



Voedings- en eetstoornissen van 0-18 jaar

Antwerpse Geneeskundige Dagen

Universitair centrum Kinder- en jeugdpsychiatrie Antwerpen

Overzicht namiddag

- Voedingsstoornissen bij kinderen van 0-6 jaar: beknopt overzicht
- Eetstoornissen van 6-12 jaar: beknopt overzicht
- Gewicht in evenwicht: behandelprogramma voor kinderen en jongeren met overgewicht
- Residentiele behandeling van jongeren met anorexia en boulimia nervosa
- MFT: multi-familie therapie

Voedingsstoornissen bij kinderen van 0-6 jaar

Dr. Daniëlle van de Merwe

UKJA

Ziekenhuisnetwerk Antwerpen

0-6 jaar: inhoud

- Algemeen overzicht
- Ontwikkeling eetgedrag
- Specifieke classificatie 0-6 jaar
- Casus

Algemeen overzicht: Definitie

Niet organische eet- en voedingsstoornissen:

- Wanneer een kind een langere periode onvoldoende of te weinig gevarieerd voedsel opneemt, zodat normale groei en ontwikkeling in het gedrang komt

Algemeen overzicht: Eetstoornissen doorheen de jaren

	Kleuter school	Lagere school	Middelbare school
Anorexia nervosa	-	v	vv
Boulemia nervosa	-	v	vv
Pervasive refusal syndrome	-	vv	v
Food avoidance emotional disorder	-	vv	v
Functionele dysfagie	-	vv	v
Selectieve eetstoornis	vv	vv	v
Restrictieve eetstoornis	vv	vv	v
Voedselweigering	vv	v	-
Problemen met textuur (sensoriële voedselaversie)	vv	v	-
Voedingsstoornis bij regulatieproblemen	vv	-	-
Voedingsstoornis binnen relatie verzorger/kind	vv	v	-
Infantiele anorexia	vv	-	-
Posttraumatische voedingsstoornis	vv	v	v
Voedingsstoornis geassocieerd met somatische aandoening	vv	v	v

Ontwikkeling: Eetgedrag veronderstelt

- Aanwezigheid van voedingsreflexen (rooting reflex, zuigreflex, bijtreflex en wurgreflex).
- Integratie van voedingsreflexen; functionele interactie van lipspieren, kaken, gehemelte, neus- keelholte en slokdarm.
- Coördinatie van zuigen, slikken en ademhaling (crf. prematuren).
- Rijping van maag- darmkanaal.
- Aanpassing van voedingsgedrag aan voedingswijze, interactie met verzorger(s), aanwezige stimuli.

Ontwikkeling: Ontwikkeling eetgedrag: kritische periodes

Leeftijd	Voeding	Eetgedrag
0-4 mn	Vloeibaar	Zuigen op tepel of speen
4-6 mn	Dun gemixt	Beginnend afhappen van lepel, tong duwt naar buiten bij slikken
6-9 mn	Zachte gemixte vaste voeding	Beginnend drinken uit beker, actief happen bovenlip, beginnend kauwen
9-12 mn	Geprakte voeding	Zelfstandig drinken beker, gecontroleerd afbijten, zelf voeding naar mond brengen
12-18 mn	Alle consistenties	Minder verlies van voeding tijdens kauwen drinken met een rietje
18-24 mn	Vaste voeding	Kauwen met rotatie tussen kiezen, eet zelfstandig met vork of lepel

Ontwikkeling: Ontwikkeling van eetgedrag: leerprocessen

- Ontwikkeling van smaak
 - Neofobie
 - Voedsel als beloning: 1-malig nuttig, op langere termijn beloning wordt aantrekkelijker, doelvoedsel niet
- Ontwikkeling van ritme
 - Leren kennen van relatie tussen voedselkenmerken en verzadiging
 - Baby's en kinderen onder 5 jaar zijn in staat voedselprikkels te associëren met de fysiologische gevolgen (bv. hoeveelheid van bepaald voedsel en verzadiging) = geconditioneerde verzadiging. Indien volwassene teveel nadruk legt op externe prikkels, geen conditionering

Classificatie volgens DC 0-3

- Voedingsstoornis bij regulatieproblemen
- Voedingsstoornis binnen relatie verzorger/kind
- Infantiele anorexia
- Sensoriële voedselaversie
- Voedingsstoornis geassocieerd met somatische aandoening
- Posttraumatische voedingsstoornis
- Andere:
 - geassocieerd aan autisme, mentale retardatie, affectieve stoornis.
 - pica, ruminatie

Classificatie: Voedingsstoornis bij regulatieproblemen

- Kind heeft het moeilijk een rustige status van alertheid voor voeding/voedsel te bereiken en te onderhouden, het is eerder geneigd in slaap te vallen of is te geagiteerd/gespannen
- De voedingsproblemen waren van bij de geboorte aanwezig
- Vertoont significant te weinig gewichtstoename of een gewichtsafname

Classificatie: Voedingsstoornis binnen relatie verzorger/kind

- Kind vertoont een duidelijk gebrek aan ontwikkelingsadequate signalen van sociale wederkerigheid met de primaire verzorgers gedurende de voeding
- Ontstaan < 1,0 j
- Vertoont significante groeiachterstand
- De groeiachterstand en het gebrek aan wederkerigheid zijn niet het gevolg van een somatische aandoening of een pervasieve ontwikkelingsstoornis

Classificatie: Infantiele anorexia

- Weigeren van eten van adequate hoeveelheden gedurende tenminste één maand
- Ontstaat <3,0 j (meestal tussen 9 en 18 maanden in de overgang van gevoed worden naar zelf eten)
- Geeft geen signalen van honger en interesse in voeding, maar toont interesse in exploratie en interactie met verzorgingsfiguren
- Vertoont groeiachterstand
- Geen aanwijzingen voor posttraumatische eetstoornis
- Geen onderliggende medische oorzaak: wat met greline,..??

Classificatie: Sensoriële voedselaversie

- Het kind weigert consistent specifieke voeding met specifieke kenmerken (smaak, textuur, geur)
- Begint na introductie van andersoortig voedsel bv. andere melk, ander soort babyvoeding
- Eet zonder problemen het voorkeurvoedsel
- De voedselweigering veroorzaakt specifieke tekorten in essentiële voedingsstoffen en/of achterstand in oraal motorische ontwikkeling

Classificatie: Voedingsstoornis geassocieerd aan een somatische aandoening

- Het kind begint te eten, maar toont toenemende stress tijdens het verloop van de maaltijd en weigert voort te eten
- Het kind heeft een somatische aandoening die als oorzaak voor de voedingsproblemen wordt beschreven
- Somatische behandeling heeft een gunstig effect, maar neemt de eetproblemen niet helemaal weg
- Te weinig gewichtstoename of zelfs gewichtsverlies

Classificatie: Posttraumatische voedingsstoornis

- Voedselweigering na een traumatisch gebeuren als verslikking, braken, ingrepen,...
- Consistente weigering te eten
- Herinnering aan trauma veroorzaakt spanning
- Veroorzaakt acuut of op langere termijn een nutritioneel probleem

Classificatie: Samengevat

- Echter vaak zeer complex geheel
- Aanleidingen:
 - Somatische aandoening
 - Regulatie problemen
 - Ontwikkelingsstoornis
 - Infantiele anorexia
 - Trauma rond voeding/eten
- In kader van behandeling: zicht krijgen op de factoren bij het kind, de omgeving en van het gedrag zelf

Casus: Voedingsstoornis bij regulatie problemen

- Ouders op weg helpen om hun kind te co-reguleren:
 - Algemeen
 - Tijdens voedingsmomenten
- Observatie gegevens
 - Tijdens voeding
 - Algemeen: verschoningsmoment, kine
- Aan de slag rond:
 - Houding
 - Positionering

Casus: Voedingsstoornis bij regulatie problemen

- Meisje bij aanmelding 3 maanden
- VG:
 - Zorg rond voldoende vochtinname bij infectie enkele weken ervoor, kortdurend infuus
 - Flesvoeding verloopt al vanaf begin zeer moeizaam
- Huidig functioneren:
 - Rustig meisje, wat hypotoon
 - Flesvoeding verloopt moeizaam, verschillende spenen/flessen/voedingen geprobeerd, zorgt voor veel zorgen en stress bij ouders

Casus: Voedingsstoornis bij regulatie problemen

- Diagnostiek: Voedingsstoornis bij regulatie problemen
 - Ontwikkelingsonderzoek + motorisch onderzoek: vertraagde ontwikkeling, regulatie problemen
 - Familiale anamnese: ouders zeer bezorgd rond lichamelijk welbevinden van hun dochter

Casus: Voedingsstoornis bij regulatie problemen

- Werkplan
 - Uitleg van de resultaten van het onderzoek
 - Diagnose + invloed van omgeving
 - Ouderbegeleiding:
 - Stilstaan bij zorgen van ouders, zorgen vanuit ons
 - Regelmatig samen overleggen met kinderartsen
 - Kinesithérapie: KOB
 - Specifieke handvatten rond voeding:
 - Kleine hoeveelheden op vaste momenten, geen voeding tijdens slapen
 - Juiste houding
 - Interactie tijdens maaltijden

ZIJN ER NOG VRAGEN?



Eetstoornissen vanaf de latentie

**Antwerpse Geneeskundige
Dagen
12 september 2014**

Dr. Annik Simons

UKJA

Ziekenhuisnetwerk Antwerpen

Eetstoornissen doorheen de jaren

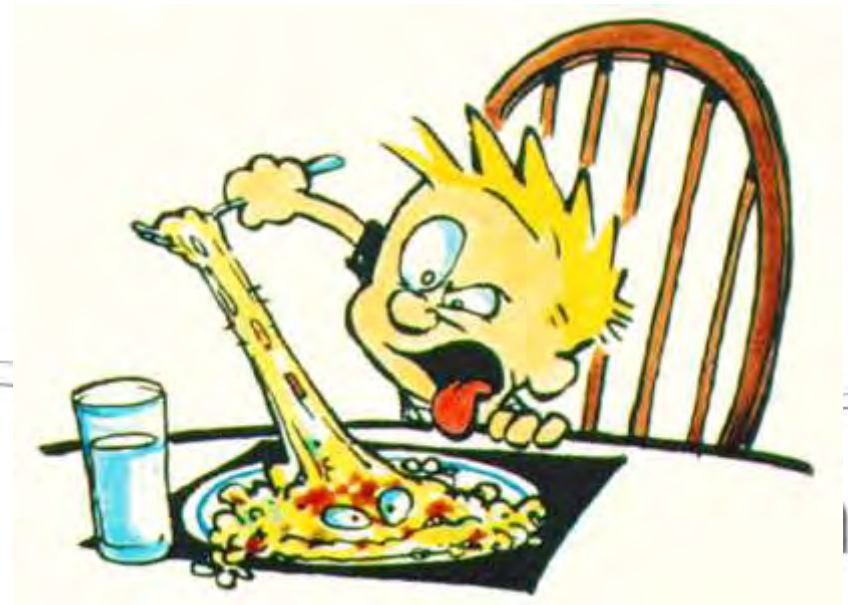
	Kleuter school	Lagere school	Middelbare school
Anorexia nervosa	-	v	vv
Boulemia nervosa	-	v	vv
Pervasive refusal syndrome	-	vv	v
Food avoidance emotional disorder	-	vv	v
Functionele dysfagie	-	vv	v
Selectieve eetstoornis	vv	vv	v
Restrictieve eetstoornis	vv	vv	v
Voedselweigering	vv	v	-
Problemen met textuur	vv	v	-

Overzicht

- niet-anorectische eetstoornissen met vermagering
- anorexia nervosa
- andere eetstoornissen

Niet-anorectische eetstoornissen met vermagering

- selectieve eetstoornis
- restrictieve eetstoornis
- functionele dysfagie
- Food Avoidance Emotional Disorder (FAED)
- Pervasive refusal syndrome



Selectieve eetstoornis

- een beperkte voedselvariatie gedurende ten minste 2 jaar
- onwil om nieuw voedsel te proberen
- geen abnormale cognities wat betreft gewicht of lichaamsbeeld
- geen angst voor slikken of braken
- gewicht kan laag, normaal of hoog zijn



casus J, 9 jaar

- Intake januari 2013
- Beperkt groenten en fruit eten
- Op 1,5 jaar van de ene op de andere dag geen stukjes fruit meer willen eten
- Braakneigingen en kokhalzen, ook als hij anderen fruit ziet eten
- Platgemixte dingen zoals soep en appelmoes zonder brokjes lukken wel
- Drinkt ook geen fruitsap
- Geen eettrauma in voorgeschiedenis
- Overgang naar vaste voeding ging wel

Casus J, 9 jaar

- Op school middelmaat
- Ouders geen zorgen buiten eten, soms wat emotioneel
- Sociaal ok
- Probleem van constipatie
- Voedselaversie lijkt voornamelijk met smaak en textuur te maken te hebben
- J zelf gemotiveerd om meer dingen te leren eten, vnl owv sociaal aspect
- Voorstel 'eetklasje'
- Verwijzing naar KA voor uitsluiting fructosemie

voornaam: Jérôme

Naam:

Klas: 4/4



© Partner SPA FOUNDATION - Koninkrijk Nederland



Restrictieve eetstoornis

- altijd te kleine hoeveelheden voedsel gegeten
- te klein en te licht
- kind komt id problemen tijdens de puberteit, grotere energie behoefte
- geen anorexia-achtige cognities



Casus A, 11j

- aanmelding in 5^{de} lj, gekend met Poland syndroom owv afbuigen gewichtscurve
- kinderpsychiatrisch onderzoek: restrictieve eetstoornis, A slaagt er niet in voldoende porties te eten in overeenstemming met haar leeftijd en energiebehoefte, leidend tot een onvoldoende gewichtstoename in verhouding met haar groei en dalende BMI
- goed begaafd, veel schaamtegevoel rond fysieke beperkingen
- voorstel ambulante therapie: ind therapie en voedingsbegeleiding
- onvoldoende verandering met ambulante therapie → opname pediatrie, met gunstige gewichtsevolutie
- ontslag op pediatrie na 2 maanden gevolgd door dagbehandeling zorgenheid eetstoornissen UKJA

Casus A, 11j

- in dagbehandeling initieel goede gewichtsevolutie doch na 3-tal maanden afnemende motivatie met gewichtsstagnatie → ontslag
- verderzetting behandeltraject met outreaching aan huis
- owv blijvende gewichtsstagnatie in zomerperiode opnieuw korte opname op pediatrie met goede gewichtsevolutie
- na ontslag vervolg outreachingtraject gedurende 1^{ste} MB, met opnieuw gewichtsstagnatie
- uitgesproken perfectionisme en zich verliezen in studeren
- zomervakantie na 1^{ste} MB heropname zorgenheideetstoornissen (residentieel), weer goede gewichtsevolutie
- zeer gestructureerde omgeving nodig om porties te vergroten, thuis sterk agerend gedrag, ouders onvoldoende veerkracht om het thuis te doen
- Focus op eigen motivatie
- toekomst?

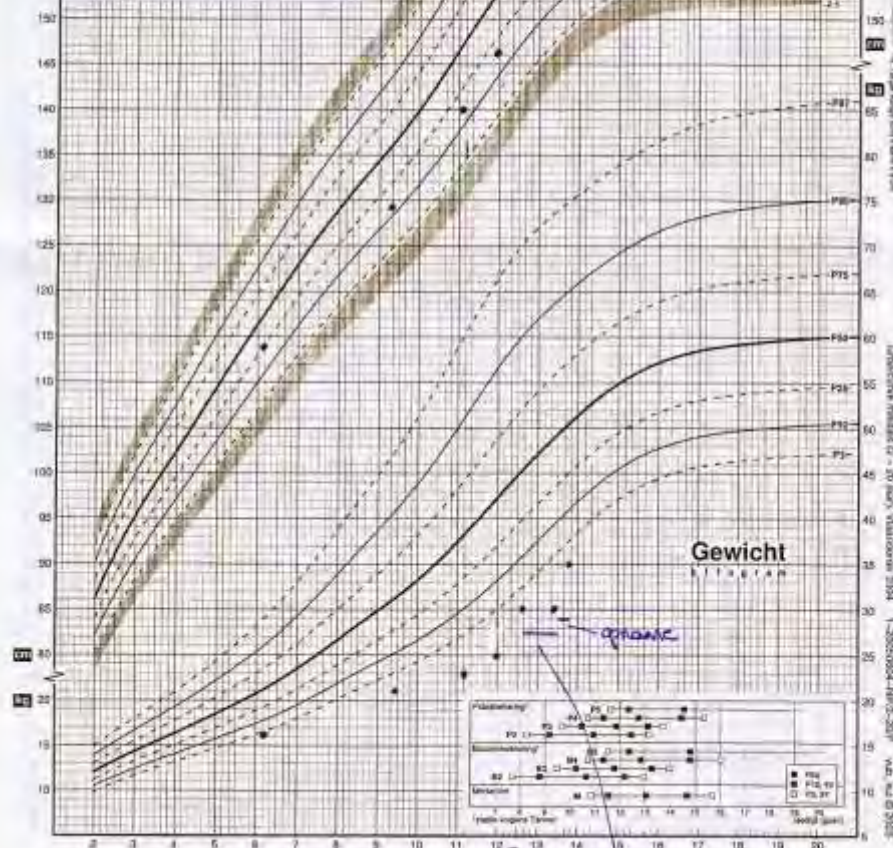
A.R.

Groeicurve 2 - 20 jaar

Meisjes

01.12.99

datum	leeftijd	gestalte	gewicht	BMI

BMI = gewicht (kg) / (gestalte (m))²

Functionele dysfagie

- voedselweigering
- angst om te slikken, te stikken of te braken
- geen abnormale cognities of overdreven preoccupaties wat betreft gewicht of lichaamsbeeld
- geen organische hersenziekte of psychose



casus J

- Meisje, bijna 8 jaar bij aanmelding, net gestart in 3^{de} lj
- Enig kind in intact gezin
- Nooit grote eter geweest maar nu weigering van elk vast voedsel sinds 4 weken voor aanmelding
- Op vakantie wagenziek geworden, erna geen vaste voeding meer. Op vakantie naar arts, bijvoeding vloeibaar gestart.
- "iets in mijn hoofd zegt dat ik niet kan slikken": gedachte die er bijna de hele dag door is, bang dat er iets verkeerd gaat gebeuren zoals overgeven, stikken.
- Vindt zichzelf niet te dik
- Op school geen problemen
- Geen familiale belasting voor eetstoornissen of andere psychiatrische stoornissen

Casus J - Aanpak

- Voedingsdeskundige stelt voedingsschema op met vloeibare en gemixte dingen in combinatie met calorieen en energie rijke drankjes
- Parallel hieraan eettherapie bij kinder- en jeugdpsychiater om angsten te leren controleren en exposure aan vaste voeding.

Casus J – aandachtspunten in therapie

- Psycho-educatie over de ziekte
- Angst komt door gedachten
- Lichamelijk leren ontspannen en spanning herkennen
- Leren omgaan met beangstigende gedachten en piekergedachten
- In therapie exposure aan vaste voeding, opbouwend

DOELENLIJST VAN: JENNIFER



	MAANDAG	DINSDAG	WOENSDAG	DONDERDAG	VRIJDAG	ZATERDAG	ZONDAG	Totaal behaald
vervelende gedachte								
wegduwen!!								17
OPKRASSEN !!! STOP MET LIEGEN !!!								17
BLIJVEN OEFENEN								17
4x/week minstens 1/4 boterham met korsten en beleg eten INDIEN GELUKT = spelletje met mama en/of papa spelen								17
elke dag 5' ontspanning oefenen eerst spieren spannen en ontspannen 5x in- en uitademen aan leuke herinnering denken								17
								

Food Avoidance Emotional Disorder

- Meestal tussen 5 en 16 jaar
- voedselweigering, niet primair aan een affectieve stoornis toe te schrijven
- Emotionele problemen die interfereren met eetlust en eten
- gewichtsverlies
- geen abnormale cognities of preoccupaties wat betreft gewicht of lichaamsbeeld
- geen organische hersenziekte of psychose

voorbeeld

- kind van 10 jaar, vechtscheiding tussen de ouders
- in verleden als sudeck atrofie
- wil niet naar vader gaan
- bezoek bij vader wordt opgelegd door jeugdrechter
- begint minder te eten, sterke gewichtsdaling, zeer veel weerstand tegen therapie
- functioneert op andere domeinen goed

Pervasive refusal syndrome

- voedselweigering en gewichtsverlies
- sociaal zich terugtrekken en schoolweigering
- gedeeltelijke of volledige weigering wat betreft 2 of meer van de volgende domeinen: mobilisatie, spraak of aandacht voor persoonlijke verzorging.
- geen somatische of psychische conditie biedt voldoende verklaring voor het toestandsbeeld
- indicatie voor residentiële behandeling binnen kinder- en jeugdpsychiatrie

Anorexia nervosa

- Verschuiving naar jongere leeftijd
- Oorzaken? Vroegere puberteit, media, campagnes tegen overgewicht
- Triggers bij kwetsbare kinderen
- Opvolgen van gewichts- en lengtecurve voor tijdige herkenning
- Diverse presentatie vormen, sommigen eerder onschuldig en onwetend, niet wetend wat hen overkomt, en andere 'echte mini anorexia's'

DSM-5 criteria

- A. Het beperken van de energie-inname ten opzichte van de energie behoefte, resulterend in een significant te laag gewicht voor de leeftijd, de sekse, de groeicurve en de lichamelijke gezondheid. Een significant te laag gewicht wordt gedefinieerd als een gewicht dat lager is dan het minimale normale gewicht of, bij kinderen en adolescenten, een lager gewicht dan wat minimaal wordt verwacht.
- B. Een intense vrees om aan te komen of dik te worden, of persisterend gedrag dat gewichtstoename verhindert, zelfs al heeft de betrokkene een significant te laag gewicht.
- C. Stoornis in de manier waarop iemand zijn of haar lichaamsgewicht of lichaamsvorm beleeft, onevenredig grote invloed van het lichaamsgewicht of lichaamsvorm op het oordeel over zichzelf, of ontkenning van de ernst van het huidige lage lichaamsgewicht.

DSM-5 criteria

- Specificeer:
 - Restrictieve type
 - Eetbuien-/purgerende type
- Specificeer indien:
 - Gedeeltelijk in remissie
 - Volledig in remissie
- Specificeer actuele ernst:
 - Licht BMI $\geq 17 \text{ kg/m}^2$
 - Matig BMI 16 – 16,99 kg/m^2
 - Ernstig BMI 15 – 15,99 kg/m^2
 - Zeer ernstig BMI $< 15 \text{ kg/m}^2$

GOS Diagnostische criteria

- Opzettelijk gewichtsverlies
- Abnormale cognities wat betreft lichaamsgewicht en/of vorm
- Ziekelijke preoccupatie wat betreft lichaamsgewicht en/of vorm



British National Surveillance Study

- Bewuste voedselvermijding en minstens 1 van volgende:
 - gewichtsverlies of er niet in slagen in gewicht bij te komen in een periode van verwachte groei
 - angst voor gewichtstoename
 - preoccupatie met gewichtstoename of energie inname
 - zelfopgewekt braken
 - overmatige beweging
 - herhaalde perioden van eetbuien of laxantia misbruik

Casus R, 9 jaar

- aanmelding net voor haar 10 jaar, 4^{de} lj
- jaar ervoor gestart met turnen, 4x 2u/week, blonk er in uit
- kind gezegd dat ze geen chocoladekoeken mocht eten want dat ze er dik van werd, gestopt met snoepen
- gastro-enteritis, vetarm dieet
- erna steeds minder gaan eten, veel met koken bezig, niets buiten de maaltijden willen eten, zeer traag eten, zich sociaal gaan isoleren
- over verloop van 1 jaar tijd 3 kg afgevallen, G van P50 naar P10
- laag zelfbeeld, 1^{ste} lj gedubbeld
- Start ambulante therapie: gezinstherapie, individuele therapie, voedingsadvies en somatisch opvolging

het slechte monster



1

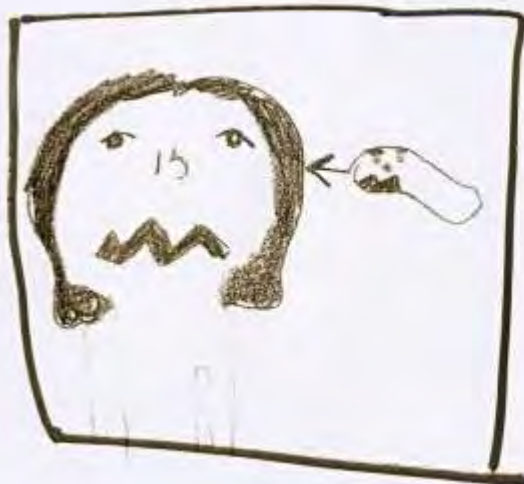


2.

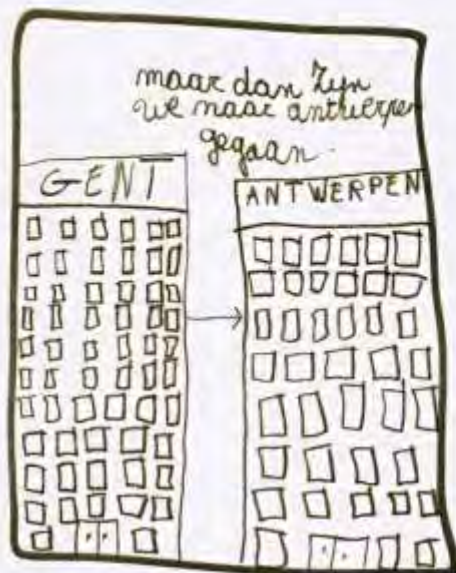
HET 4 LEEUW-
AR.



HET WAS MOEILIK VOOR
OM TE ETEN OMDAT ZE EEN
MONSTER IN HAAR HOOFD HAD



3



4

er is een eet probleem

- dat is minder eten ^{dan} wat ik eigenlijk met ^{meer} eten
- omdat ik lang was om ^{meer} te eten
- het monteerde ^{het} dat ik ^{weer} hoe ^{te} veel
- en ook omdat ik te weinig was
- dat ^{no} lang te weinig te eten
- was mijn ^{meer} versleten

word lang van een al



moete op de verspreid staan



moete al
normaal been

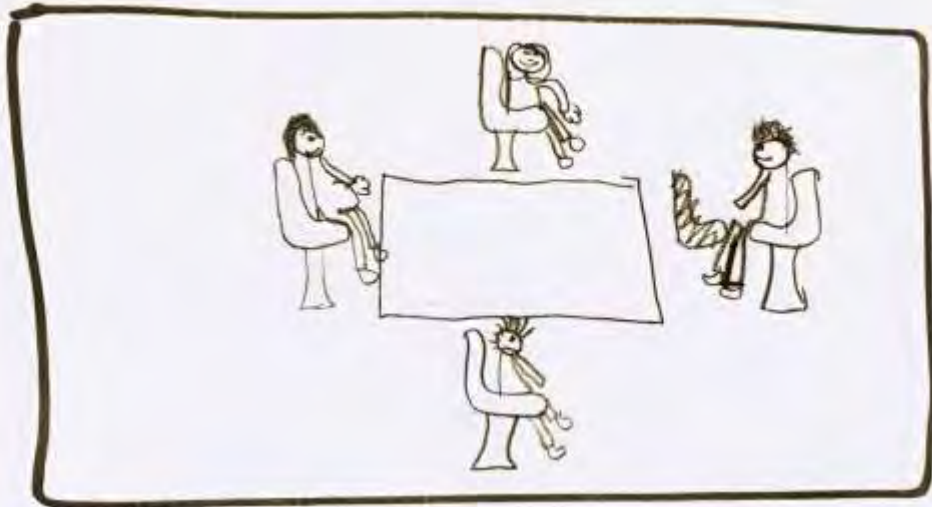


dat al wat het monteerde
legt dat dat met u



5

mommy ging naar dotter
enik om te lezen het
monsteerje uit je hoofd te
zetten



het gaat al beter



6



7

—, geeft weer energie om tolle dingen te doen!



EINDE

casus N, 11 j

- aanmelding in 6^{de} lj
- sinds 5 lj gewicht erg toegenomen in vergelijking met lengte, zorg rond groei, op 10 jaar BMI 22,8 (overgewicht)
- okt 2012 elke dag op weegschaal, stop snoepen, minderen hoofdmaaltijden, geëvolueerd naar zeer restrictief eetpatroon
- aanmelding mei 2013; gewicht okt 2012:41 kg, mei 2013: 25 kg.
- voorstel ambulant traject proberen gezien jonge leeftijd, echter verdere gewichtsdeling en voedselrestrictie waarvoor opname pediatrie
- daar verder gewichtsdeling, sterke angst bij maaltijden, bewegingsdrang
- AN-gedachten: te dik, vnl op buik, te snel bijkomen, liggen/zitten = bijkomen
- Opname residentie

Visie op behandeling

Aanpakken van de 'ziekte symptomen'

- terug aanleren van normaal eetpatroon
- Naar gezond gewicht gaan
- Corrigeren van anorectische gedachten
- Verbeteren lichaamsbeeld
- Psycho-educatie rond ziekte voor jongere en gezin

Sterker maken van jongere en diens gezin

- Ik-sterker worden
- Sociale contacten terug opnemen en verbeteren
- Werken aan coping
- Gezin zien als steun en bron van genezing
- Werken rond perfectionisme
- Jongere en diens gezin inzicht geven in hun sterktes en kwetsbaarheden

Een gezond lichaam

- Eerst naar een MGG, dan naar een OG
- Regelmatig grondige lichamelijke opvolging
- Herstel of op gang komen menstruele cyclus
- Groei!
- Evenwichtige voeding

Richtlijnen behandeling

- bij voorkeur in eigen omgeving
- multidisciplinair: kinderarts / diëtiste / kinderpsycholoog / kinderpsychiater
- gezinsinterventies
- Multi Familie Dagbehandeling

Medische instabiliteit

- early onset eating disorder: <13 jaar
- AN, BN, andere ES
- incidentie in UK: 3/100,000
- medische instabiliteit:
 - bradycardie
 - hypotensie
 - hypothermie
 - deshydratatie
 - slechte perifere circulatie
- vnl bij AN, geen correlatie met BMI, wel met snelheid van afvallen
- gedrag eigen aan AN maakt dat bepaald G daar meer med instabiliteit geeft dan zelfde gewicht bij andere ES vb FAED
- geen verschil tussen premenarchale en postmenarchale meisjes
- bij de 1^{ste} wel lagere lengte
- belang van FU van groei en ontwikkeling

Andere eetstoornissen

- Bulimia nervosa
- Eetbuistoornis
- Andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis
- Ongespecificeerde voedings- of eetstoornis

Boulimia nervosa

- A. Recidiverende periode van eetbuien. Een episode wordt gekenmerkt door beide volgende kenmerken:
1. Het binnen een beperkte tijd (vb uur) eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan wat de meeste mensen in eenzelfde periode en onder dezelfde omstandigheden zouden eten
 2. Het gevoel de beheersing over het eten tijdens de episode kwijt te zijn (bvb het gevoel dat men niet kan stoppen met eten of zelf kan bepalen wat of hoeveel men eet)
- B. Recidiverend inadequaat compensatoir gedrag om gewichtstoename te voorkomen zoals zelfopgewekt braken; misbruik van laxantia, diuretica of klysma's of andere geneesmiddelen; vasten of overmatige lichaamsbeweging.



Boulimia nervosa

C. De vreetbuien en de inadequate compensatoire gedragingen komen gemiddeld ten minste maal per week gedurende maanden voor.

D. Het oordeel over zichzelf wordt in onevenredige mate beïnvloed door de lichaamsvorm en het lichaamsgewicht.

E. De stoornis komt niet uitsluitend voor tijdens episodes van anorexia nervosa.

Specificeer indien:

- Gedeeltelijk in remissie
- Volledig in remissie

Specificeer actuele ernst:

- Licht: gemid. 1 tot 3 episodes ICG/week
- Matig: gemid. 4 tot 7 episodes ICG/week
- Ernstig: gem. 8 tot 13 episodes ICG/week
- Zeer ernstig: gemid. 14 of meer episodes ICG/week

Behandeling

- Multidisciplinair: somaticus, psychiater, psycholoog, voedingsdeskundige en ev. Verpleging
- Herstel gezond eetpatroon, dan pas afbouwen eetbuien – compensatiegedrag
- Individuele therapie rond zelfbeeld, lichaamsbeleving, sociaal functioneren, traumatische ervaringen en aangaan van betekenisvolle relaties
- Gezinstherapie rond structureren en begrenzen
- Psychofarmaca: SSRI – SNRI
- Prevalentie 1 à 3%

Eetbuistoornis

A. Recidiverende eetbui-episoden. Een eetbui-episode wordt gekenmerkt door beide volgende kenmerken:

1. Het in een afzonderlijke tijdsperiode (bvb binnen een periode van 2 uur) eten van een hoeveelheid voedsel die beslist groter is dan die de meeste mensen binnen dezelfde tijd, onder vergelijkbare omstandigheden zouden eten
2. Het gevoel tijdens de episode geen beheersing te hebben over het eten (bvb de betrokkene heeft het gevoel niet te kunnen stoppen met eten, of niet te beheersen wat en hoeveel hij/zij eet).

B. De eetbui-episoden hangen samen met 3 (of meer) van de volgende kenmerken:

1. Veel sneller eten dan normaal.
2. Dooreten totdat een onaangenaam gevoel ontstaat.
3. Grote hoeveelheden voedsel nuttigen zonder lichamelijke trek te hebben.
4. Alleen eten, uit schaamte over de hoeveelheid die de betrokkene nuttigt.
5. Achteraf van zichzelf walgen, zich somber of erg schuldig voelen

Eetbuistoornis

- C. Er is sprake van duidelijke lijdensdruk door de eetbuien.
- D. De eetbuien komen gedurende 3 maanden gemiddeld minstens eenmaal per week voor.



"I'm semi-bulimic. I binge but I don't purge."

Behandeling

- Aanleren van regelmatig eetpatroon
- Onderzoeken van triggers van eetbuien
- Alternatief gedrag aanleren
- Gezond beweegpatroon
- In combinatie met overgewicht/ obesitas: GiE

Andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis

- Klinisch beeld waarbij symptomen die kenmerkend zijn voor een voedings- en eetstoornis klinisch significante lijdensdruk of beperkingen veroorzaken in het sociale en beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen, maar die niet volledig voldoen aan de criteria voor een van de stoornissen in de categorie voedings- en eetstoornissen.
- “andere gespecificeerde voedings- en eetstoornis, gevolgd door de specifieke reden”

Andere gespecificeerde voedings- of eetstoornis

Voorbeelden

- Atypische anorexia nervosa
- Boulimia nervosa (met lage frequentie en/of van beperkte duur)
- Eetbuistoornis (met lage frequentie en/of van beperkte duur)
- Purgeerstoornis
- Nachtelijk eetsyndroom

Ongespecificeerde voedings- of eetstoornis

- ▣ Idem als gespecificeerde behalve dat clinicus er voor een bepaalde reden om kiest dit niet verder toe te lichten of als er onvoldoende informatie aanwezig is (vb op een dienst spoedgevallen).

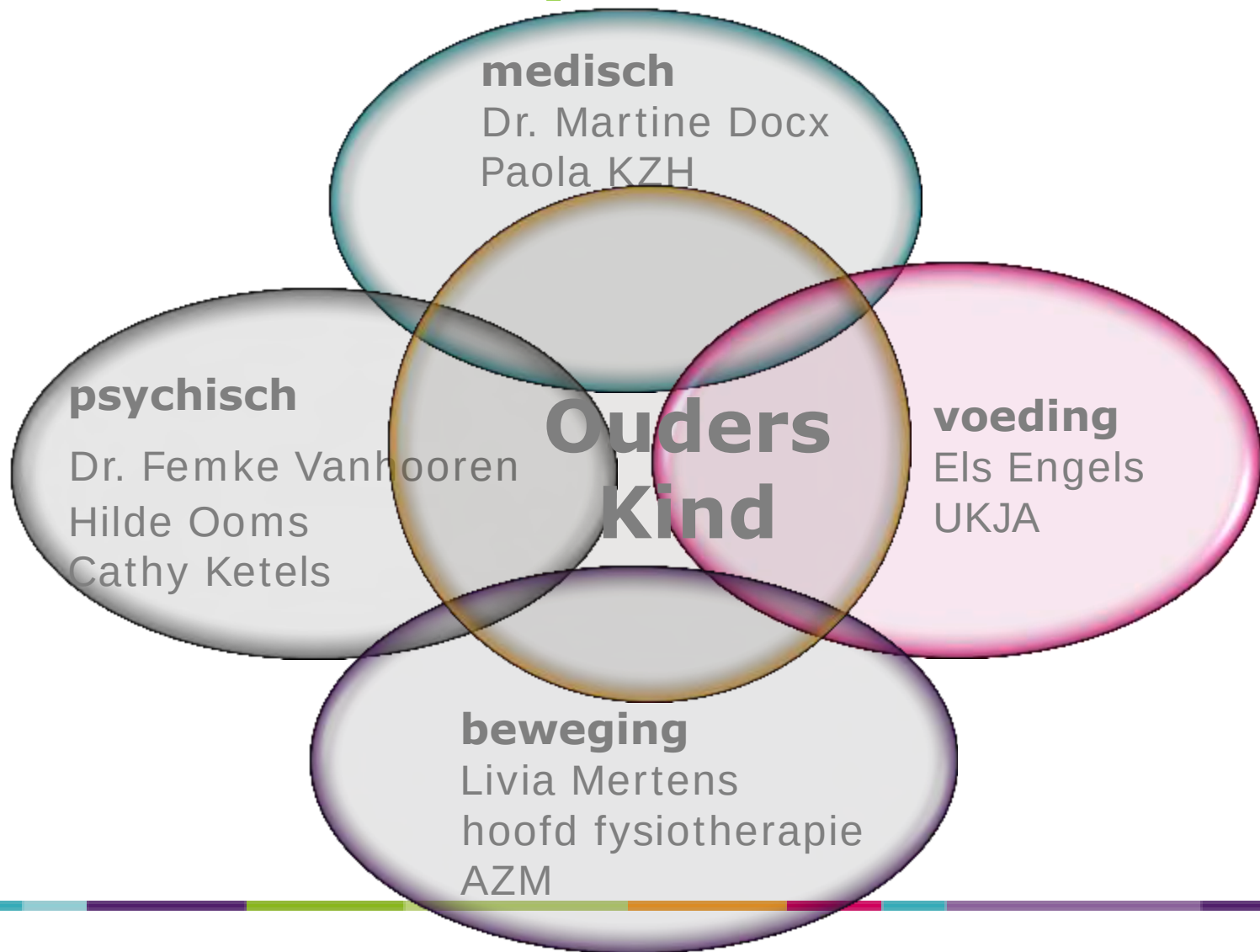
ZIJN ER NOG VRAGEN?



Groepstherapie voor kinderen en jongeren met overgewicht/obesitas



ons multidisciplinaire team



Vraag

Welk percentage van de Belgische kinderen kampt momenteel met overgewicht?

- A. 2%
- B. 7%
- C. 18%



Vraag

Welk percentage van de Belgische kinderen kampt momenteel met overgewicht?

A. 2%

B. 7%

C. 18%



Prevalentie

- 1 op 5 (18%) heeft **overgewicht**
- 1 op 20 (5%) zelfs reeds **obesitas**
- **overgewicht** = te veel wegen in verhouding tot de lengte (bij volwassenen $\text{BMI} \geq 25$)
- **obesitas** = ziekelijke toestand van te veel vetweefsel (bij volwassenen $\text{BMI} \geq 30$)

Vraag

Wanneer is een kind te zwaar ?

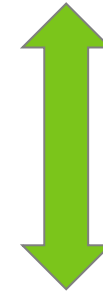


Wanneer te zwaar ?



Volwassenen:

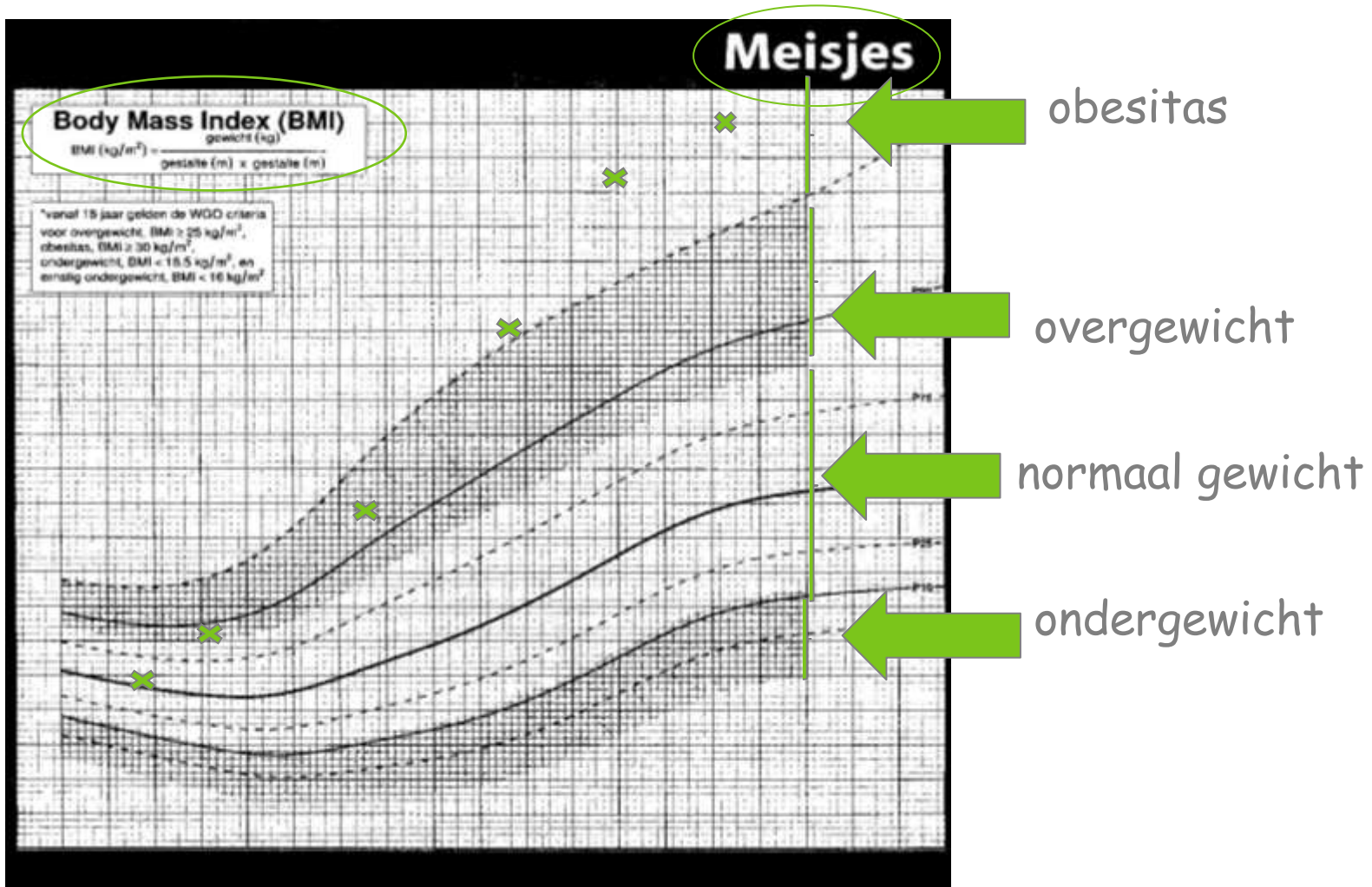
BMI-criteria



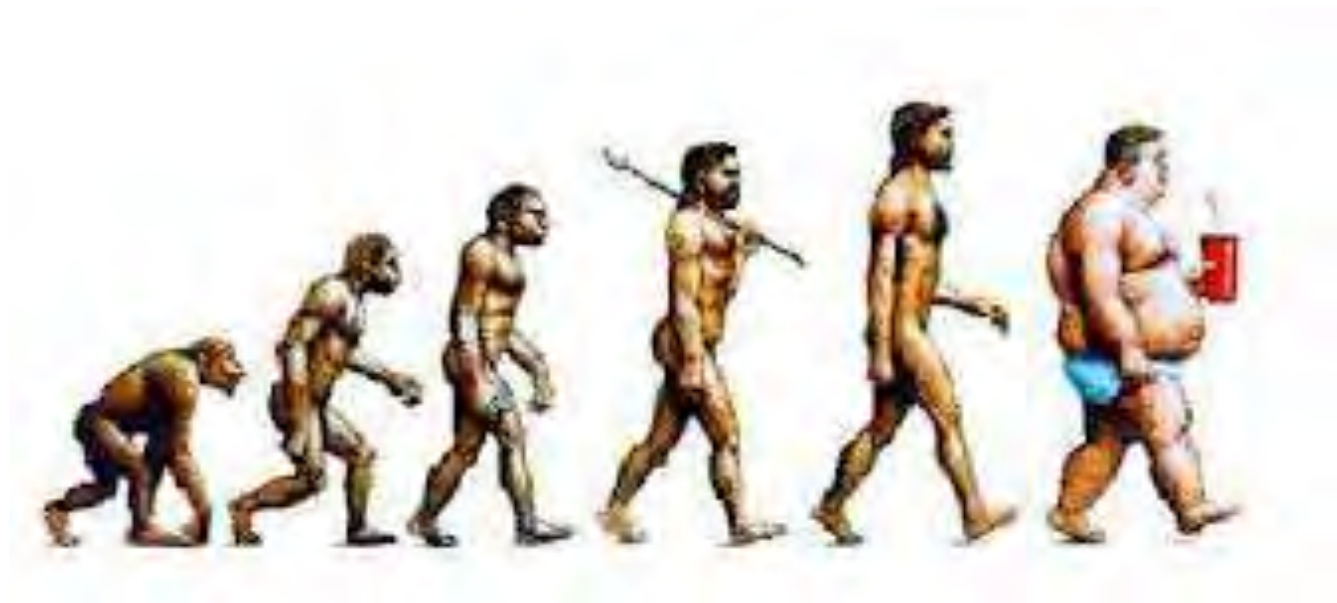
Kinderen en jongeren: GROEICURVES !!!

+ rekening houden met buikomtrek !

Wanneer is een kind te zwaar?



Ontstaan van overgewicht



Ontstaan van overgewicht

- Balans tussen
energie-inname $\Leftrightarrow$ **energieverbruik**



Multifactorieel ontstaan

familiaal/genetisch

- genetische factoren
- MAAR ernst **↑** , terwijl genetische achtergrond niet wijzigt !
- ouder overgewicht **↷** kind 2 tot 3 keer meer kans op overgewicht dan andere kinderen



“ieder pondje gaat door ‘t mondje”

Multifactorieel ontstaan

omgevingsfactoren

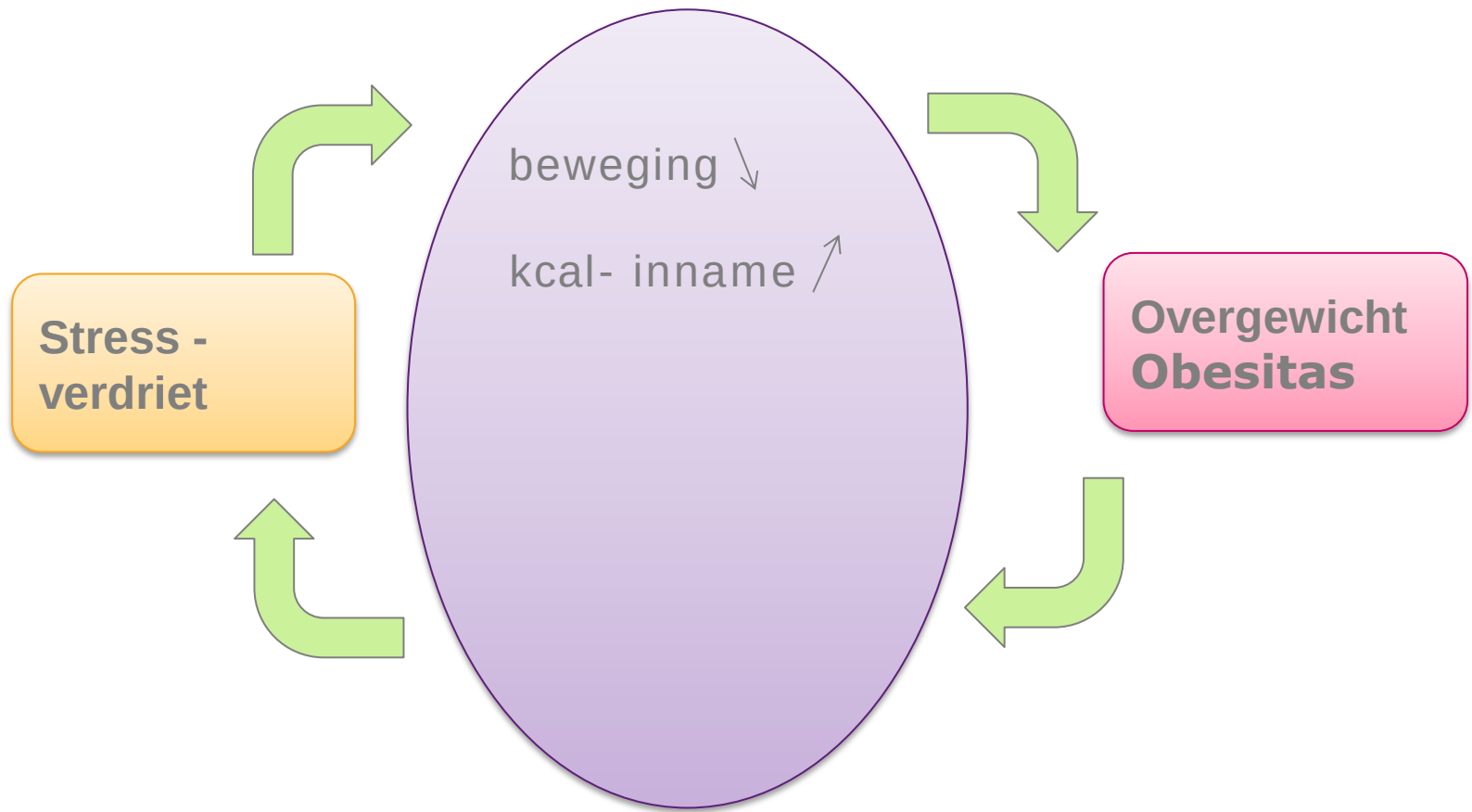
- fysieke activiteit ↓

"do we fatten our children at the television set ?"

- veranderende eetgewoonten
meer, vaker, anders, onregelmatig,...
- veranderde opvoedingsgewoonten
ontwikkelen zelfcontrole (bordje leegeten,
snoepje aanbieden bij verdriet,...)



Vicieuse cirkel



Comorbiditeit

Vaak stigmatisering en discriminatie

Psychische problemen (emotionele eter,
impulsieve eter,...)

KINDEREN kunnen er NIET zelf aan doen !!!

gaat vaak NIET over NIET willen
MAAR over NIET kunnen !!!

DUS **MULTIDISCIPLINAIR WERKEN** !!!

Doelstelling

kinderen
< 12 j

- gewichtsstabilisatie en verder groeien
- BMI ↓

adolescenten
> 12 jaar

- gewichtsstabilisatie is reeds super
- max. 5 à 10 % gewichtsverlies op 6 maanden

Behandelfilosofie

~~dieet~~

WEL focus **gedragsverandering** !

- somatische opvolging
- eetgewoonten aanpassen
- meer lichaamsbeweging
- aandacht voor psychisch welbevinden !

Voorwaarde deelname

- * overgewicht/obesitas met
ongezonde voedingsgewoonten en/of
te weinig lichaamsbeweging en/of
psychologische ...
- * leeftijd tussen 8 en 18 jaar
- * kunnen lezen en schrijven
- * motivatie
- * “actieve” deelname ouders !
- * voortraject reeds doorlopen (intake,...)

Praktisch ons programma

- start 2x/jaar
- duur = 4 maanden
- parallel 2 groepen van +/- 10 deelnemers/groep : lagere/middelbare schoolleeftijd
- ook mogelijkheid individuele ambulante therapie bij diëtisten in Paola KZH (03/280.22.31)
- bestaat ook gelijklopend programma voor volwassenen in Middelheim ziekenhuis (duur = 3 maanden)



Praktisch ons programma :

telefonisch
aanmelden

- bij onthaal UKJA 03/280.49.00 of via mail els.engels@zna.be

intake
plannen

- kind + ouder(s)
- bij Dr. Femke Vanhooren en Hilde Ooms en Els Engels

somatische
doorverwijzing

- dagziekenhuis Paola KZH -obesitasprotocol
- somatisch onderzoek en resultaten bespreken Dr. Martine Docx

Praktisch ons programma :

adviesgesprek contract

- bij Dr. Femke Vanhooren – Hilde Ooms - Els Engels
- opstellen werkpunten adhv contract
- indien wachtlijst > mogelijkheid tot individueel voortraject
- of doorverwijzing

intake fysiotherapie

- vlak voor start deelname fysiotherapie
- Dr. Rudi Chappel – Livia Mertens

groepstherapie

- 1x/14 dagen **groepsessie** kinderen (9 sessies)
- 2x/week **bewegingstherapie** bij kinesist (4 maanden)
- 1x/maand **oudersessie**

Praktisch ons programma :

boostsessie

- +/- 1 maand na stoppen groepstherapie
- volledige gezin
- opfrissing hoofdpunten uit groepssessie

opvolging

- verschillende mogelijkheden

somatische
opvolging

- om de 3 maanden bij Dr. Martine Docx

Try-out 2014 summercamp



- **Multi Family Therapy/summercamp GIE** voor +/- 6 gezinnen samen met zoon/dochter met overgewicht/obesitas
 - Alle leden van gezin waren welkom !
 - **4 woensdagen** verspreid doorheen de zomervakantie
 - **Doel en opzet** ; gans gezin betrekken bij behandeling/aanpak aanleren gezonde eet- en beweeggewoonten en gedragsverandering
 - Aanvulling groepstherapie "gewicht in evenwicht"
- > Positieve ervaring !**

Medisch

Dr. Martine Docx – kinderarts

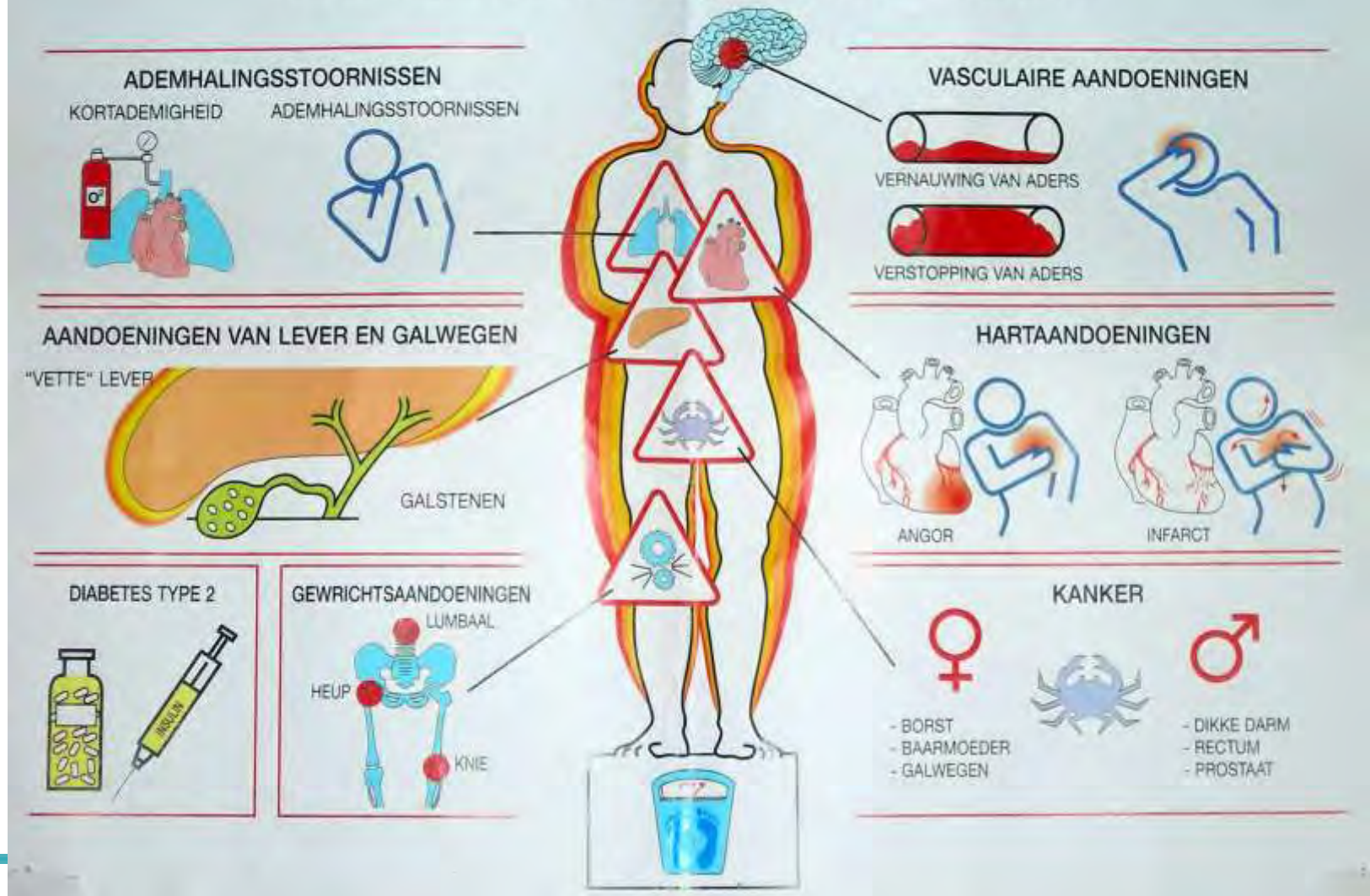
Koningin
Kinderziekenhuis

Paola



GEVOLGEN van overgewicht

OVERGEWICHT EN VERWIKKELINGEN



GEVOLGEN van overgewicht

gezondheidsproblemen :

- orthopedische problemen
- insulineresistentie
(voorloper diabetes type 2)
- nachtelijke hypoventilatie en slaapapnoe
- huidproblemen, hygiëneproblemen
- leversteatose
- verminderde mobiliteit

Regelmatige opvolging noodzakelijk !!

Bewegingstherapie

Livia Mertens – hoofd fysiotherapie

Algemeen Ziekenhuis Middelheim - ZNA



Bewegingstherapie



- gedurende 4 maanden
- 2x/week 1 uur
 - ↪ 1x/week in sportzaal
 - ↪ 1x/week in zwembad
- **doel** = terug **plezier** laten beleven aan beweging + **zoeken naar blijvende beweegactiviteiten** na stoppen groepstherapie !

Bewegingsadviezen



- beperken van televisie en computertijd
- stapsgewijs te werk gaan
- aërobe bewegingen promoten zoals wandelen, fietsen, zwemmen, ...
- leefstijl aanpassen (trap ipv lift, halte vroeger afstappen,...)
- huishoudelijke klusjes
- liefst samen met andere gezinsleden/vrienden
- **MOET LEUK BLIJVEN !!!**

Groepstherapie psychosociale thema's

Dr. Femke Vanhooren –

Kinder – en jeugdpsychiater

Hilde Ooms – psycholoog

Cathy Ketels – psychiatrisch verpleegkundige

Universitair Centrum

Kinder - en Jeugdpsychiatrie Antwerpen



Thema's kinderen



- **Pesten:** wat is het, hoe ga je ermee om?
- **Zelfbeeld:** hoe kijken jongeren naar zichzelf als persoon, met nadruk op stilstaan bij de eigen kwaliteiten
- **Lichaamsbeeld:** hoe kijken jongeren naar hun lichaam en uiterlijke kenmerken, met nadruk op kwaliteiten en niet enkel gewicht

Thema's kinderen

- **Eetbuien:** wat is het, hoe ga je ermee om
- **Emotioneel** eten/eten uit verveling
- Wat is gezond **bewegen**?
- **Relaxatie:** tot rust leren komen bij spanning



Thema's oudersessies

- **Educatie** lichamelijke gevolgen van overgewicht/obesitas
- Ontstaan van overgewicht/obesitas: aandacht voor balans tussen energie-inname en verbruik, genetische predispositie, psychologische en omgevingsfactoren
- **Gans gezin betrekken !**



Thema's oudersessies

- Hoe als ouder je kind/jongere **motiveren** en ondersteunen: aandacht interne/externe motivatie
- **ouders** mee betrekken > **rolmodel** > verantwoordelijk voor boodschappen, koken, afspraken, ...
- Kleine positieve stapjes leren bekrachtigen > **Triple P** (positief opvoeden)



Voedingseducatie

Els Engels – diëtiste UKJA

Universitair Centrum

Kinder - en Jeugdpsychiatrie Antwerpen



Voedingsadviezen

GEEN DIEET !!!

Zowel bij volwassenen als bij kinderen :

overgewicht verergert na een uit de hand gelopen dieet

DUS stap voor stap BIJleren gezonde voedingsgewoonten die je kan volhouden voor de rest van je leven



Voedingsadviezen



bron : vigez

Voedingsadviezen

- **Eet- en beweegdagboek** bijhouden
- **Samen werkpunten** uitfilteren
- niet minder gaan eten MAAR anders > bijleren !
- **GEEN dieet** maar werkpunten “stap voor stap”
- kinderen zelf werkpunten laten uitkiezen
- sturen naar gezonde voeding en voedingsgewoonten



Voedingsadviezen

adhv **contracten** ipv opgelegde voedingsmenu's of diëten

- afspraak > concreet >

lat niet te hoog leggen!

- max. 2 à 3 werkpunten voeding /beweging
- korte termijn evalueren
- eventueel **beloning** te verdienen/pluim geven

Residentiële behandeling

Zorgeenheid adolescenten

Leefroep eetstoornissen

Universitair Centrum

Kinder - en Jeugdpsychiatrie Antwerpen

Residentieel behandelprogramma

- intensief **residentieel programma** met duur van 4 maanden
- **doelgroep**: adolescenten met ernstige obesitasproblematiek EN eetstoornis

Residentieel behandelprogramma

- groepjes van 3 à 4 adolescenten
- dagelijks bewegingstherapie olv kinesist
- uitgebreid therapieaanbod in groep en individueel
- parallel deelname aan GIE
- ziekenhuisschool

Uitdagingen

- Prevalentie blijft stijgen > stap naar hulpverlening zetten verwijzen door CLB / huisarts / belangrijk !
- **Volhouden** van programma!
 - ➔ drop-out rates zijn hoog
- ook volhouden van gezonde leefstijl na stop programma > follow up is noodzakelijk voor blijvend succes !



Besluit

overgewicht/obesitas =

chronische problematiek

dus verdere opvolging is zeker nodig door
verschillende instanties !!!

Waar een wil is, is een weg

Literatuur



Nog vragen ?



Bedankt voor jullie aandacht !



Residentiële Behandeling van jongeren met Anorexia

Universitaire Kinder- en jeugdpsychiatrie
Antwerpen (UKJA)
ZNA Middelheim



Behandeling AN

overzicht verschillende programma's

schema

programma's

- ❑ **Programma 1: elke nieuwe patiënt met ondergewicht; een rustprogramma**
 - ❑ Doelstelling = zo weinig mogelijk energie verbruiken, dit samen met het aanleren van een gezond voedingspatroon.
- ❑ **Programma 2: 5 kg onder MGG**
 - ❑ Doelstelling = met meer energieverbruik en minder rust, toch verder proberen bij te komen
- ❑ **Programma 3: 1 kg onder MGG**
 - ❑ Doelstelling = laatste kg bijkomen, met opnemen van dagdagelijkse activiteiten, overgang naar huis toe of 'het normale leven'
 - ❑ **Doel gewichtstoename = min. +500g/week
(beloning = naar huis op week-end)**

Schema

	• Programma 1		• Programma 2		• Programma 3
Opname	• RUST: - lichamelijk - laag energieverbruik - doel: lichaam normaal functioneren • BIJKOMEN: - menu op plateau, eventueel gekoppeld aan sondevoeding	• Ongeveer 5 kg onder gezond gewicht: • zelf meer <u>verantwoordelijkheid!</u>	• energieverbruik mag verhoogd • minder rust • gewicht verder stijgen • binnenschool • geen rolstoel • geen pyjama • geen plateau • enkele huishoudelijke taakjes	• ongeveer 1 kg onder gezond gewicht: • is overgang naar huis.	• verdere stijging energieverbruik • laatste kilo bijkomen, dan gewicht behouden • geen rust meer • ev. Buitenschool • buiten de groep mits toestemming

Somatische oppuntstelling

onderzoeken begin opname

dagelijkse medische controles

onderzoeken begin opname

- ❑ Bloedonderzoek
- ❑ Urine onderzoek: zink, jodium, osmolaliteit
- ❑ Uitgebreid lichamelijk onderzoek
- ❑ Bij vermoeden restrictief of excessief drinken of drinken om gewicht te halen: regelmatige controle van osmolaliteit + extra weging
- ❑ Rx skeletleeftijd
- ❑ Echo blaas en nieren
- ❑ Cardiologisch onderzoek met echocardio en ECG
- ❑ Botdensitometrie
- ❑ Gewicht: opnamegewicht / MGG / OG / WE-G
- ❑ Bepalen van huidige lengte

Dagelijkse medische controle

- ▣ - gewicht
- ▣ - parameters: BD – P – T°
- ▣ - glycemiebepaling
- ▣ - astrub capilair of microserum: Na – K – Cl
- ▣ - urinestaal: osmolaliteit

Opbouwschema voeding

programma 1

programma 2

programma 3

Programma 1

- wennen aan regelmatig eten
- gevoel van honger en verzadiging
- streven naar G-toename 500g/week
- educatie rond "gezonde voeding" : voedingsdriehoek
 - ▣ belang uitleggen van water, koolhydraten, vetten (vetoplosbare vitaminen, essentiële vetzuren,...) in onze voeding, eiwitten,....
 - ▣ + eventuele gevolgen van langdurige tekorten van deze voedingsstoffen voor ons lichaam vb. droge huid, haaruitval, hartproblemen

Programma 2

- proberen invoeren van “taboe”voeding of fout voedsel vb. choco, ijsjes,
- proberen loskomen van het “vaste” eetschema /meer variëren
- snackuitstap 1x/maand

Programma 3

- hoeveelheden zelf kunnen bepalen
- volledig loskomen van het eetschema
- versoepelen van de strikte tijdstippen
- sociaal “eet” leven verder opbouwen

Therapieaanbod

individuele therapie

ouder - en gezinsbegeleiding

werkmap / werkboekje

dessert / kook

creatief moment

relaxatie / SOVA

PMT

eetgroepje

groepstherapie

spierversterkende oefeningen

psycho- educatie avonden

Binnenschool

- ❑ voor residentiële jongeren
- ❑ lessenpakket samengesteld met hun thuishschool
- ❑ examens afleggen is mogelijk
- ❑ kleine groepjes
- ❑ van 1u tot 4u
- ❑ vanaf programma 2
- ❑ vanaf programma 3 eventueel buitenschool

Basishouding VPK

- ▣ empathie
- ▣ luisterende houding
- ▣ respect
- ▣ geduld
- ▣ aanbieden van veiligheid
- ▣ duidelijke communicatie
- ▣ structuur bieden
- ▣ consequente aanpak

Mogelijke problemen

compensatiegedrag: braken / bewegen

foefelen met eten

weigeren van eten

automutilatie

Compensatiegedrag: braken / bewegen

- samen met de jongeren zoeken naar hulpmiddelen:
- inventarisatie van compensatiegedrag
- rusten na maaltijd in zicht van VPK
- deur/gordijn openlaten
- groepsmomenten
- opstarten van afbouwschema / beloningssysteem

Foefelen met voeding

- ▣ bespreken met de jongere, zonder afbreuk te doen aan hun inzet
- ▣ indien jongere foefelt met SV , wordt dezelfde hoeveelheid terug ingespoten
- ▣ indien ze gekoppeld zijn, krijgen ze extra drankje of SV
- ▣ laten eten onder extra toezicht
- ▣ maaltijden afbakenen in tijd

Weigeren van eten

- gesprek met jongeren dat het AN is die zegt niet te eten en dat het de bedoeling is samen te vechten
- jongeren laten nadenken over voordelen van bijkomen en nadelen van afvallen
- eten onder toezicht
- zeggen dat indien ze weigeren te eten de kans erin staat dat wij het gaan overnemen van hen dmv energierijke drankjes of SV

Automutilatie

- neutrale houding bij verzorgen wonde
- vragen naar voorwerp waarmee de jongere geautomutileerd heeft
- alternatieven aanbieden bv. op kussen slagen, ijsblokjes, gesprek met iemand
- naar ouders laten bellen



VRAGEN?



So, you're really a giraffe trapped in a rhino's body.

Multi Familie Dagbehandeling bij kinderen en jongeren met anorexia nervosa

K. Baekelandt

Multi Familie Therapie (MFT): Historiek

- Laqueur (1964): “sheltered workshops in family communication”
- gebruikt voor verschillende vormen van psychopathologie
- gebruikt bij eetstoornissen bij (jong)volwassenen vanaf late jaren '80
- eind jaren '90: Londen en Dresden: MFT voor adolescenten met anorexia nervosa

MFT: Wat en waarom?

Wat? Verscheidene gezinnen samen in behandeling rondom zelfde problematiek

Waarom hele gezin?

- ❑ gezin $\neq$ oorzaak, wel belangrijk bij genezingsproces
- ❑ Ivan Eisler: gezin organiseert zich rond probleem
 - ❑ eetstoornis domineert gezinsleven
 - ❑ beperking in gebruik van aanpassingsvaardigheden van gezinsleden
 - ❑ uitvergroten gezinsdynamieken
 - ❑ verenging tijdsperspectief naar hier en nu
 - ❑ niet meer voldoen aan noden horend bij verschillende levensfasen

Doelstellingen MFT

- Isolatie en stigma doorbreken
- Bevorderen inter- en intrafamiliale communicatie
- Gevoel van solidariteit creëren
- Onderlinge steun en feedback
- Uitwisselen van ervaringen
- Leren van elkaar
- Creëren van nieuwe perspectieven
- Bestaande aanpassingsvaardigheden aanspreken
- Nieuwe vaardigheden ontwikkelen
- Hulpeloosheid vervangen door gevoel van competentie
- Verantwoordelijkheid en expertise bij ouders
- Sfeer van realistisch optimisme en hoop creëren

MFT - Gebruikte technieken

- 5-stappen model
- circulaire spreken
- reflecting team en visbokaal technieken
- onderling verbinden van gezinnen

Programma MFT

- intake
- introductieavond
- 4 opeenvolgende volledige dagen
- 6 opvolgdagen verspreid over 1 jaar
- tussendoor gezinsgesprekken op vraag
- brussen altijd welkom, zeker aanwezig op introductieavond en dag 1, 3 en 10.

MFT - Fasen

- symptoomgericht
- relatiegericht
- toekomstgericht

Symptoomgerichte fase

Focus

- ❑ motivatie
- ❑ groepscohesie
- ❑ verantwoordelijkheid bij ouders
- ❑ therapeut ondersteunt, neemt niet over
- ❑ eten en gewicht hoofdfocus

Symptoomgerichte fase

Oefeningen

- maaltijden
- circulair spreken over ontstaan AN
- omkeren van de hiërarchie
- visuele representatie van verstoord lichaamsbeeld
- psycho-educatieve sessies
- hot seat
- film over impact op gezin
- collages
- pleegmaaltijd

Relatiegerichte fase

Focus

- ▣ verder opbouwen gezonder eetpatroon
- ▣ bereiken en handhaven gezond gewicht
- ▣ onderlinge relaties
- ▣ plaats en rol van AN in gezin
- ▣ interne en externe krachten
- ▣ nieuwe specifieke doelen

Relatiegerichte fase

Oefeningen

- gezinsfoto's
- nagespeelde conflicten
- levende sculptuur
- gezin boetseren in klei

Toekomstgerichte fase

Focus

- bredere gezinsthema's
- terugvalpreventie
- zelfstandigheid en identiteit

ZIJN ER NOG VRAGEN?

