factoren (figuur met 2 lijnen en een kruis in het midden!)

Predisponerend: van gezond en fit naar multi-sensory impairment tot ernstig ziek en ernstige dementie. Precipiterend van: één dosis slaapmedicatie naar slaaponthouding tot multipele psychoactieve medicijnen en zware chirurgie.

Voorbeelden predisponerende factoren:

- leeftijd >65j

- slechte cognitieve toestand (dementie, VG van delirium, depressie, cognitieve aantasting)

- slechte functionele toestand (afhankelijkheid, beperkte mobiliteit en verhoogd valrisico)

- zintuiglijke beperkingen (visuele en gehoorsproblemen)

- voedingstoestand (deshydratatie, malnutritie)

- (genees-)middelengebruik (multifarmacie en alcohol+B1 deficit: Wernicke-Korsakoff)

- co-morbiditeiten:

- Chronisch nier- of leverfalen (hepatische encephalopathie!)

- VG van CVA (vasculaire dementie!)

- Metabool syndroom/roken (risico voor AD en vasc. dementie + hogere kans CVA)

- Tumor/trauma

- Infectie (HIV)

- B12/FZ deficit (anemie, te weinig O2 in CZS)

Voorbeelden van precipiterende factoren:

- Middelen (sedativa, narcotica, anticholinergica, wijziging schema, alcohol/BZP onttrekking)

- CVA

- Meningitis

- Andere somatische problemen

- infecties

- **urineretentie!**/faecale impactie

- koorts/hypothermie

- malnutritie (N.B. dus veel factoren die zowel precipiterend and predisponerende beschouwd w!)

- metabool (hypo Na+)

- anemie

- Heelkunde (orthopedische en cardiale ingrepen)

- Omgevingsfactoren:

- Hospitalisatie

- Fixatie

- Blaaskatheter (?)

- Emotionele stress

- Pijn

- Slaap deprivatie

De 3 pathofysiologische hypothesen:

1. Neurotransmitter hypothese: cholinerge onderactiviteit (anticholinergica!) en dopaminerge overactiviteit (DA verhogende middelen!, Parkinson!)
2. Ontstekingshypothese: pro-inflammatoire cytokines
3. Stress-hypothese: activiteit HPA-as 🡪 cortisol 🡪 ontregeling IM-systeem met vrijzetting van cytokines en neurotransmitters (DA!)

- Geef de behandelingsopties van Delirium   
Preventief: corrigeer de predisponerende en precipiterende risicofactoren.

Voorbeelden van preventief:

- Zicht en gehoor: voldoende licht, bril, gehoorapparaat

- Mobilisatie: z.s.m. na heelkunde, verwijderen sondes/katheters

- Slaap: niet onderbreken (zeker niet voor slaapmedicatie ☺!), diuretica ’s morgens, kortdurende slaapmedicatie

- Vocht: beschikbaarheid, vulling in orde, assistentie

- Pijncontrole: ernaar vragen, non-verbale tekens tijdig onderkennen

- Observeer vroegtijdige tekens: slapeloosheid, sufheid, levendige dromen, wanen, prikkelbaarheid, motorische agitatie of juist hypoactief/passief. Overgevoeligheid voor prikkels, begripsproblemen, desoriëntatie.

Behandeling van hyperactief delirium:

* onttrekkingsdelirium (alcohol, BDZ): Thiamine (B1) I.V., vocht (glucose 5% 1000 mL I.V.), langwerkende BZP (dikaliumclorazepaat), intense monitoring.
* Overige oorzaken (niet bij Parkinson):
  + Lichte vorm: antipsychoticum (Haloperidol) per os 2-4 mg/dag in 2 giften
  + Ernstige vorm: haloperidol 2.5 mg IM of traag I.V., evaluatie na 30 min. (BD, pols, BWZ) en herhaal zo nodig

- Prognose en beloop van delirium?

Duur en prognose hangen af van onderliggende oorzaak/kwetsbaarheid.

Een belangrijk % van patiënten opgenomen voor delirium overlijdt (1-jaars mortaliteit = 35-40%)

Delirium ‘erbovenop’ geeft slechter herstel van onderliggende aandoening.

Cognitieve achteruitgang bij deliriumpatienten: diagnose van dementie wordt bij 50% (!) gesteld binnen 3 jaar na delirium bij patiënten zonder voorafgaande symptomen van dementie.

Angst en depressie (30%) kunnen ook optreden na delirium.

*PSYCHOSE EN SCHIZOFRENIE*

Bespreek kort de symptomen van een psychose. Bespreek de differentieel diagnoses van de kenmerken van een psychose.

DD tussen Psychose en psychose in het kader van dementie

Dementie: vooral visuele psychoses?

Zie ook 2011 neuropsychiatrische ziektebeelden kliniek prof. M. Vandenbulcke

DD psychose op latere leeftijd en DD tussen Psychose bij dementie en Very late onset schizophrenia-like psychosis

Psychose bij dementie vooral:

* Diefstal wanen
* Vreemden in huis wanen
* Visuele hallucinaties van vreemden
* misidentificatie

Symptomen van een psychose, DD van de kenmerken van een psychose.

Ruimte definitie: een stoornis in het psychisch functioneren. Verkeerdelijk waarnemen, denken, voelen, handelen en slechte of veranderde impulscontrole. Een breuk met de realiteit, ego-syntoon (geen of beperkt ziekteinzicht). Handelingen en ervaringen van de psychotische persoon staan los van de werkelijkheid/context waarin hij/zij zich bevindt.

Enge definitie:

Psychose wordt gekenmerkt door één of meer van de volgende symptomen

- Wanen: onjuist niet-corrigeerbare overtuigingen met subjectieve zekerheid (ego-syntoon). Bv. bizar vs. niet-bizar, paranoïde wanen, betrekkingswanen (alles om hun heen slaat op hun, “ze hebben het over mij in het nieuws!”) gedachten inbrenging, gedachten uitzenden, schuld of zonde, ondergangswanen (denken dat ze failliet zijn), nihilistische wanen (ontkennen van eigen bestaan).

- Hallucinaties: zintuiglijke waarneming met hetzelfde realiteitskarakter als een echte waarneming, alleen dan zonder dat het sensorieel orgaan daadwerkelijk geprikkeld wordt. Ingedeeld in verschillende klassen; naar modaliteit (auditief, visueel, tactiel, reuk, smaak); complexiteit (van lichtflits tot complexe scenes voorstellen); dimensies (bv. grootte: liliputiaans vs. brobdingnagiaans); inhoud (bv. bevel (je eigen penis afsnijden onder bevel :O), rouw, zoopsieen=dieren zien).

- Onsamenhangende spraak: gevolg van de denkstoornis bij een psychose. Bv. versnelde of vertraagde spraak, incoherentie, blokkering, neologismen (woorden/klanken/zinsopbouw verzinnen), privaatsymboliek (bestaande woorden een eigen betekenis geven).

- Desorganisatie van het gedrag: is pas later verstoord dan de beleving. Bv. kinderachtig, geagiteerd, onvoorspelbaar, onaangepast, ontremd, katatoon (katatonishe stupor: niet meer reageren of externe stimulie, katatonische opwinding: herhalen van stereotypische bewegingen, bizar gedrag, schreeuwen, onrustig gedrag).

- DD van wanen: **obsessies** (deze zijn ik-vreemd!), **overwaardige ideeen** (bepaald idee heeft een overdreven belang in de mening van een persoon), **magisch denken** (vaak gezien in sekten).

- DD van hallucinaties: **illusies** (wél een fysieke prikkel aanwezig. Bv. fysiologische illusie: bij iedereen, intrinsieke eigenschap van ons CZS (denk aan optische illusies), congnitieve illusies: een angstige persoon die denk dat een boom ’s avonds een belager is), **zintuiglijke vervormingen** (zoals metamorfopsieen), **synesthesieen** (prikkeling in één zintuig, reactie/gevoel in ander zintuig, denk aan ‘woorden proeven’ ☺).

Evt. vermelden: verschillende types psychosen (ook een soort van DD…)

1. psychose in de **normaliteit**: bv. bij rouw of hypnagoge/hypnopompe belevingen (wakker worden/inslapen dan ben je tijdelijk ook aan het spacen) of bv. in situaties waar de achterdocht te verklaren is vanuit een bepaalde situatie (jaloezie…).Geen zin om deze mensen ‘te behandelen’. Deze psychosen zijn transient en de persoon die ze heeft functioneert verder normaal.
2. Psychose in de **enge zin** kan onderverdeeld worden in:
   1. schizofrene/schizofreniforme stoornis
   2. schizoaffectieve stoornis
   3. folie-a-deux (dominante persoon in relatie zegt dat hij loterij heeft gewonnen, submissieve persoon gaat daar in mee)
   4. specifieke psychosen (bv. post-partum)
3. **Affectieve** psychose: psychose in het kader van een stemmingsstoornis (depressie met psychose of een manie met psychose). Belang onderscheid ‘enge zin’ en ‘affectieve zin’ is belangrijk omdat de behandeling verschilt: bij affectieve ga je de stemming beïnvloeden als behandeling!
4. **Organische** psychose (gevolg van delirium met al zijn predisponerende en precipiterende factoren of bv. gevolg van epilepsie)
5. **Middelen** gerelateerd: cannabis (!), hallucinogenen, opiaten (heroine!), coke
6. **Anderen**… (((persoonlijkheidsstoornissen, dissociatieve belevingen)))

- VDB: Diagnose criteria van schizofrenie en bespreek de symptomen bij de verschillende types

Diagnose criteria:

1. Karakteristieke symptomen (twee of meer):
   1. Hallucinaties
   2. Wanen
   3. Gedesorganiseerde spraak en gedrag
   4. Negatieve symptomen
   5. Gedurende 1 maand (minder indien effectieve behandeling).
   6. Eén symptoom volstaat wanneer er sprake is van: auditieve hallucinaties (stemmen die commentaar geven op gedrag of gedachten, twee of meer converserende stemming) of bizarre wanen.
2. Sociaal en professioneel dysfunctioneren
3. Dysfunctioneren en (andere) symptomen gedurende tenminste 6 maanden.
4. Uitsluiten van schizo-affectieve stoornis (kenmerken van zowel shizofrene als affectieve stoornis) of stemmingsstoornis (met begeleidende psychose)
5. Uitsluiten van druggebruik of een somatische aandoening.
6. F snap ik geen flikker van. (slide 17/57 van psychose en schizofrenie\_toledo 12-05-11 prof. Vandenbulcke.ppt)

Er zijn 5 types:

1. Paranoide type: preoccupatie met wanen of frequente auditieve hallucinaties.
2. Gedesorganiseerde type: onsamenhangende spraak, chaotisch gedrag, vlak affect.
3. Katatone type: motorische onbeweeglijkheid of juist overmatige motorische activiteit, extreem negativisme, vreemde bewegingen, echolalie (dwangmatig herhalen van woorden van gesprekspartner of bv. radio), echopraxie (hetzelfde alleen dan bewegingen na-apen).
4. Ongedifferentieerde type: geen van bovenstaande.
5. Resttype: voortdurend symptomen in lichte vorm.

Korte uitleg van de negatieve symptomen en positieve symptomen:

- Negatieve S/: spraakarmoede (tengevolge van minder vloeiend denken en spreken), afgevlakt affect, avolitie (onvermogen om initiatief te nemen), anhedonie (nergens van kunnen genieten), sociale teruggetrokkenheid.

- Positieve S/: wanen, hallucinaties, desorganisatie.

- bespreek verloop van schizofrenie   
Natuurlijk beloop van schizofrenie: premorbide 🡪 prodromaal (+/- 10-20j) 🡪 progressie (20-30j) 🡪 stabiel recidiverend (30-50j).

Afwijkingen beginnen in kindertijd. Er is een hoge correlatie tussen optreden van psychotische symptomen in kinderleeftijd en het ontwikkelen van een schizofreniforme stoornis (zeker indien kinderen vluchtige hallucinatoire belevingen meemaken is het risico sterk verhoogd!)

- hypo-actief, schoolse problemen, gebrekkige motorische coördinatie/ontwikkeling(!!), abnormale ontwikkeling van taal, solitair spel, vertrouwen mensen minder goed, sociaal angstig.

Eerste episode wordt voorafgegaan door een prodromale fase: kind verandert; geen interesse meer in scouts/vrienden, blijft alleen op kamer zitten (vaak ouders die als eerste aan de bel trekken!), lastig om diagnose te stellen omdat in de puberteit kinderen sowieso al veel veranderen. Deze ‘rare kinderen’ worden vaak ook nog eens gepest wat de situatie er niet beter op maakt. Deze prodromale fase kent: niet-specifieke symptomen 🡪 milde psychotische symptomen 🡪 psychotische symptomen.

- veranderingen in: perceptie/aandacht (illusies, vluchtige hallucinaties, indruk dat bepaalde dingen veranderd zijn), subjectieve ervaring (vervreemding van zichzelf, ongewone opvattingen, achterdocht), gedrag (sociale isolatie, achteruitgang professionele/schoolse prestaties, agressie, impulsiviteit), affect (depressie, angst, irritabiliteit, stemmingsschommelingen), cognitie (bepaalde gebeurtenissen in omgeving krijgen een ‘specifieke betekenis’).

Eerste psychotische episode wordt dus meestal voorafgegaan door een prodromale fase (soms treedt 1e episode acuut op zonder merkbare (!) voorafgaande problemen). Deze eerste episoden kunnen lange tijd onopgemerkt blijven, maar over tijd nemen de symptomen dramatisch toe, zowel in frequentie als intensiteit. De globale outcome voor de patiënt wordt in belangrijke mate bepaald door de duur van de onbehandelde psychose, hoe langer je wacht, hoe slechter de outcome! Deze belangrijke implicatie kan soms een extra reden zijn voor gedwongen opname.

Studie van een 10 jarige follow-up: Gemiddeld 90% doet een psychotisch recidief, slechts 17% heeft na 10 jaar geen tweedeopname gehad (36% >3 heropnames!). Functioneel gesproken zit 73% onder zijn niveau te presteren, 21% heeft maar betaald werk, en 10% is gestorven door suicide.

- Pathofysiologie van schizofrenie   
3 topics:

1. Schizofrenie als progressieve neuronale ontwikkelingsstoornis.
   1. Neuronale migratiestoornis in vroege ontwikkelingsfase leidt tot cytoarchitecturale afwijkingen
   2. Hersenontwikkeling tijdens adolescentie:
      1. abnormaal verlies van grijze neuronen (grijze stof, vooral frontaal en temporaal). Verlies van neuronen leidt tot vergrote ventrikels
      2. onderdrukte groei van witte stof, met disconnectiviteit (‘miswiring’) tot resultaat, vnl. subcorticaal
      3. Gestoorde synaptische reorganisatie (‘synaptic pruning’ gestoord): tijdens puberteit worden veel synapsen ‘bijgesteld’
2. De dopamine hypothese van schizofrenie: dopamine dysregulatie
   1. Overactiviteit van het limbisch systeem tijdens acute psychotische opstoot zorgt voor de positieve symptomen
   2. Frontale cortex hypoactiviteit zorgt voor negatieve symptomen
3. Is psychose neurotoxisch?
   1. verlies van frontale cortex ~ aantal psychotische aanvallen
   2. vooral snel verlies van cortex tijdens acute psychose
   3. hypothese van neurodegeneratie door excitotoxiciteit

- VDB: Geef de nevenwerking van de atypische antopsychotica via de D2-receptor

Korte vergelijking van de atypische (risperidone, quetiapine, clozapine) en de typische (haloperidol!) antipsychotica. De atypische hebben naast D2-antagonisme ook nog 5-HT2a antagonisme, dit resulteert in:

1. verbetering positieve symptomen (via **mesolimbisch** D2-antagonisme)
2. Reductie EPS (via 5HT-2A antagonisme in **nigrostriatale banen**, D2-antagonisme geeft meer EPS!)
3. Redcutie hyperprolactinemie (via 5HT-2A in **tuberoinfundibulaire banen**, D2-antagonisme verergert dit!)
4. Verbetering van negatieve (cognitieve/affectieve symptomen) (via 5HT-2A antagonisme **mesocorticaal**, D2-antagonisme geeft aanleiding tot *secundaire* *negatieve cognitieve en affectieve symptomen!*)
5. Ten slotte geven atypische (risperidone, quetiapine, clozapine) minder tardieve dyskinesie dan typische antipsychotica (haloperidol)

Nevenwerkingen van atypische antipsychotica:

* Gewichtsstijging
* Sexuele dysfunctie
* Hematologische neveneffecten
* QT-verlenging
* Metabole stoornissen
  + Glycemie ontregeling, diabetes mellitus (gewichtstoename!)
  + Dyslipidemie
  + Metabool syndroom (hypertensie, diabetes mellitus, cholesterol, overgewicht)
* Mortaliteit en risico op CVA verhoogd bij dementie

MVB: casus: man, 60J, sinds 3 maand progressieve opkomende symptomen: sociaal ontremd,vreemd gedrag, verminderde slaap, praat heel de tijd. Wat is uw DD, wat wil je extra vragen aan de patient, welke verdere diagnostische onderzoeken voer je uit.   
- casus: man 60j. Geagiteerd, woordenvloed, weinig slaap, sociaal ontremd... waar denk je differentieel diagnostisch aan en welke bijkomende gegevens uit anamnese wil je weten? 

**Prof. Claes - verslaving**

- Claes: misbruik, verslaving en ongezond gebruik van middelen. leg uit   
Verschillende definities van problematisch gebruik van middelen.

Gradatie in ernst! Ongezond gebruik<misbruik<verslaving

Verslaving(=afhankelijkheid) = medisch-psychiatrische definitie

Er is tolerantie(=gewenning), onthoudingsverschijnselen, verlies van vrijheid (meer nemen dan je zou willen, mislukken van stoppogingen)

Vragenlijst CAGE!

Misbruik= functionele maatschappelijke definitie

Herhaaldelijk gebruik ondanks problemen (sociaal, werk/school, aanraking met jusitie)

Er is géén tolerante e.d. Dus er zijn problemen, maar dan op maatschappelijk vlak, géén medische problemen.

Ongezond gebruik=definitie vanuit preventieve gezondheidszorg

Geen van bovenstaande. Enige probleem is dat het ongezond is.

WHO: man: >21 glazen alcohol per week. Vrouw: >14 per week.

- Welke middelen kan je gebruiken om herstel te behouden bij vroeger alcoholmisbruik?

NB! In de lange termijn R/ van verslaving is farmacologische R/ enkel hulpmiddel. Kern is psychologische R/

Herstel behouden=hervalpreventie

Disulfiram (Antabuse) = aldehyde-dehydrogenase blokker. Als alcohol -> Veel acetaldehyde ->onaangenaam! (nausea, braken, bonzende hartslag, rood hoofd)

Cave: als somatische problemen (Diabetes, slechte lever- nierfunctie)

Nadeel: slechte therapietrouw

Acamprosaat (Campral): -> minder craving, chemische structuur ~ GABA

Nadeel: bijwerkingen (GI: diarree-misselijk-braken-buikpijn, dermatologisch: jeuk-rash), 3x per dag innemen -> lage therapietrouw

**Altijd + Psychologische begeleiding!**: Prochaska & DiClemente (precontemplatie-contemplatie-voorbereiden-uitvoeren-volhouden-herval)

- Verschil tussen syndroom van Wernicke en Korsakoff?

Verwikkelingen van alcoholisme:

* Wernicke: door vitamine B1 -deficiëntie (thiamine)
  + acute verwardheid
  + ataxie
  + stoornissen van oogmotiliteit

R/ hoge dosissen Vit B1 parenteraal

* + vaak (60%) overgaand in:
* Syndroom van Korsakov
  + Desoriëntatie, vooral in de tijd
  + Geheugenstoornissen
  + Confabulaties
  + Polyneuritis
* Organische hallucinose
  + hallucinaties (beschuldigende stemmen)
  + helder bewustzijn, geen andere symptomen van delirium
  + 48u. na stoppen met drinken, kan ook later

- DM : Bespreek de geneesmiddelen die we kunnen aanwenden i.v.m. de alcoholproblematiek.

* R/ alcoholontwenning
  + BDZ p.o. -> Delirium vermijden, soms hoge dosis, afbouwen in +/- 5d (Tranxene: clorazepaat)
  + Vit B1 p.o./I.M. -> Neurologische verwikkelingen vermijden
  + Vocht -> dehydratatie vermijden
  + Geen antipsychotica: verlagen epilepsiedrempel
* R/ verwikkelingen van alcoholontwenning: delirium tremens en epileptische aanvallen
  + BDZ, Vit B1, vocht I.V! ->R/Delerium tremens
  + Antiepileptica -> R/epileptische aanvallen
* R/ verwikkelingen van alcoholisme
  + Hoge dosissen Vit B1 I.V. -> R/ Wernicke
* Om herstel te behouden: Disulfiram(Antabuse), Acamprosaat (Campral)

- Delirium bij alcoholontwenning, symptomen en aanpak?

Delirium tremens: 48 à 72 u. na stoppen van alcohol

* bewustzijnsschommelingen
* desoriëntatie, geheugenstoornissen
* grove tremor
* tachycardie, zweten, verhoogde bloeddruk
* visuele hallucinaties (beangstigend)
* onrustig, geagiteerd gedrag

Behandeling: Opname altijd geïndiceerd!

intensieve follow-up, vitale parameters; vocht, vitaminen; (antipsychotica en/of) benzodiazepines i.v.

- Middelen tegen craving   
Zie acamprosaat (Campral), boven.

- Waarom is de motivatietherie zo belangrijk bij behandeling van middelenmisbruik? (+theorie daarachter)   
*Wil nog even zeggen dat Demyttenaere erbij zei "Welk theoretisch model is hierbij zo belangrijk?"   
Je moest het dus hebben over dat model van Prochaska en Diclemente (staat op de allerlaatste slide van les van Claes)*

precontemplatie 🡪 persoon ziet geen verband tussen gebruik en problemen

contemplatie 🡪 persoon is bereid verband tussen gebruik en problemen te overwegen

voorbereiding 🡪 persoon wil wat doen aan zijn gebruik (eerder responsabiliseren dan oplossingen aanreiken! plannen

concretiseren!)

uitvoering 🡪 persoon vermindert zijn gebruik daadwerkelijk, ondersteuning, frequente contacten

volhouden 🡪 …

evt. terugval 🡪 nadruk om normaliteit van herval, niet boos, terug naar welke fase?

- Geef het beloningssysteem van de hersenen en het belang ervan in afhankelijkheid

Ontwikkeling van verslaving kent 3 fasen: initiatie, continuering en onthouding (indien stop).

Tijdens initiering is het brain reward system betrokken: ventraal tegmentaal gebied, nucleus accumbens, dopamine systeem. Hypofunctie van het dopaminerg systeem zou ‘exploratief gedrag’ m.b.t. drugs vergroten.

Vanuit het VTA vertrekken dopaminerge banen naar de nucleus accumbens, gebruiken van drugs vergroot via deze banen de motivatie om meer te gebruiken. Vanuit de nucleus accumbens wordt de prefrontale cortex geinhibeerd met ‘behavioral disinhibition’ tot gevolg: je geeft meer toe aan de verleiding om drugs te nemen.

Tijdens de continueringsfase zijn niet enkel meer de dopaminerge banen, maar ook andere banen betrokken:

- CRH met stimulatie van de HPA-as

- Glutamaat: verhoogde tranmissie tussen basale kernen (nucleus accumbens, amygdala) en orbitofrontale cortex

- GABA: veranderde transmissie in angstcircuits

- Veranderingen in de ‘core’ van de nucleus accumbens, maarook in de ‘shell’: associatie met de omgeving waarin het middel gebruikt wordt

**Danckaerts – kinderpsychiatrie**

- Is het gebruik van stimulantia bij ADHD medisch verantwoord en leg uit

- kinder: geef argumenten voor gebruik van stimulantia bij kinderen met adhd

- Niet medicamenteuze behandeling van ADHD   
- Kind:Welke behandeling kiest u bij behandeling van ADHD en waarom?

- Hoe behandel je een kind met ADHD en waarom gebruik je wat wanneer. 

Medicatie:

*ADHD: tekort aan dopamine in bepaalde hersendelen. Tekort aan stimulatie -> deze leegte opvullen met bewegingen*

*Gnm: compensatie van waar ze tekort hebben aan stimulatie -> betere dopamine-flux -> beter stimulatie, ook van saaie dingen*

Medicatie verantwoord?

*Ja, want functionele beperkingen als je ADHD hebt:*

*Zelf: laag zelfwaarde, vaak auto-ongelukken, roken/middelenmisbruik, criminaliteit*

*School/werk: vaak onder niveau*

*Thuis: voor ouders zeer moeilijk. Vaak slechte ouder-kind relatie*

*Sociaal: relatieproblemen. vaak kortstondige vriendschappen, want irritant (altijd de eerste, hoogste woord)*

*R/ ADHD*

*Altijd psychoeducatie(=uitleg) kind/ouders/leraren*

*<6j: nooit medicatie*

*>6j: alleen medicatie als ernstige problemen, dus als gedragsaanpak niet werkt*

*Gedragsaanpak: ouders en leraren trainen*

*Accepteren dat ADHD beperking is 🡪 hulp is nodig, door ouders en leraren moet w geïnvesteerd*

*verwachtingen bijstellen (vb ADHD&IQ120 moet harder werken dan IQ120 en geen ADHD)*

*revalidatieprincipes toepassen (evenwichtige balans tss stimuleren tot eigen verantw en bufferen van alle uitspattingen)*

- Niet medicamenteuze behandeling:

Het eerste principe voor een werkzame gedragsaanpak is dan ook om ADHD te **accepteren als een reële beperking**. Slechts met hulp en hulpmiddelen zal er verbetering kunnen komen. De jongere zal inderdaad ook inspanningen moeten, maar eerst zal er vooral door de omgeving (de opvoedende en onderwijzende volwassenen) moeten geïnvesteerd worden.

Als men ADHD accepteert als een “beperking”, kan men **revalidatieprincipes** toepassen (zie ook Bollaert & Derudder (2004) Tieners Zit Stil! Op school). In eerste instantie poogt men dan te **stimuleren** om de beperkingen en zwaktes te proberen aanscherpen en verbeteren. Wanneer men daarbij de grenzen van de verbeterbaarheid ontmoet is de volgende stap: **remediëren**: dagelijks gericht oefenen in een poging de grenzen te verleggen. Als ook hier geen vorderingen meer zijn, kan men nog **compenseren**: als iemand met ADHD niet de sturingsvaardigheid heeft om bijvoorbeeld de agenda op het einde van de dag juist in te vullen en dit blijkt ook niet te lukken mits “stimulatie” of na dagelijkse oefening, ga dan compenseren: je gaat dan zelf kijken, de hiaten aanduiden en de jongere aanmoedigen om de ontbrekende gegevens aan te vullen. Stap vier tenslotte is **dispenseren** : door de vingers zien wat er dan nog steeds niet lukt.

Zo’n revaliderende gedragsaanpak leidt tot een **positieve betrokkenheid** in plaats van de voortdurend corrigerende en controlerende negatieve aanpak en brengt kinderen op het hoogst haalbare niveau van hun ontwikkelingsmogelijkheden op dat moment.

I.p.v. energie te stoppen in het verwijten dat een kind met ADHD afdwaalt van de les, kan beter geïnvesteerd worden in het zoeken naar de **juiste verleidingstechnieken** om de les voor hen tot een meer prepotente stimulus te maken.

De verkorte uitstelgradiënt impliceert dat de jongeren een hoge nood hebben aan **positieve bekrachtiging**.

De verstoorde tijdsperceptie kan gecompenseerd worden met **regelmatige afkondigingen van het tijdsverloop** en de tijd die er nog te gaan is vóór de volgende activiteit, doch binnen een overzienbaar tijdsbestek.

- Kinderpsychologie: een jongetje van 8 jaar met 4 hyperactieve symptomen en 3 impulsieve symptomen (of zoiets)..... Mag je zeggen dat de diagnose = ADHD of moeten er nog andere kenmerken aanwezig zijn?

Kinder: een jongen van 8 jaar vertoont 4 aandachtssymptomen en 3 hyperactiviteitssymptomen. heeft hij ADHD of moet er nog aan andere criteria voldaan worden?

Kinder: jongen, 8 jaar, 3 symptomen van aandachtsstoornis en 4 van hyperact. ADHD? Bespreek aanvullende gegevens die eventueel nodig zouden zijn.

- Kinder: Kind van 8 met 7 aandachts sypmpt en 3 hyper.., kan de diagnose adhd gesteld worden?   
3. Jongen 8 jaar, 3 aandachtsstoornissen, 4 hyperactiviteitsstoornissen (of omgekeerd). Hij heeft ADHD of moet hij nog aan andere criteria voldoen?

*D/ KernS/: minimaal 6/9*

*Bijkomende diagnostische criteria*

*S/ afgelopen 6 maanden*

*Als het hen volledig karakteriseert (dus problemen in meerdere contexten vb school én thuis)*

*Significant impairment: duidelijke beperkende weerslag op functioneren (falen op school, relatieproblemen met ouders, leeftijdsgenoten)*

*Niet corrigeerbaar door eenvoudige opvoedkundige bijsturing*

- kinder: Is ADHD een ziekte of niet?

*Ja want duidelijke beperking functioneren.*

*Ja want andere hersenen (kleiner volume)*

*Ja. Begrijp ADHD als hypertensie: erfelijke basis + biologie: risico*

*Genetisch: je meerdere abberante genen bezitten om ook echt ADHD te kunnen krijgen. Ook: MZ-DZ tweeling studies.*

*Biologisch: intra-uteriene blootstelling aan alcohol, roken, stress*

*Prematuur*

*Voedselallergieen, kleurstoffen*

*Omgeving:*

*Familiale instabiliteit“Depressieve moeder, antisociale vader”*

*Opvoedingsaanpak*

*Hechtings- en relatie aanbod*

* *Dus omgeving kan het verschil maken tss groot probleem of beperkt probleem*  
  - ADHD; een opvoedprobleem? Leg uit.

- Kinder & Jeugd: kan je aan de hand van modellen verklaren waarom kinderen met ADHD meer of minder last hebben in bepaalde situaties van hun aandachts/hyperactiviteit/impulsiviteits stoornis

Erger in: ongestructureerde situaties, saaie situaties, veel afleiding, bij minimale supervisie “marshmallow test”, als ze weinig directe positieve bekrachtigingen krijgen, wanneer ze zelf werktempo mogen bepalen.

Minder op vallend in situaties met: veel structuur, nieuwe situaties (dus geen herhaling), wanneer kind zijn taken interessant vindt, 1-op-1 aandacht, veel beloningen.

- Kinder: bespreek een van de neuropsychologische theorieën over kerndeficit van ADHD; en bespreek symptomen ivm deficit of zoiets...

- kinder: ik weet de juiste vraagstelling ni meer   
ADHD -> neuropsychologische modellen en wat verklaren ze (wanneer meer symptomen, wanneer minder)

Neuropsychologie: 5 theorieën/functies m.b.t. ADHD. Gebaseerd op vergelijkingen tss ADHD met controlegroepen

NB: geen van alle is universeel. ADHD is heterogeen in meerdere genen, meerdere hersendelen, variatie in neuropsychologische defecits. dus niet alle kinderen met ADHD vertonen elk defecit.

1. Respons inhibition defecit (Go-no-go test -> zie aandachtstesten bij Delirium)

Kunnen minder goed weerstand bieden aan de meest prepotente (=meest krachtige stimulus & meest basale/oerstimulus )

* ADHD-er is overgeleverd aan zijn impulsen, voortdurend gezogen naar primaire aanlokkelijke stimuli
* Veel meer moeite om te (blijven) focussen op rustige/ernstigere activiteiten.

verklaart: afleidbaarheid, impulsiviteit

R/ zoek nr juiste verleidingstechniek zodat de les een meer prepotente stimulus wordt.

1. Executive functioning/working memory defecit

Executieve functies= “managementfuncties”: vooruit denken, plannen/organisatie, werkgeheugen= informatie tijdelijk vasthouden en erover denken, inner speech, bewuste aandachtscontrole.

Werkgeheugen testen: lange cijferreeks onthouden

Verklaart: weinig planmatig en aanpak. Geen innerlijk stemmetje dat hen waarschuwt als ze regels overtreden

R/ Zorg voor veel structuur en persoonlijke begeleiding.

revalidatieprincipes :Aanmoedigen (stimuleren),Dagelijks oefenen ( remediëren), Hulpmiddelen (compenseren), Dispenseren(door de vingers zien wat nog steeds niet gelukt is).

Deze aanpak leidt tot positieve betrokkenheid ipv de voortdurende corrigerende en controlerende negatieve aanpak.

1. Shortened delay gradient= verkorte uitstelgradiënt: aversie voor uitsel

“cf marshmellow-test”

Als bekrachtiging voor gedrag ver weg is, heel weinig impact op hun gedrag.

* Heel weinig motivatie voor taken waarbij beloning veraf is.
  + -> aversie voor uitstel “ik wil nu snoepje, niet straks”
  + Hebberig
  + Gedrag beïnvloeden? Je moet je reacties helder en nabij in het vooruitzicht stellen

Verklaart: eisende wens tot onmiddellijke behoefte bevrediging

R/ geef vaak positieve bekrachtigingen

1. Temporal processing = verschil in tijdsperceptie tss iets leuks en iets vervelends is vele malen groter

Aversie voor uitstel + verstoorde tijdsperspectief verklaart: ongeduldigheid, wachten is zo onaangenaam dat ze invullen met doelloze bewegingen

R/ regelmatig aankondiging van het tijdsverloop

1. Cognitive energetic dysfunction: onderactivatie en oscillatie

Minder reactie in de hersenen op informatie, óók minder op interessante stimuli. Ze vinden alles heel snel saai

-> leidt er toe dat ze zijn ingesteld op aantrekkelijke info.

Vele bewegingen vult deze leegte voor een deel in.

ook: risk taking- behaviour -> veek meer auto-ongelukken

Oscillatie: veel grotere variabiliteit in hersenactivatie -> wisselingen in prestatievermogen.

- Kinder: Wat zijn problemen bij diagnose ADHD

Investigator Bias:

De 18 kernsymptomen zijn kind-eigen gedragingen! Ze zijn niet kwalitatief verschillend van “normaal” gedrag.

Het is de kwantiteit en intensiteit van het gedrag die het problematisch maken -> disfunctioneren.

Dus enkel gradatieverschil. Geen duidelijk afkappunt. Veel ruimte voor subjectieve interpretatie van symptomen

Elk van de kernsymptomen moet “vaak” (often) voorkomen. Je moet dus heel goed weten hoevaak deze gedragingen mogen voorkomen willen ze nog normaal zijn. En dit per leeftijdscategorie.

Duidelijk beperking vh functioneren (impaired). Vb op school: als hoog IQ en maar middelmatige resultaten, is dit dan ook duidelijk beperkend?

Comorbiditeit:

Zeer frequent! Verschillende comorbideiteiten en vaak meerdere per pt -> veel onderling verschil

- Kinder: ADHD: Diagnostische kenmerken geven + minpunten om zo diagnose te stellen

De 18 kernsymptomen zijn kind-eigen gedragingen! Ze zijn niet kwalitatief verschillend van “normaal” gedrag.

Het is de kwantiteit en intensiteit van het gedrag die het problematisch maken -> disfunctioneren.

Kernsymptomen: Aandachtsstoornis (9 kern-S/) en hyperactiviteit/impulsiviteit (9 kern-S/)

D/ énkel als dit gedrag ook

* duidelijk beperkende weerslag op functioneren(vb falen op school, relatieproblemen met leeftijdsgenoten)
* niet corrigeerbaar door eenvoudige opvoedkundige bijsturing is
* het kind volledig karakteriseerd (zowel op school als thuis)

Enerzijds is er de dimensie van onvoldoende aandachtssturing: het **aandachtstekort[[1]](#footnote-1)**:

* Moeite met **volgehouden aandacht**
* Sterk **afleidbaar** zijn
* Aandachtsfouten en belangrijke **details over het hoofd zien**
* **Moeilijk doordringen** van en reageren op informatie
* **Moeite met doorwerken** aan en afgewerkt krijgen van opdrachten
* **Moeite met planning** en organisatie
* **Aversie voor denkinspanningen**
* **Slordigheid** en spullen kwijtraken
* **Vergeetachtig** zijn

Anderzijds zijn er problemen door **hyperactiviteit en impulsiviteit**:

* **Prutsen**, prullen, zenuwachtige bewegingen
* **Niet kunnen blijven zitten** wanneer dit verwacht wordt
* Lopen in plaats van stappen, overal **opklimmen**
* **Opgedraaid**, in overdrive zijn
* **Luidruchtig** zijn
* **Verbaal impulsief** gedrag, voor hun beurt praten, onderbreken
* **Babbelziek**
* Beurt niet kunnen afwachten, **ongeduldig** zijn, voorkruipen
* **Intrusief tussenkomen** in andermans bezigheden

- Kinder: geef argumenten aan waarom ADHD als een wetenschappelijke diagnose kan beschouwd worden.

**Depressie en autisme: Niet te kennen!!????**

- Kinder: bespreek het verschil in presentatie en behandeling van depressie bij kinderen tov volwassenen

- Kinder:  Bespreek secundaire stoornissen en co-morbiditeit autisme(spectrumstoornissen).   
- kinder: bespreek de stoornissen in sociaal contact bij autisme(spectrumstoornissen); geef vbn hierbij van kinderen in verschillende ontwikkelingsleeftijden

- Kinder: Geef en bespreek de drie kernsymptomen van autisme

**Kinder**: Iets met sociaal contact, voorbeelden van stoornissen daarin en voorbeelden per leeftijdscategorie van kinderen... Vreemde vraag...

- Kinder: Anorexia vereist een medisch-psychiatrische behandeling, motiveer.

- Kinderpsychiatrie: Is er een verschil in de verschijningsvorm en behandeling van depressie voor kinderen en volwassenen?   
- Kinderpsychiatrie : Een moeder komt met haar dochter van 12 jaar naar de huisarts omdat haar dochter neerslachtig is, de huisarts raad een SSRI aan. Wat zijn uw bedenkingen.

**Demyttenaere**

- Problemen met classificatiesystemen in de psychiatrie?

## 2.4. Kritiek op classificatie

## *2.4.1 Uniciteit*

## Door een patiënt toe te wijzen tot een specifieke diagnostische categorie, is de hele uniciteit van de patiënt weggenomen. De diagnostiek en uniciteit van de patiënt moeten continu gebalanceerd worden. Dit moet je leren.

## De etiquette die je op een patiënt plakt, houdt geen rekening met de complexiteit van het unieke individu.

## *2.4.2 Afwijkend gedrag*

## Door een patiënt toe te wijzen tot een specifieke diagnostische categorie, is het mogelijk om maatschappelijk afwijkend gedrag te “verantwoorden”, door te zeggen dat het een ziekte is. (gerecht ↔ psychiatrie: het is een ziekte dus moet hij de gevangenis niet in)

## *2.4.3 Niet passen*

## Verschillende patiënten zullen niet mooi in 1 specifieke categorie passen, hebben symptomen van verschillende mogelijke diagnoses. Dit komt door comorbiditeit van de patiënt doordat er geen juiste afscheiding is tussen verschillende symptomen van de verschillende syndromen. De aflijning is niet scherp.

## - Wanneer deliberate self-harm een echte suicide poging?

## Handeling (zelfmoord) verrichten in isolement

## Gepland eerder dan impulsief

## Gericht handelen zodat interventie onwaarschijnlijk wordt

## Voorbereidingen nemen om ontdekking te vermijden

## Voorbereidingen maken in anticipatie op de dood (vb. een testament schrijven…)

## Vooraf praten met anderen over het plan (jaren dreigen, maar het niet doen, je gelooft hem niet als patiënt het dan toch wil doen)

## Hoe gevaarlijk was de methode?

## Voorbereiding maken voor de handeling (de zelfmoord)

## Heel hard met voorbedachte raden

## Een afscheidsbrief achterlaten

## Mogelijke helpers niet waarschuwen na de handeling

## Bekentenis van de suïcidale poging

## - Wat is het verschil tussen dementie en depressie?  - Dementie en depressie zijn twee verschillende ziektebeelden die moeilijk zijn te onderscheiden wanneer verschijnselen van beide ziekten zich bij iemand voordoen. Bij dementie staan stoornissen in het geheugen voorop.  - De belangrijkste kenmerken van een depressie zijn een gestoorde, meestal sombere stemming en een verlies van interesse in (bijna) alle activiteiten die men voorheen wel prettig vond.  - Deze twee ziektebeelden lijken zich sterk te onderscheiden, echter in de praktijk komt het nogal eens voor dat een dementerende depressief raakt. Een depressie kan een dementiesyndroom in de beginfase maskeren. Daarnaast zie je ook bij 15 tot 20 procent van de depressieve ouderen een cognitieve achteruitgang.  - Wat is de relatie tussen depressie en dementie?  De relatie tussen dementie en depressie is ingewikkeld te noemen. Er zijn echter een aantal verschillen aan te wijzen. Is er sprake van een depressie dan: - verloopt de cognitieve achteruitgang meestal in korte tijd, dat wil zeggen eerder in weken dan in maanden;  - klaagt de patiënt zelf over zijn cognitieve achteruitgang;  - de achteruitgang is wisselend gedurende de dag of in de loop van de tijd;  - zijn de problemen in de oriëntatie vaak minder ernstig dan men zou verwachten op grond van de cognitieve achteruitgang;  - zal een patiënt vragen langzaam beantwoorden of juist uitgesproken geïrriteerd;  <http://www.e-gezondheid.be/nl/gezondheid_tijdschrift/gezondheid_vragen_en_antwoorden/Depressie-10582-541-art.htm>

- wat zijn de voorwaarden voor gedwongen opname en hoe gaat dat in zn werk? P.27

Gedwongen opname(=collocatie): 3 voorwaarden (staat in de wet)

* *geestesziekte*. Probleem: in wet staat nergens gedefinieerd wat het is.

Er staat wel wat het Niet is: ‘de onaangepastheid van zedelijke, maatschappelijke, religieuze….waarden’

-> dus vb zwaar alcoholmisbruik mag Niet gedwongen worden opgenomen.

* ernstige acute *bedreiging* voor zichzelf/anderen
* pt moet elke vorm van behandeling die geschikt is, *weigeren*

Als aan deze 3 voorwaarden voldaan, dan zijn er 2 mogelijke procedures:

1. *spoed*procedure: als binnen 24 u gevaar

* ambsthalve: enkel advies nodig van psychiater, geen verzoek nodig

-> vb: als politie iemand nr spoed brengt

* op verzoek: op verzoek van ouders, echtgenote, huisarts..

-> vb: psychiater op spoed

Nadien wordt een gewone procedure ingesteld (via vrederechter)

1. *gewone* procedure: als geen hoogdringendheid is

maximaal 2 jaar + 40 dagen! Veel chronische psychotische patienten worden niet beter over de tijd, daarom verplichte ambulante nazorg, moet meer gebruikt worden dan nu gedaan wordt.

Bespreek de typische stoornissen in de cognities bij de depressie. (is wsg vraag uit cursus van Godderis):

Zie p.33 Demyttenaere: minder concentratie(geen boek meer kunnen lezen), steeds twijfelen, vermindderd geheugen, voor niets meer deugen, ik ga nooit iets bereiken.

Medica forum:  vertraagd denken, vastzitten in de tijd, neg zelfbeeld, schuld, apathie, derealisatie, depersonalisatie, dwanggedachten, wanen..

- bespreek dubbele inhibitie bij depressie (p. 34)

1)Cognitie: Op vlak van gedachten=de negatieve gedachten inhiberen de positieve gedachten.Je denkt enkel aan de negatieve zaken dus waardoor andere gedachten inhouden niet meer geactiveerd kunne worden. Je bent alleen nog maar bezig met het verlies van “verbonden met” (anaclitische depressie) of verlies van ideaalbeeld van zichlzef (introjectieve depressie). Ook: ruminationes=piekeren over het verleden, te veel vastblijven hangen aan negatieve dingen int verleden.  
2)Gedrag: psychomotorische retardatie: Op vlak van denken/bewegen/praten/handelen...gaat alles ook veel trager,wat ik dus ook zie als **inhibitie**

Samengevat:

1: geen “ruimte” voor gedachten door dominante investering in andere gedachten

2: het denken zelf gaat ook vertraagd.

DM: Een persoon met een traumatische jeugdervaring en zijn kans op depressie, mechanismen?

1. p. 47-48 Verband Serotonine Transporter Gen & stressvolle life events

SS-variant en hoog aantal stressvolle life events -> hoge kans depressie

MAAR IS NIET WAAR! S OF L ALLEL DOET ER NIET TOE (Traumatische gebeurtenis in kindertijd wel)

2. HPA-as

trauma op jonge leeftijd: HPA-as is nog in ontwikkeling -> zeer gevoelig voor hevige trauma’s (misbruik)dierexperimenten: blijvende hyperactieve HPA-as na trauma

traumatische life-events: blijvende fysiologische merkers waardoor makkelijker depressief

vrouw me VG fysiek/seksueel misbruik -> kleiner volume li hippocampus -> inhibitie neuroneogenese door misbruik

3. hapering in ontwikkeling van persoonlijkheid (lage zelfwaarde, perfectionisme, onveilig ambivalente hechting leiden allemaal tot verhoogde kwetsbaarheid)

-dexamethasone-suppressietest p. 48

Veel pt met MDD hebben hyperactieve HPA-as: CRH neemt toe

diurne variatie in corisol (piek ’s ochtends)

geef ’s avonds dexamethason

nl: geen ochtendpiek meer/ochtendpiek wordt gecoupeerd (=supressie)

depressie: nog steeds ochtendpiek (=nonsupressie. Omdat feedback kapot)

Relevantie: enkel predictieve waarde voor herval

+ test en depressief

Als pt geen depressieve S/ en test is wel nog + -> hoog risico op herval

- bespreek de 5 R's bij behandeling van depressie p.58

Zie samenvatting p.2

waarom vrouwen meer gevoelig voor depressie ed en mannen voor afhankelijkheid ed  p. (72, 103)  
Vrouwen: meer internaliserende stoornissen -> dingen op zichzelf betrekken -> angstig, ellendig voelen

internaliserende stoornissen: unipolaire depressie, angststoornissen 2x meer vrouwen dan mannen

Mannen: meer externaliserende stoornissen -> het ligt buiten mij. Ik heb geen probleem. Veel buiten zichzelf leggen, geen aandacht voor gevoelens -> middelenmisbruik

Externaliserende stoornissen: middelen misbruik, agressiviteit, antisociale persoonlijkheidsstoornis

DD van bipolaire stoornis en borderline persoonlijkheidsstoornis p. 81, 114

Overeenkomst: instabiliteit, impulsiviteit, hyperseksualiteit

Verschillen:

* **Borderline persoonlijkheidsstoornis**
  + affectieve instabiliteit is episodisch en toe te schrijven aan uitgesproken reactiviteit van stemming (zelden langer dan een paar dagen). Stemming slaat zeer snel om! Van ene op andere dag!
  + Uitgesproken impulsiviteit, potentëel zelf-beschadigend (mimeert manisch gedrag)
  + transient paranoide ideatie
  + low funtional
  + laag zelfwaardegevoel
* **bipolaire stoornis**
  + zelfs bij rapid cycling bipolaire stoornis duurt het 2 weken voor je overgaat van manie nr depressie of andersom.
  + continue prominente aanwezigheid van affectieve symptomen(depressieve grondstemming, anhedonie)
  + psychotische kenmerken treden op samen met de affectieve symptomen

=psychotische depressies. Zijn stemmingscongruente wanen

* “ondergang vd wereld”
  + High functional als manische episode niet te uitgesproken (cf. Schumann)
  + Grandiositeit: vinden zichzelf fantastisch

DD Bipolaire stoornis en ADHD p.81

Overeenkomsten:

overactief

fysiek rusteloos

constante verandering in activiteiten/snel afgeleid

veel praten

Verschil:

* stemming versus aandacht/ impulsiviteit – hyperactiviteit
  + ADHD is attention/ impulsivity – hyperactivity disorder (stoornis van de aandacht/activiteitsniveau)
  + Bipolaire stoornis is een stemmingsstoornis
* Continu versus cyclisch
  + ADHD patiënten hebben persisterende problemen in aandacht/impulsiviteit/hyperactiviteit
  + Bipolaire patiënten hebben cyclische veranderingen in hun stemming
* Begin van symptomen
  + ADHD D/: pt vertonen al S/ op 7 jaar tenminste 6 maanden lang
  + Bipolaire patiënten zullen meestal een depressie doormaken tijdens adolescentie.
* Familie geschiedenis (NB autisme, Bipolair, schizofrenie en ADHA zijn het meest genetisch bepaald!)
  + ADHD: ADHD komt voor in stamboom
  + Bipolaire stoornis: Bipolaire stoornis komt voor in stamboom

NB: Vaak echter onduidelijkheid wegens niet accurate diagnostiek in verleden

welke aandoeningen hebben een gelijke man-vrouw verhouding   
man=vrouw

-bipo (behalve rapid cycling: man<vrouw!)

-unipo (als vrouw premenstrueel en postmenopauzaal)

-OCD

-schizofrenie (maar verschil in onset en ernst)????? Zie Vandenbulcke

Onset meestal tss 20-30j. Maar mannen eerdere onset dan vrouwen.

Man<vrouw

-unipo (tijdens vruchtbare periode vrouw)

-angststoornissen (behalve OCD)

-zelfverwonding (vooral jonge vrouwen)

-rapid cycling

Man>vrouw

-suïcide

-ADHD

-antisociale pers st.

-middelenmisbruik

Bespreek de evolutionaire aspecten van angst en angststoornissen p.88

Angst als maladaptieve expressie van het temperament

* Angstig temperament
  + Angstig fobisch: Overleven
    - vb. om angstig in omgeving waar heel veel slangen voorkomen. Evolutioniar GOED
    - angstig in auditorium CONTRAPRODUCTIEF
  + Jezef wat bedreigd voelen
    - Vb. apen die zichzelf zullen verwonden zodat ze niet zouden aangevallen worden bij een gevecht om de dominantie. Evolutionair GOED
    - vb. schrik om te spreken voor een groep CONTRAPRODUCTIEF
  + angst dat familie iets overkomt
    - vb. moeder die haar puppy’s beschermt. Evolutionair GOED
    - kan ook onaangepast zijn CONTRAPRODUCTIEF

Temperament kan adaptief zijn

* Beetje angst is gezond. Angst zorgt ook voor binding aan iemand, zonder angst bind je minder goed, je moet een beetje bang zijn om iemand te kunnen verliezen om binding te hebben.
* Te veel angst -> je durft niks meer te doen: contraproductief
  + paniekaanvallen (vals alarm)-> onaangepast gedrag
  + Sociale fobie: Overdrijving vd normale adaptieve angst om tot een groep mensen te horen en geaccepteerd te worden.
    - Vb. een sociale fobie
      * Overdreven schrik van de kritiek van anderen
      * Als ze zich veilig voelen bij vrienden dan zijn ze wel vlot, sociaal…
    - Vb. Schizochizisch
      * Leiden een teruggetrokken leven. Ze schuwen mensen in het algemeen!
  + Gegeneraliseerde angst: een vorm van vigilantie=waakzaamheid
    - Vigilantie. Je hebt wel een beetje angst nodig in relaties bijv. tussen moeder en kind.
  + Simple phobias : promotes avoidance, freezing, escape, attack
    - acrophobia, aerophobia
    - arachnophobia, zoophobia
* Te weinig angst:
  + psychopaten -> geen binding met andere mensen, geen bezorgdheid over wat iemand overkomt
  + Antisociale persoonlijkheidssstoornis

-> Angst is zeker niet slecht. Niet te veel en niet te weinig, dan wordt het pathologisch

DM : Is OCD een echte angststoornis? p.100

OCD is een dwangstoornis. Handeling niet doen zorgt voor enorme angst (vb smetvrees)

Dwanghandeling is poging om angst te onderdrukken

Dus OCD is géén echte angststoornis maar een poging om angst te onderdrukken

Ook: verschil in voorkomen. Man:vrouw=1:1 vs man<vrouw bij angststoornissen (GAD, paniek-, Sociale-, Post traumatische, specifieke fobieën)

Bespreek egodystoon en egosyntoon + verklaar het belang ervan adhv enkele voorbeelden p.101, p.154

egodystoon: (ik – vreemd: “ik weet dat vreemd is” “het valt niet met mij samen”)

er is wel inzicht (weten dat het abnormaal is), maar kan er niets aan doen

eerder angststoornis

schaamte!

Beantwoord wel aan hoge dosis antidepressiva

Vb: klassieke OCD (pluisjes allemaal van tapijt halen)

Vb: Boulimia Nervosa (gaan geen hulp zoeken uit schaamte)

Egosyntoon: (ik – eigen: “ik vind dit normaal”)

Er is géén inzicht

Eerder psyschotisch spectrum(immers: breuk met realiteit)

Beantwoord Niet goed aan gnm. Dus moeilijk te behandelen

OCD met weinig inzicht -> vaak schizofrenie met OCD comorbiditeit

Vb Anorexia Nervosa (gaan geen hulp zoeken vanuit ontkenning)

Klinisch belang: Medicatie pas je aan naargelang het ziekte-inzicht van de pt.

*SEKSUELE STOORNISSEN*

?Medicatie bij erectiele disfunctie en nut ervan ?  
?Bijvraagjes: levitra/cialis/viagra (verschil-bij wie?)?

Erectiele dysfunctie:

* + Persistent and recurrent inability to attain, or to maintain untill completion of the sexual activity, an adequate erection.
  + The disturbance causes marked distress or interpersonal difficulty.

Orale medicatie bij erectiele dysfuntie.

Verschil in *hoelang* het product werkt.

Sildenafil=VIAGRA

Enkele uren

Vardenafil=LEVITRA

Enkele uren

Voordeel: geen interactie met vetrijk eten

Tadalafil=CIALIS

24u lang in je bloed

NB: deze medicatie *faciliteren* enkel de erectie, je krijgt er geen spontane erectie van.

NIET in combi met nitraten!!

Positieve effecten:

* Herstel van intimiteit
* No rush to insertion
* Frees also the partner

Vaginisme? 4 factoren/oorzaken?

* **Vaginismus** 
  + Persistent or recurrent involuntary spasm of the musculature of the oouter third of the vagina that interferes with sexual intercourse.
  + The disturbance causes marked distress or interpersonal difficulty.

Op welk niveau factoren bevindt het zich?

* Oppervlakte
  + Vb. een meisje die een erge blaasontsteking had/een blaassondage gedaan en dit zoveel pijn deed, dat ze schrik krijgen dat het weer pijn gaat doen.
* Relationeel
  + Die man kan ik bij mij niet naar binnenlaten, want die lijkt bijv. teveel op een vaderfiguur.
* Intrapsychisch
  + Neurotisch: ik heb iets tegen alle mannen
  + smetvrees
* Psychotisch
  + Verstoring van de lichaamsafgrenzing
  + Mijn lichaam kan door seks uiteenvallen

*EETSTOORNISSEN*

Bespreek verschillen tussen de verschillende eetstoornissen (en dan veel bijvragen over procentjes en getalletjes)

Anorexia Nervosa

* 15% onder normale BMI
* *Vroegere onset*: tussen 14 en 18j
* Enorme angst om bij te komen in gewicht, ook al hebben ze ondergewicht
* Constant controle om niet te eten, ook al hebben ze honger
* *Egosyntoon*: er is géén ziekte-inzicht -> gaan geen hulp zoeken vanuit ontkenning
* *Compulsief(=dwingend)*: risicovermijdend met zware overschatting van de kans op toekomstig kwaad/letsel
* *Aseksualiteit*, want *dwangmatig* vermijden van voedsel en seks
* Introvert
* Foute redenering: koppelen hun gewicht aan hun zelfwaardegevoel (is bij Boulimia nervosa eigenlijk ook..)
* Somatisch(door te laag BMI): trage pols, droog&brekend haar, droge huid, leukopenie

Boulimia nervosa

* vaak *Normaal* gewicht
* *Latere onset:* tussen 18 en 25j
* Binge eating(vreetbuien)
  + In een periode heel veel eten
  + *Géén controle* over eetgedrag in die periode
* *Egodystoon*: er is wel ziekte-inzicht -> gaan geen hulp zoeken uit schaamte
* *Impulsief*: risicozoekend. Actie ondernemen zonder in acht nemen van (negatieve) consequenties vh gedrag
* *Hyperseksualiteit*, want *impulsief*
* Extrovert
* Foute redenering: begonnen aan reep chocolade, het is al om zeep, net zo goed hele reep naar binnen werken.(dichotoom denken)
* Somatisch(door braken): oesophagitis, tandglazuurerosies, zwelling speekselklieren en gestegen amylasen

1. De gedragslijstjes die hier weergegeven worden voor aandachtstekort en hyperactiviteit/impulsiviteit zijn verkorte versies van de officiële gedragscriteria volgens de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders). [↑](#footnote-ref-1)