Vragen Kinderpsychiatrie

* 1. *Bespreek kort de diagnostische criteria van ADHD. Welke valkuilen zie je in de diagnosestelling?*
     1. ADHD = gedragsdiagnose, observeerbare probleemveroorzakende gedragingen in dagelijks leven  
        2 dimensies:   
        - Aandachtsstoornis luik (met 9 symptomen: geen aandacht voor detail, geen langdurige, aandacht, luistert niet, volgt geen instructies, moeite met organisatie, ontwijkt/dislike taken die langer aandacht vergen, verliest spullen, gemakkelijk afgeleid, vergeetachtig)  
        - Impulsief/hyperactief luik (met 9 symptomen: prutsen, niet blijven zitten, lopen/klimmen in ongepaste situaties, kan niet rustig spelen, ‘motor gedreven’, eruit flappen, kan beurt niet afwachten, veel babbelen, onderbreken van anderen)  
        🡪 in elk luik is de cutoff minstens 6 symptomen.
     2. Enkele symptomen moeten reeds aanwezig zijn voor de leeftijd van 12 jaar, in 2 of meer situaties (school, thuis); interferentie met functioneren en niet toe te wijzen aan iets anders.
     3. Valkuilen:  
        - Woordgebruik: “vaak”: interpretatie, alsook “verminderde functie” etc.   
        - discrepantie tussen de info van verschillende bronnen (leerkracht vs ouder bv)  
        - bias van opleiding en mening van de onderzoeker.   
        - randgevallen...   
        - gebruik van gestandaardiseerde vragenlijst: ouder of leerkracht bepaalt of gedraging overmatig aanwezig is of niet, niet onderzoeker. = onvoldoende.
  2. *Een jongen van 8 jaar met 7/9 criteria aandachtstekort en 3/9 hyperactiviteit-impulsiviteit. Is dit voldoende voor een diagnose van ADHD, argumenteer?*🡪 Beschrijving symtomen ADHD zie bovenstaande vraag.   
     🡪 Hoeksteen vd diagnose is observatie van de ouders, aangevuld met gegevens van op school. Voorkeur voor concrete gedragingen beschrijven eerder dan vage uitdrukkingen.  
     🡪 criteria bij deze casus concreet: geen 6/9 criteria voldaan bij de hyperactiviteits-as. Volgens de DSM-criteria kan dit echter wel als ADHD gediagnosticeerd worden, indien aan de overige criteria ook voldaan wordt. Men spreekt dan van het overwegend onoplettende type ADHD. Dwz. Als de voorbije 6 maand wel voldaan werd aan de criteria van A1 (minstens 6/9 onoplettende symptomen) maar onvoldoende aan A2 (hyperactieve-impulsieve symptomen). (DSM5)
  3. *Welke argumenten kan je aanbrengen om ADHD als een wetenschappelijk valide (i.e. gegronde) diagnose te beschouwen?*
     1. Erfelijkheid: Tot 25% van de kinderen met ADHD heeft een eerstegraadsverwant met zelfde gedragsbeeld. Ook tweeling- en adoptieonderzoek toont een grote erfelijkheidsfactor (60-90%). Er zijn een aantal waarschijnlijkheidsgenen polymorfismen gevonden die bijdragen, voornamelijk geassocieerd aan het dopaminerg systeem, hoewel genetische scans geen significante genen aanduidt.   
        🡪 ofwel heel kleine effecten van de genpolymorfismen, ofwel gaat het om zeldzame mutaties
     2. Omgevingsfactoren  
        Deze kunnen in belangrijke mate bijdragen aan het niet vinden van significante genassociaties. Er werden namelijk wel gen-omgevingsinteracties aangetoond met psychosociale factoren.   
        Het gaat voornamelijk om biologische risicofactoren zoals gebruik v alcohol, nicotine bij zwangerschap, prematuriteit, latere hersenbeschadigingen, voedingscomponenten..
     3. Onderzoek bij ADHD vs. Gezonde kinderen:  
        Er is een significant kleiner hersenvolume bij kinderen met ADHD aangetoond, voornamelijk in bepaalde regio’s: corticale maturatiestoornis.  
        Fysiologisch onderzoek toonde functieverschillen in de frontale, striatale en cerebellaire regio, waarvan sommige verdwijnen bij medicatiegebruik.   
        Onderzoek naar de spontane fluctuaties toonde nog grotere verschillen aan: hier bleek zowel in rust verminderde connectiviteit als een verminderde supprimeerbaarheid aangetoond te worden. Ook hier normalisatie bij medicatie.
     4. Psychosociaal  
        In ADHD-gezinnen: vastgesteld meer negatieve kritiek en straffen, meer conflicten zowel tussen ouders als tussen kind & omgeving.. Dit kan echter zowel oorzaak als gevolg zijn.
  4. *Geef 1 van de 5 neuropsychologische theorieën met toepassing op ADHD. Wat verklaart het en wat niet?*
     1. Response inhibitie deficit: voorgeprogrammeerde reactie kan moeilijk onderdrukt worden en een reactie die reeds bezig is moeilijk bijgestuurd.
     2. Executieve functie of werkgeheugen memory deficit: actief vasthouden van informatie om er volgende denkstappen op toe te passen gestoord
     3. Veranderde uitstelgradiënt (beloningssysteem): verzwakking van bekrachtiging (en dus motivatie) naarmate de belonging verder uitgesteld wordt, met zelfs aversie voor uitstel.
     4. Temporal processing
     5. Cognitieve energetische dysregulatie: slechte afstelling van regulatie op het niveau van cognitieve activiteit. Blijkt uit een grotere afhankelijkheid van situatie-variabelen (tijdsinterval, supervisie…)
* Verklarend: verbetering/normalisatie met medicatie, bij studies met bv PET/MRI/… wordt verschil vastgesteld dat weggaat bij medicatiegebruik. Hersenvolume variaties en frontale/striatale en cerebellaire functieverschillen…  
  Dopamine-systeem betrokkenheid en genetische voorbeschiktheid.  
  Zie vraag 3 ook.
  1. *Is ADHD een opvoedkundig probleem? Argumenteer zo uitgebreid mogelijk.*
     1. Opvoeding speelt een belangrijke rol bij ADHD. Het is niet de enige of dominante oorzaak, wel speelt het mogelijks een rol bij de intensiteit ervan en de prognose van kinderen met ADHD.   
        Er worden in gezinnen met ADHD-kinderen meer negatieve kritiek, straffen, controle uitgeoefend, conflicten (zowel tussen ouders als tussen kiind-omgeving) vastgesteld. Over het algemeen ook minder positieve kritiek en positieve ervaringen vastgesteld. Dit alles kan echter zowel oorzaak als gevolg zijn van de ADHD.
     2. Wat prognose betreft: slechte ouder-kindrelaties hebben grote invloed op langetermijnsprognose, vooral wat betreft gedragsproblemen en gedragsstoornissen. Genetica speelt grote rol hierin, maar opvoedingsrol in gen-omgevingscorrelatie speelt waarschijnlijk ook grote rol.   
        Bij ernstige verwaarlozing van kinderen wordt er ook een verhoogd risico op ADHD-ontwikkeling vastgesteld.
  2. *Argumenteer waarom psychostimulantia te gebruiken bij adhd.*
     1. Psychostimulantia: Methylfenidaat & dexamfetamine: grootste effect wordt hierbij vastgesteld. Meer dan 70% van de kinderen reageert hier heel goed op.   
        Helft vd kinderen die niet op MF reageren, reageren goed op dexamfetamine.   
        Verslavingspotentieel dat gekoppeld is aan psychostimulantia blijkt niet op te treden hierbij, tenzij eventueel foutief of overdreven toegediend.
     2. Farmaca meer effect dan psychotherapie bij ADHD.   
        Gebruik van methylfenidaat ea heeft een effect op de dopaminerge neurotransmissie. Zoals boven beschreven werd er bij ADHD een aantal polymorfismen in het dopaminerg systeem gevonden, die mogelijks een rol zouden kunnen spelen in etio van ADHD. Het zijn reuptake blokkers waardoor de hoeveelheid dopa toeneemt in de synaptische spleet. Effect is meetbaar met MRI in de afrem-taak (cf response-inhibitie vraag 4).  
        Studies over de langetermijnseffecten geven een benefit van 72% aan bij patiënten met farmatherapie vgl met onbehandelde patiënten, daar waar er een slechtere outcome vastgesteld werd bij onbehandelde ptn met ADHD vs gezonde ptn.   
        Geen enkele studie toont een verslechtering aan bij medicatiegebruik.
  3. *Worden er in België te veel stimulantia voorgeschreven voor ADHD? Motiveer.*- In Vlaanderen 4x zo hoog als in Wallonië, in West vlaanderen nog eens een vol procent hoger (1,9% 🡪 3,1%)  
     - worden teveel voorgeschreven bij ons, maar een aantal kinderen hebben ze effectief nodig. ADHD verhoogt risico oa voor verhoogd druggebruik, psychiatrische syndromen, verminderde schoolprestaties & consequenties op de werkvloer, seksueel risicogedrag (alsook tienerzwangerschappen ed), ongevallen met de wagen, …  
     *-* Controverse over teveel voorgeschreven, overdiagnostiek, alternatieven die even goed zijn etc. Er wordt inderdaad te gemakkelijk voorgeschreven, maar bij kinderen met ernstige ADHD en dus verhoogde risico’s (zie hierboven) wordt er een significante verbetering vastgesteld met farmaca.   
     - ***Antipsychiatrische*** visie: een normale karaktertrek wordt gedefinieerd als ziekte. Het probleem moet socio-cultureel aangepakt, dit werkt ADHD in de hand. Macht over biologie is onnatuurlijk en dus verkeerd. Artsen willen de enige specialisten zijn. ADHD concept brengt geen oplossing want geen genezing.   
     - ***BPS*** model: menselijk functioneren beschouwen met aandacht voor biologische, psychologische en sociale factoren. Multidisciplinaire benadering met als doel kwaliteit van leven te optimaliseren. - zie vraag 9 ook
  4. *een kind in lagere school wordt bij CLB voor ADHD getest, zowel de vragenlijst naar de symptomen van ADHD voor de ouders als voor de leerkrachten scoorde heel hoog. Kan je op basis hiervan een diagnose stellen? Argumenteer.*Neen: vragenlijst is niet voldoende voor diagnose ADHD. Zie vraag 1.
  5. *Vervolg: wat na diagnose adhd? (aanpak)*Multidisciplinair:   
     - Afhankelijk van de leeftijd van het kind: onder de 6 jaar geen psychofarmaca: oudertraining en psychosociale interventie  
     - Ouder dan 6j: hangt af van de ernst van de ADHD. Indien ernstig impairment altijd medicatie voorschrijven, psychostimulantia in eerste instantie.   
     - niet zeer ernstig: afhankelijk van locatie problemen: thuis parent training, op school facilitatie en tips en begeleiding van het kind in beide situaties. Als het daarmee niet beter gaat kan nog steeds voor medicatie gekozen worden.   
     - bijkomende hulpmiddelen: dieetwijzigingen, cognitieve training, gedragsinterventies..  
     Indien voorschrijven methylfenidaat: ook educatie ouders etc, nooit zomaar voorschrijven zonder meer.
  6. *Wat is er misgelopen in de opvoeding bij kinderen met een anti-sociale stoornis?/Bespreek de impact van de opvoeding in het ontwikkelen van gedragsstoornisen.*
     1. Hechttingsstoornis  
        afwezigheid van zorggedrag of onvoorspelbaarheid ervan heeft ernstige impact op opgroeiend kind  
        🡪 social learning  
        🡪 serotoninerg systeem  
        🡪 structurele ontwikkelingsdefecten  
        🡪 impact op het cortisol stresssysteem
     2. Bijdrage van:
        1. Onduidelijkheid in geven van opdrachten
        2. Inconsequent reageren op ongewenst gedrag
        3. Hard straffen
        4. Onvoldoende direct toezicht op jong kind
        5. Onvoldoende op de hoogte zijn van het doen en laten
* Typisch dwingende, aversieve interactiepatronen waarbij ene gezinslid met negatieve aversieve gedrag reageert op het negatief/aversief gedrag van de andere. Negatieve bekrachtiging (vb moeder eist meermaals dat kind speelgoed opruimt, kind weigert, moeder doet het uiteindelijk zelf, waaruit kind afleidt dat ze het in het vervolg wel altijd zelf zal doen.
* Kans hoger dat dit optreedt in gezinnen waar ouders zelf al problemen hebben (bv drugmisbruik, depressie, relatieproblemen, ADHD-kenmerken). Men spreekt dan van gedesorganiseerde hechting
  1. *Benoem de verschillende denkpatronen bij jongeren met anti-soc gedragsstoornis.*
     1. Niet-specifieke neuropsychologische associaties  
        - Verbaal lager begaafd  
        - Difficult temperament   
        - Impulsieve cognitieve denkstijl   
        - Korte aandachtsspanne,richten aandacht op minder info  
        - Quid: stoornis in empatisch vermogen bij CU ?
     2. Sociale cognities   
        - Sneller iets als agressief interpreteren, vaak ongegrond  
        - Meer aandacht voor agressieve signalen   
        - Minder empatisch vermogen   
        - Agressie als probleemoplossend beschouwen, bedenken minder oplossingen voor sociale problemen, en bij verschillende oplossingen kiezen ze makkelijker de agressieve
     3. Sociale leerdeficits   
        - Defect in BIS (behavioral inhibition system) bij neg. Consequenties   
        = negatieve consequenties hebben minder effect !
  2. *Zijn er aanwijzingen om te zeggen dat de antisociale gedragsstoornis bij kinderen een medisch-psychiatrisch probleem is, en niet zomaar een opvoedingsprobleem?* 
     1. Erfelijkheid  
        - 40% erfelijk bepaald, overlap met ADHD en middelenmisbruik  
        *-* zwakke associaties met: serotoninegenen, dopamine-genen en MAO-A-genen.   
        - correlatie met XYY? Of andere aneuploidie (chromosoom teveel/te weinig)
     2. Risicofactoren  
        - roken tijdens ZS of ondervoeding verhoogt risico  
        - geboortecomplicaties ook  
        - sterke associatie met frontolimbische afwijkingen: onderactivatie frontaal, variabele amygdala-afwijkingen  
        - serotonineafwijking in CSV associatie met impulsiviteit/woede en dopamine met agressiviteit
     3. Biologische stressregulatie HPA-as hypoactiviteit?   
        🡪 Auditieve of visuele bedreigende prikkels activeren de amygdala (snel) en de orbitofrontale cortex (traag). De amygdala activeert de hypothalamus en het striatum, die de stressrespons in gang zetten. Eventuele onderdrukking hangt af van de interpretatie van de sociale signalen in de frontale cortex.  
        - hypothal 🡪 signaal naar hypofyse: productie ACTH  
        - ACTH activeert bijniercortex: cortisolproductie: stressreactie lichaam + negatieve feedback hypothal en hypofyse
     4. Hartritme  
        consistent in patiënten met antisociaal gedrag: vertraagd basishartritme

*ASS niet te kennen!*

* 1. *Bondig bespreken van de behandeling bij autismespectrumstoornis*
  2. *Sociale aspecten van autisme spectrum stoornissen*
  3. *Klinisch beeld ASS*
  4. *Diagnostische criteria ASS*
  5. *wat weet je over de Theory of mind?*