Examenvragen Demyttenaere

1. **Vragen Hoofsdstuk As I-stoornissen (mood)**
   1. *Wat zijn de voorwaarden en procedures voor gedwongen opname?*
      1. 3 voorwaarden:
         1. Er moet een geestesziekte zijn (“de onaangepastheid van zedelijke, maatschappelijke, religieuze, politieke of andere waarden”)
         2. Persoon moet een ernstige bedreiging vormen voor zijn eigen of iemand anders’ integriteit. (vanaf wanneer doe je dat?)
         3. Persoon weigert de geschikte behandeling.
         4. Internering: bij misdaad: ‘toerekeningsvatbaarheid’ (di. Juridische term, niet medisch, interpretatie-afhankelijk)
      2. 2 procedures:
         1. ***Spoedprocedure***: als opname binnen de 24u noodzakelijk is.   
            - Ofwel via ambt: substituut (politie/parket) brengt iemand binnen bv, geen verzoekschrift nodig hiervoor, geneesheer geeft schriftelijk advies.   
            - ofwel op verzoek van familie/huisarts/urgentiearts: een verslag dat urgentie-karakter aangeeft is dan nodig (max 2 weken oud).  
            🡪 procureur des konings stelt dan gewone procedure in via vredesrechter nadien.
         2. ***Normale procedure***: vredesrechter moet binnen de 10 dagen verzoek behandelen, patiënt mag advocaat en psychiater als bijstand hebben. Bij bevestiging procedure max 40 dagen opname, kan verlengd worden met 2j bij verzoekschrift. Er kan nadien ook nazorg ingesteld worden tot max 1 jaar.
   2. Verschil tussen internering en verplichte opname?  
      (zie vorige vraag)
   3. *Verloop depressie + mogelijke neveneffecten van SSRI?*
      1. Verloop depressie:  
         - Depressie is een reactie op een externe trigger en op een interne factor, hoe je zelf omgaat met levensgebeurtenis. Niet uitsluitend de dingen die je overkomen.   
         De eerste depressie treedt meestal op na een acute stressor: verlieservaring: rouw, job, humiliation/entrapment (verlies controle), zelfwaarde (bv na scheiding).  
         - Kindling effect: de volgende keren is er steeds minder stimulus nodig om een depressie uit te lokken. Na 4 of 5 depressies treedt depressie ook op zonder stimulus.   
         - depressie = recidiverende aandoening met een verergerend verloop.   
         - ook chronische stress draagt bij: overladen zijn, onopgeloste levensmoeilijkheden, perfectionistisch type persoon (hoog ‘ik’-ideaal), gepercipieerde stress (je interpreteert het gemakkelijk stresserend), evt vroegkinderlijke trauma’s.
      2. Depressie = cluster van symptomen:  
         - affect (dysfore stemming, droefheid, prikkelbaarheid, anhedonie, angst)  
         - cognitie (denkpatronen: negativisme, interpretatie van zichzelf en de toekomst, verminderde concentratie, geheugen..)  
         - gedrag (psychomotorische agitatie/vertraging)  
         - somatische veranderingen (eetlustverandering, slaapstoornis, vermoeidheid, pijnklachten)
      3. SSRI werking & NW  
         = selectieve serotonine reuptake inhibitor. Serotonine verhoogd in synaptische spleet (zie vraag 6 ook).  
         Voorbeeld SSRI = fluoxetine, keuze hangt af v type depressie, nevenwerkingsprofiel, vorige behandelingen…  
         🡪 NW: nausea, diarree, seksuele dysfunctie  
         zeldzaam: serotoninerg syndroom (bij MAO of SSRI, vb paroxetine) 🡪 tachycardie, tachypnoe, agitatie, hypo/-ertensie, diarree, ataxie…   
         🡪 stoppen uitlokkend middel, serotonine antagonist en supportief, benzo voor hyperthermie & agitatie
   4. *Bespreek de neurobiologische aspecten bij depressie*
      1. Er is een zekere mate van heritabiliteit bij depressie (50%): genetica speelt waarschijnlijk een rol:  
         - polymorfisme in serotonine transporter gen (codeert voor een reuptake pomp): korte en lange vorm. Bij 2 allelen voor de korte vorm: verminderde expressie pomp en volgens studies verhoogd risico op depressie bij toenemend aantal stressful life events. (ook rol bij angst & neuroticisme)  
         - verband genetische polymorfismen en stressful life events in jonge kindertijd. Bij meer tegenslag, grotere kans op latere ontwikkeling depressie. SS op zich verhoogt kans nauwelijks bij gezonde opgroei-omgeving.
      2. Omgevingsinteractie met hersenontwikkeling:   
         CRH hyperdrive veroorzaakt HPA-as overactiviteit: (hypothal-hypofyse-bijnier). Chronische stress en trauma op jonge leeftijd (vb seksueel misbruik) liggen aan de basis van CRH hyperdrive op latere leeftijd (blijvende verstoring van de biologie). Groot aantal depressieve patiënten verhoogde HPA-as-activiteit tijdens de depressie. (cf suppressietest cortisol met dexamethasone: non suppressie bij depressieve patiënten)   
         - niet alle patiënten met verstoorde HPA-as functie krijgen daarom depressie!  
         - Cortisol remt BDNF, stof die neuronen doet vertakken. Mogelijks ook herstructurering hersenweefsel dus hierdoor. Kleiner volume hippocampus bij misbruikte vrouwen vastgesteld.   
         - effect op adrenaline etc: pijngevoeligheid, andere NT deficiënties…  
         🡪 biopsychosociaal model van depressie.
      3. Biologische hypothesen:  
         - Mono-amine hypothese (S, NA, DA)  
         - neuro-immunologische hypothese  
         - endocrinologische hypothese  
         - genetische factoren  
         - neurotrofische hypothese  
         🡪 betrokken regio’s hersenen: prefrontale cortex (psychomotor, vermoeidheid, pleasure mood), striatum (psychomotor), nc accumbens, thalamus, hypothalamus, amygdala & hippocampus (mood: suïcidaal, zelfwaarde…), ruggenmerg (vermoeidheid) en cerebellum (psychomotor)
      4. Antidepressiva spelen mogelijks rol in plasticiteit hersenen
   5. *Bespreek het bipolaire spectrum en de behandeling. Bijvraag: Kan je lamotrigine gebruiken om een manie te vermijden?* (neen: best voor depressieve fasen maar doet niks aan de manische fase)
   6. *Bespreek de klinische indeling van angststoornissen en de behandeling ervan.*
      1. Indeling:  
         🡪 gegeneraliseerde angststoornis: meer dan 6 maand excessieve angst en piekeren plus minstens 3 symptomen (rusteloosheid, vermoeibaarheid, prikkelbaar, spierspanning, concentratie/vergeetachtigeheid, slaapstoornis)  
         🡪 paniekaanval: specifieke aanleiding voor de angst, anticipatie erop, overdreven angstreactie met somatische symptomen (rillen, harkloppingen, flushing, zweten, ademnood, flauwvallen...) en vermijdingsgedrag.  
         🡪 specifieke fobieën: frequent, overdreven angst voor de situatie (en pt weet dit), onmiddellijke respons, anticipatie mogelijk en vermijding, kan paniekaanval uitlokken.   
         🡪 Sociale angststoornis: graag menselijk contact maar enkel als ze zich goed voelen, schrik van beoordelingssituaties of nieuwe mensen(groepen)  
         🡪 agorafobie: angst voor openbare plaatsen om daar aanval te krijgen, waar geen onstnappen mogelijk is...   
         🡪 post-traumatische stressstoornis: na trauma: herbeleving, slaapstoornis, prikkelbaarheid, vermijding, vervreemding, beperkt affect, verhoogde arousal ... Duur langer dan 1 maand.  
         🡪 OCD: comorb met MDD! Dwangedachten en dwanghandelingen.   
         Stoornissen kunnen in elkaar overgaan.
      2. Behandeling:  
         🡪 Algemeen  
         SSRI’s en SNRI’s volgens 3 principes:  
         - Start low & go slow (anders kan het net erger worden, of anders koppelen aan benzo: sneller effect en geen beginangst)  
         - Hogere einddosis dan depressieve stoornis  
         - lang genoeg behandelen: eigenlijk kan je nooit volledig stoppen wegens herval, zo wel opvangen met psychotherapie  
         - Altijd proberen combineren met psychotherapie  
         🡪 Specifiek:   
         PD: relaxatietherapie en benzo’s, SSRI’s minder want komen traag op gang  
         Zelfde voor specifieke fobieën.
   7. *Bespreek de verschillende ontwikkelingsniveaus (hiërarchie) bij angst en geef bij elk een voorbeeld van pathologie en link er persoonlijkheidsstoornissen aan.* 
      1. Angst als maladaptieve expressie van het temperament
         1. Angstig temperament  
            - Angstig fobisch: Overleven: vb. om angstig in omgeving waar heel veel slangen voorkomen. Evolutioniar GOED  
            - angstig in auditorium CONTRAPRODUCTIEF
         2. 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
         3. angst dat familie iets overkomt   
            - vb. moeder die haar puppy’s beschermt. Evolutionair GOED  
            - kan ook onaangepast zijn CONTRAPRODUCTIEF

* Temperament kan adaptief zijn
  + 1. 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.
    2. 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!
    3. 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 (vb. acrophobia, aerophobia, arachnophobia, zoophobia)
    4. Te weinig angst: psychopaten 🡪 geen binding met andere mensen, geen bezorgdheid over wat iemand overkomt  
       🡪 Antisociale persoonlijkheidssstoornis
  1. *Bespreek OCD*
     1. Definitie  
        - samenstelling van dwanggedachten en dwanghandelingen  
        - onder de angststoornissen geklasseerd (dwangstoornis/obsessie)  
        - even frequent bij mannen en vrouwen, meestal beginnend op jongvolwassen leeftijd  
        - gemakkelijk gemist: dokter vraagt er niet naar, patiënt vertelt het niet.   
        - dubbel zo frequent bij bipolair dan bij unipolaire ptn.
     2. Diagnose gemakkelijk obv 5 vragen: was je veel, denk je veel hetzelfde wat je lastig vindt, check je dingen vaak, duurt het lang om je dagelijkse activiteiten te voltooien, ben je bezorgd om orde en symmetrie?
     3. Ziekte inzicht wisselend  
        Egodystoon vs egosyntoon (egodystoon eerder bij angststoornissen, egosyntoon eerder bij psychotische stoornissen)
     4. Behandeling: angststoornisR/, zie vraag 6
  2. *antidepressiva: definieer de mogelijke outcome van behandeling, wat verwacht je van resultaat en wat doen als resultaat onvoldoende*
     1. mogelijke outcome?  
        Vanalles: effect pas na verloop van tijd, komt traag op gang, geen gewenning/verslaving, mogelijks slechte therapietrouw door nevenwerkingen (vroeger dan goede effecten) of gebrek aan resultaat etc…   
        Altijd combineren met psychotherapie, zeker in het begin.
     2. Onvoldoende respons:🡪 Optimize dosing   
        🡪 Combination treatments : e.g. SSRI + reboxetine, venlafaxine / duloxetine + mirtazepine   
        🡪 Augmentation treatments: behandelingen die AD werking potentiëren: e.g. AD + atypical antipsychotic, Thyroid hormone augmentation, Lithium augmentation   
        🡪 Electroconvulsive treatment
  3. *DD tussen bipolaire stoornis en ADHD*
     1. ***Stemming vs aandacht/impulsiviteit-hyperactiviteit*** : ADHD is attention/ impulsivity – hyperactivity disorder, Bipolaire stoornis is een stemmingsstoornis
     2. ***Continu vs cyclisch***: ADHD patienten hebben persisterende problemen in aandacht/impulsiviteit/hyperactiviteit, Bipolaire patienten hebben cyclische veranderingen in hun stemming : depressieve en manische fasen
     3. ***Begin van symptomen***: ADHD patienten moeten sommige symptomen reeds vertonen op 12 jaar tenminste 6 maanden lang, Bipolaire patienten zullen meestal een depressie doormaken tijdens adolescencie of zelfs kindertijd
     4. ***Familie geschiedenis***: Belasting van ene of andere stoornis in stamboom, vaak echter onduidelijkheid wegens niet accurate diagnostiek in verleden
  4. *DD tussen bipolaire stoornis en bordeline persoonlijkheidstoornis*

|  |  |
| --- | --- |
| **borderline persoonlijkheidsstoornis** | **bipolaire stoornis** |
| * affectieve instabiliteit is episodisch en toe te schrijven aan uitgesproken reactiviteit van stemming (zelden langer dan een paar dagen) * Uitgesproken impulsiviteit, potentieel zelf-beschadigend (mimeert manisch gedrag) * transiënt paranoïde ideatie | * continue prominente aanwezigheid van affectieve symptomen * psychotische kenmerken treden op samen met de affectieve symptomen |

(misschien bij deze vraag beginnen met beschrijving van beide aandoeningen)

* 1. *Aanpak bij het niet slagen van een eerste AD (optimize dose, combineer, augmenteer, etc)*  
     (zie vraag 9)
  2. *Waarom is bij OCD het onderscheid tussen egosyntoon en egodystoon belangrijk?*
     1. Definities  
        - egodystoon= ik-vreemd, meer ziekte-inzicht, beseffen dat het niet normaal is maar het niet kunnen laten  
        - ego-syntoon = ik-eigen: geen ziektebesef, niet weten dat je gedrag abnormaal is. Dit is ernstiger.
     2. Belang onderscheid  
        Om te differentiëren tussen een OCD met neiging tot psychotische stoornis (vb schizofrenie!) en met neiging tot angststoornis.

1. **Vragen Hoofdstuk As II-stoornissen (persoonlijkheid)**
   1. *Persoonlijkheidsstoornissen: indeling en korte bespreking van de verschillende types.*(zie apart geschreven blad)
   2. *Bespreek de hechtingsstijlen van de verschillende persoonlijkheidsstoornissen*
      1. Verschillende hechtingsstijlen: (hechtingstheorie: mentale representaties van relaties met sleutelfiguren in opgroeien)
         1. Veilig: positief zelfbeeld en vertrouwen in de beschikbaarheid van anderen wanneer nodig, durven zich kwetsbaar opstellen en weinig moeite om te reflecteren op hun eigen gevoelsleven. Veilig gehecht zijn: ik voel mij goed, ik durf mij kwetsbaar op te stellen bij mensen die ik kan vertrouwen, ik kan mij binden en mij openstellen
         2. Onveilig :
            1. ***Onveilig ambivalent***: negatief zelfbeeld en op basis hiervan een chronische onzekerheid of belangrijke anderen wel aan de verlangens en verwachtingen willen voldoen (afhankelijk, eisend, …)  
               - Ze gaan me toch verlaten. Ik zoek wel contact, maar ik ben toch schuw en schuchter. Wat verwachten ze van mij?  
               - Ze openen zich nooit helemaal
            2. ***Onveilig vermijdend***: negatief objectbeeld is bepalend : geen pogingen meer om intieme, kwetsbare relatie aan te gaan of zeer afstandelijk in relaties. Altijd afgesloten zijn, durven geen relaties aangaan
      2. Hechting per persoonlijkheidsstoornis
         1. Cluster A – zonderlinge persoonlijkheidsstoornissen: onveilig vermijdende hechting  
            🡪 paranoïde: niemand vertrouwen  
            🡪 schizoïde: koude persoonlijkheden, emotieloos, interesse in dode dingen  
            🡪 schizotypisch: excentriek, sociaal onaangepast, vreemd ideeëngoed…
         2. Cluster B – Dramatische persoonlijkheidsstoornis:   
            🡪 Theatraal/histrionisch: drama-queens, fashion victims, emotioneel labiel, beïnvloedbaar. Onveilig ambivalent   
            🡪 Borderline: emotionele instabiliteit, laag zelfwaardegevoel, enorme verwerpingsangst, intense relaties: onveilig ambivalent  
            🡪 Antisociaal: geen empathie, impulsief, onverantwoordelijk. Psychopaat. Geen diepe relaties, emotieloze seks. Onveilig vermijdend  
            🡪 narcistisch: self importance, arrogantie, zoeken hoger gezelschap en gebruiken anderen. Onveilig vermijdend
         3. Cluster C: Angstige persoonlijkheidsstoornissen (onveilig ambivalent)  
            🡪 obsessief compulsief: controlefreak, koppig,overmatig perfectionistisch, kwaad als routine doorbroken, werk >> relaties   
            🡪 vermijdend: minderwaardigheidsgevoel, ontwijken onbekenden, moeilijke relaties uit schrik voor schaamte, inhibities bij contact.   
            🡪 afhankelijk: kunnen zelf geen beslissingen maken, veel bevestiging en aandacht nodig, nooit eigen mening,
   3. Bespreek de DD van schizofrenie, schizoaffectieve en bipolaire stoornis, zowel categorieel als "multimodaal"  
      ? (dit bekijk ik morgen wel)
2. **Vragen Psychotherapie**
   1. *Bespreek de verschillende vormen van psychotherapie. Bijvraag: Wat is mindfullness? En hoe werkt client-centered therapie?*
      1. 4 soorten:  
         - persoonsgerichte (daarin psychoanalytische en client-centered)  
         - klachtgerichte (daarin CGT en mindfullness)  
         - relatiegerichte therapieën (daarin gezinstherapie en systeemtherapie)  
         - Andere (lichaamsgeoriënteerde en interpersoonlijke therapie)
      2. Uitleg:  
         - ***Psychoanalytische***: gaat uit van principe dat je huidige problemen hun wortels hebben in vroegkinderlijke ervaringen, een uiting zijn van hoe je toen tgo de dingen stond en hoeze je beïnvloedden. Onbewuste frustraties en verlangens. Patiënt zoekt zelf naar de betekenissen en verbanden, de therapeut komt weinig tussen. Overdracht! (manier waarop patiënt naar therapeut zich opstelt is weerspiegeling van zijn band met hechtingsfiguren in jeugd ed). Cf. Freud ook (uber-ich, ideale ik, ik, driften)  
         - ***client-centered***: problemen vloeien voort uit geblokkeerde belevingen of gevoelens. Hier zijn ze niet onbewust maar voorbewust: komen boven als patiënt zijn aandacht erop vestigt. Patiënt moet zeggen wat hij voelt, de therapeut doet aan empathie hier, invoelen en pushen om verder te gaan.   
         - ***CGT***: patiënt wordt gestimuleerd om in kader van zijn probleem actief op zoek te gaan naar onjuiste denkpatronen en gedragingen en aan te leren om deze te corrigeren. Leert hierbij vaardigheden aan om beter te functioneren. Hypothesen hierrond verkennen (uitlokkende factoren en reactiemanieren etc), correcties in het denken aanbrengen. Er wordt een strategie uitgedacht en uitgeprobeerd om verbetering te verzorgen (bv laten scoren hoe ze zich voelen). Cognitief: informatieverwerkingscentrum in geest.   
         - ***Aandachtsgerichte cognitieve therapie (mindfulness):*** cognitieve gedragstherapie, maar aanvulling met yoga/meditatie... Dagelijkse bezigheid!   
         - ***Relatie/gezinstherapie***: psychische moeilijkheden zijn uiting van problemen in het sociale systeem. Deze relaties zijn de focus. Men werkt aan betere communicatie in het systeem.   
         - ***Interpersoonlijke psychotherapie***:De klachten hebben iets te maken met het sociaal interageren, dit wordt dus aangepakt (vb rolverwarring, rouw, isolatie...). Er is een relatie tussen gebeurtenis en klacht!
   2. *Wat is overdracht en tegenoverdracht?*  
      - ***Overdracht***: de manier van omgaan van de patiënt met de hulpverlener is een reflectie van hoe hij/zij omging met hechtingsfiguren in jeugd. Basale verwachtingspatroon van patiënt bepaalt de relatie tussen patiënt en therapeut.   
      - ***Tegenoverdracht***: therapeut is ook maar een mens en heeft dus ook gevoelens naar de patiënt toe (pos en/of neg). Therapeut moet dus op de hoede blijven om zo neutraal mogelijk te blijven naar patiënt toe.
   3. Verschil tussen psychotherapie en farmacologische therapie ter hoogte van de hersenen.
3. **Vragen seksuele en eetstoornissen**
   1. *Bespreek de verschillen tussen Anorexia Nervosa en Boulemia Nervosa (ook biochemie!).*  
      - AN: eten praktisch niks vs. BN: eten gigantische hoeveelheden waarna ze braken.   
      - beginleeftijd: BN meestal na 18j, AN tussen 14 en 18j  
      - AN: proberen honger te beheersen/controleren, BN: geen zelfcontrole bij vreetaanval.   
      - AN eerder bij introverte, uitslovende types (overpresteerders, compulsief!)) vs. BN eerder bij extraverte, impulsieve persoonlijkheden.  
      - Hyperseksualiteit BN vs aseksualiteit AN.   
      - veel somatische complicaties bij beiden, maar AN eerder tgv dehydratatie en ondervoeding (pijngevoeligheid verhoogd, uitblijven menses, constipatie, cyanose, baby-beharing...) vs. BN maagrupturen, -itis tgv al het braken, tanderosies, laxativa-gevolgen (constipatie, paralytisch colon, Ca en K afwijkingen), verhoogde amylasen...   
      - meer genezing bij BN  
      - AN: extreem mager (<85% van minimaal normaal gewicht voor lengte en leeftijd) vs. Accordeongewicht bij BN (80% normaal!)  
      - gezinssituatie: AN eerder in pseudo-normale/conflictloze gezinnen vs. BN in open-conflictgezinnen.
   2. *Bespreek de DD van anorexia nervosa en boulimia nervosa.*  
      - somatisch probleem zoals tumor (horror canis!)   
      - druggebruik  
      - Anorectische reactie tgv emotioneel trauma: egodystoon!   
      - mechanisch probleem (vb dysfagie, slikangst...): hierbij bezorgd owv vermagering  
      - Depressie: anorexie samen met andere symptomen (anhedonie, apathie,..). Gwn geen honger  
      - Psychotische anorexie/schizofrene: hallucinaties rond voeding, vergiftigingsangst...
   3. *Vaginisme: wat + oorzaken*
      1. def: spasme van bekkenbodemspieren (buitenste derde van de vagina) bij vrouw, dat seks verhindert
      2. oorzaken:   
         Tgv voorbeschikkend factoren, uitokkende factoren en onderhoudende factoren  
         - oppervlakte niveau: schrik, bv tgv blaassonde die enorm veel pijn deed  
         - relationeel niveau: vb die man mag mij niet binnen want is teveel vaderfiguur  
         - intrapsychisch: neurotisch (anti-man) of smetvrees...  
         - Psychotisch: lichaamsafgrenzing verstoord, of ‘lichaam gaat uiteen vallen’
      3. Behandeling: desensitisatie: steeds groter wordende staafjes inbrengen