

De psychologische benadering van eetgedrag bij obese kinderen.

European Childhood Obesity Group Paper

Onlangs publiceerde de European Childhood Obesity Group een position paper (zie Braet e.a., 2014) hoe experts in de hulpverlening alert kunnen zijn op verstoord eetgedrag bij kinderen. Het huidige artikel is een Nederlandse bewerking van deze paper. *bewerkt door Karen Brenninkmeijer & Rozemarijn Jeannin*

Het eetgedrag van kinderen met obesitas is complexer dan oorspronkelijk gedacht. Kinderen met obesitas kunnen verschillende eetgedragingen vertonen die kunnen wijzen op verstoord eetgedrag, zoals: snoepen na de maaltijd (dus zonder honger), eten als troost wanneer men zich depressief voelt, 's nachts eten, te veel eten gevolgd door braken, te weinig eten of overslaan van maaltijden. Bij kinderen is het zeer belangrijk om deze verstoringen in eetgedrag op tijd te ontdekken en in te schatten. Eerst komen psychologische modellen van overgewicht en obesitas bij kinderen aan bod en dan een stapsgewijze screeningsmethode om mogelijke psychologische determinanten van verstoord eetgedrag snel op te sporen.

Verstoorde eetstijlen

Eetbuien

Eetbuien kunnen zich als apart symptoom voordoen of deel uitmaken van een eetstoornis zoals boulimia nervosa, de eetbuistoornis of het nachtelijk eten syndroom. Eetbuien worden gekenmerkt door het in snel tempo eten van grote hoeveelheden voedsel zonder dat men honger heeft. Men heeft een gevoel van totaal controleverlies waardoor men zichzelf overeet

totdat men zich misselijk, schuldig of depressief voelt. Vaak eet men uit schaamte ook alleen.

Lijngericht of gecontroleerd eten

Zowel volwassenen als kinderen met obesitas rapporteren regelmatig te diëten. Dit diëten betekent vaak een te sterke reductie van calorieën, zoals een calorie-inname tot minder dan 1200 kilocalorieën gedurende minimum drie dagen. Dit controleren van eetgedrag houdt in dat men niet meer vertrouwt op signalen van honger en verzadiging, maar dat men cognitieve controle uitvoert over het eetgedrag.

Emotioneel eten

Eten als troost kan een manier zijn om met stress om te gaan. Deze vermijdende copingstrategie kan ontstaan bij kinderen met obesitas door de dagelijkse confrontatie met gevoelens van ontevredenheid over lichaam en gewicht, een laag zelfvertrouwen en sociale isolatie. Of de negatieve gevoelens zijn het gevolg van grote of kleine stressoren die het kind dagelijks of éénmalig meemaakte. Deze emoties hebben een invloed op eetgedrag; mensen kunnen meer gaan eten tijdens de maaltijd, meer snoepen of een onevenwichtig eetpatroon hanteren.

Hunkering en verslaving

Obese kinderen kunnen ook een verhoogde responsiviteit ten aanzien van voedsel vertonen. Het zien, ruiken of proeven van voedsel leidt dan tot een onmiddellijke reactie: eten zonder rekening te houden met gevoelens van verzadiging. Deze kinderen

met obesitas worden gekarakteriseerd als zeer gevoelig voor beloning.

Obesitas als uitdrukking van een familiale pathologie of een comorbide psychopathologie

Opvoedings- en meer specifiek voedingsstijlen zijn cruciale factoren in het ontwikkelen van een gezonde levensstijl. Het is namelijk belangrijk dat bewustwording van interne gevoelens van honger en verzadiging gepromoot worden. Voor ouders die zelf een geschiedenis van obesitas hebben, kan het moeilijker zijn om deze basisregels rond voedsel in hun opvoeding toe te passen. Daarnaast wijst wetenschappelijk onderzoek uit dat psychiatrische symptomen bij moeders geassocieerd zijn met de ernst van obesitas bij hun kinderen. Ten derde stellen kinderen met een prikkelbaar temperament of met meer internaliserende of externaliserende problemen grotere uitdagingen in de opvoeding, wat het moeilijker maakt om bij deze kinderen gezond eetgedrag te bewerkstelligen. Er blijkt een bidirectioneel verband te zijn tussen obesitas en mentale stoornissen.

Psychologische theorieën Dietary Restraint Theory (DRT)¹

Deze theorie geeft een verklaring voor het ontstaan van eetproblemen na het volgen van een strikt dieet. De theorie illustreert hoe cognitieve controle over eetgedrag vaak faalt, waardoor het risico op overeten stijgt. Wanneer de cognitieve controle namelijk te strikt is, raakt deze gemakkelijk ontwricht en kunnen op die manier eetproblemen ontstaan. Bij kinderen met obesitas wordt lijngericht eten en diëten dan vaak gevolgd

In deze rubriek vindt u bijdragen over richtlijnen en protocollen voor de praktijk. K. Brenninkmeijer en R. Jeannin zijn beiden klinisch psycholoog en werkzaam bij vzw Eetexpert (Rozemarijn.Jeannin@eetexpert.be).

1 Wat is ECOG?

ECOG is een pan-Europese groep van experts rond overgewicht en obesitas in de kindertijd. Deze expertgroep bestaat onder meer uit kinderartsen, psychologen, voedingsdeskundigen, bewegingsdeskundigen en economen. De groep werd in 1991 opgericht met als doel de Europese gemeenschap te helpen om de gezondheids-, sociale en economische impact van kinderobesitas ten volle te bevatten, en dit toenemende probleem in Europa aan te pakken. Voor meer informatie zie: www.ecog-obesity.eu

door eetbuien, wat dus uiteindelijk leidt tot een stijging in gewicht. Een andere hypothese stelt dat het falen van lijngericht eten ook stress kan veroorzaken, wat op zijn beurt emotioneel eten bevordert. Een theorie die hierbij aansluit en ook diëten en lijngericht eten ziet als risicovariabelen voor eetstoornissen, is de theorie van gedachteonderdrukking². Deze theorie wijst erop dat het menselijke brein in principe niet in staat is om niet aan iets te denken. De gedachten over eten die mensen met obesitas proberen onderdrukken, zoals bijvoorbeeld 'ik zal niet snoepen', zullen daardoor juist méér aanwezig zijn waardoor ze uiteindelijk het niet gewilde gedrag, zoals bijvoorbeeld snoep eten, zullen bevorderen.

Eten als troost
kan een manier zijn
om met stress
om te gaan.

Affect Regulation Theory (ART)³

Deze theorie die stelt dat affectieve processen een belangrijke rol spelen in eetgedrag, geeft een verklaring voor het gebruik van voedsel als troost door emotionele eters. Volgens deze theorie zou eten zonder een hongergevoel een poging zijn om een negatieve stemming tegen te gaan. Op psychologisch niveau zorgt voedsel namelijk voor troost, op biologisch niveau voor minder spanning. Daarnaast leidt het mensen af van hun emotionele stemming

en overschaduwde het negatief affect. Stressoren zoals laag zelfvertrouwen, negatieve stemming, ontevredenheid met lichaam en gewicht en sociale isolatie kunnen dus via het pad van affectregulatie leiden tot verstoord eetgedrag.

Reinforcement Sensitivity Theory (RST)⁴

Wanneer er geen sprake is van lijngericht of emotioneel eten, kunnen kinderen alsnog een verhoogde responsiviteit ten aanzien van voedsel vertonen. Dit wordt dan gezien als hunkering voor of verslaving aan (over)eten. Beeldvormingsonderzoek laat zien dat obese kinderen bij het zien of eten van voedsel meer activatie vertonen in de beloningsgebieden van de hersenen.

Deze preoccupatie met en hypergevoeligheid voor voedingsprikkelers kan disfunctioneel eetgedrag zoals eetbuien veroorzaken en in stand houden. Bij zeer beloningsgevoelige kinderen kan dit overeten ook veroorzaakt worden door een gebrek aan zelfregulatievaardigheden. Bij een gebrek hieraan kan men de verleiding van voedsel en beloning niet weerstaan. Impulsief eetgedrag zoals eetbuien kunnen dus het resultaat zijn van een combinatie van verhoogde gevoeligheid voor beloning en een gebrek aan zelfregulatievaardigheden.

Diathesis-Stress Model (DSM)⁵

Mustillo en collega's⁵ proberen het voorkomen van mentale stoornissen bij kinderen met obesitas te begrijpen. Het Diathese-Stress model volgt de idee dat het reeds op vroege leeftijd te zwaar zijn in een Westerse maatschappij die het slankheidsideaal promoot, kan leiden tot negatieve feedback en een laag zelfbeeld. Deze kunnen op hun beurt een litteken achterlaten bij kinderen en hen meer kwetsbaar maken wanneer ze geconfronteerd worden met stressoren zoals pesterijen of familieconflicten. Wanneer deze kinderen later in hun leven voor stressvolle uitdagingen komen te staan zoals overgang naar puberteit, omgaan met de druk van schoolwerk, relaties met leeftijdsgenoten, of loskomen van thuis, worden hun overlevingsvaardigheden sterk op de proef gesteld en kunnen in het bijzonder eerdere littekens leiden tot psychopathologie.

Psychologisch onderzoek bij jongeren met obesitas

De screeningprocedure voor jongeren met obesitas moet steeds aangepast zijn aan de leeftijd van het kind, gebruiksvriendelijk, gestandaardiseerd en evidence-based zijn. Eerst en vooral wordt aangeraden om de mogelijke psychologische modellen (M) na te gaan via één kort interview:

- M1. Rapporteert het kind grote hoeveelheden voedsel te eten of een gevoel van controleverlies te ervaren bij het eten?
- M2. Is het kind gepreoccupeerd met restrictief eten en diëten of maakt het



zich ernstig zorgen over gewicht en lichaamsvormen?

- M3. Vertoont het kind emotionele eetpatronen?
- M4. Vertoont het kind een hogere mate van disinhibitie, een specifieke responsiviteit ten aanzien van voedsel of geeft het kind aan verslaafd te zijn aan overeten?
- M5. Zijn er familiale problemen aanwezig in de opvoedingssituatie van het kind? Of vertoont het kind internaliserende of externaliserende problemen?

Als één of meerdere antwoorden op deze vragen positief zijn, moeten we ervan uitgaan dat er psychologische problemen zijn en is er behoefte aan een uitgebreidere screening. Wanneer er een positief antwoord volgt op M1 of M2, kan er verder gegaan worden met de EDE-Q, Cheat, EDI of met het interview EDE (zie legende aan het eind van dit artikel). Een positief antwoord op M3 is een aanleiding om verder onderzoek te doen met de CBCL, CDI, SPPC of met het interview KID-SCID. Antwoordt het kind positief op M4 dan kan er verder onderzocht worden met de BIS/BAS of de Stroop-taak. Indien het kind een positief antwoord geeft op M5 is verdere observatie en een interview aangewezen. Goede instrumenten hierbij zijn

ook de CBCL, CDI, SPPC en het interview KID-SCID.

Er kunnen duidelijke aanwijzingen zijn van een gestoord eetpatroon of moeilijkheden in de thuisomgeving van het kind die in de weg kunnen staan van de behandeling. Daarnaast kan de diagnosticus zich niet vaardig genoeg voelen om de behandeling voort te zetten. In deze situaties dient de optie met de ouders besproken te worden of het kind eventueel in aanmerking komt voor een meer diepgaand onderzoek en intensievere behandeling bij een gekwalificeerde kinderpsycholoog.

Wanneer de initiële screening meteen problemen blootlegt waaruit blijkt dat het kind niet meer veilig is (bijvoorbeeld fysiek of emotioneel misbruik, pesten), moet het meteen doorverwezen worden naar aangepaste instellingen. Dit moet ook gebeuren wanneer het kind een aanzienlijke gewichtsstijging of -daling doormaakt in een periode van zes maanden of wanneer het problemen ondervindt in het fysieke proces van eten (bijvoorbeeld slikstoornissen). Ten slotte dient vermeld te worden dat er ook kinderen zijn met obesitas die psychologisch gezond zijn en geen verslaving of eetstoornissen hebben, maar een goede levenskwaliteit met een voorkeur voor gezond voedsel en een hoge intrinsieke motivatie om voldoende te

bewegen. De mate van fysieke activiteit blijft één van de belangrijkste predatoren van overgewicht, obesitas en de medische comorbiditeiten die hiermee gepaard gaan. De psychologische modellen besproken in deze tekst stellen enkel hypothesen voor en kunnen voor sommige specifieke kinderen relevant zijn, maar voor anderen niet.

Legende

- EDE** Eating Disorder Examination, een semigestructureerd interview om eetstoornissen op te sporen.
- EDE-Q** Eating Disorder Examination Questionnaire, de vragenlijstversie van de EDE.
- ChEDE** Child Eating Disorder Examination, de EDE aangepast voor kinderen.
- Cheat** Children's Eating Attitude Test, een vragenlijst om attitudes en gedragingen die gerelateerd zijn aan eetstoornissen bij kinderen op te sporen.
- EDI** Eating Disorder Inventory, een screeningsvragenlijst voor eetstoornissen bij kinderen vanaf 11.
- DEBQ** Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ), ook bekend onder de naam NVE of Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag. Deze vragenlijst omvat de verschillende eetstijlen (extern, lijngericht, emotioneel eten).
- SPPC** Self Perception Profile for Children, ook bekend onder de naam CBSK of CompetentieBelevingsSchaal voor Kinderen, een vragenlijst rond zelfbeeld van het kind.

2 Samenvattingsfiche voor screening door eerstelijns hulpverleners

European Childhood Obesity Group aanbevelingen voor een optimale screeningsprocedure zijn:

1. Screen bij aanvang voor de verschillende modellen

Stel volgende korte vraagjes in een gesprek:

Vraag 1 (model 1): Rapporteer het kind grote hoeveelheden voedsel te eten of een gevoel van controleverlies te ervaren bij het eten?

Vraag 2 (model 2): Is het kind gepreoccupeerd met restrictief eten en diëten of maakt het zich ernstig zorgen over gewicht en lichaamsvormen?

Vraag 3 (model 3): Vertoont het kind emotionele eetpatronen?

Vraag 4 (model 4): Vertoont het kind een hogere mate van disinhibitie, een specifieke responsiviteit ten aanzien van voedsel of geeft het kind aan verslaafd te zijn aan overeten?

Vraag 5 (model 5): Zijn er familiale problemen aanwezig in de opvoedingssituatie van het kind? Of vertoont het kind internaliserende of externaliserende problemen?

2. Volg een gefaseerde procedure

Gebruik mogelijk de DEBQ in combinatie met de CBCL om te screenen voor betere toetsing van de hypothesen. Bij een positief antwoord op (één van) bovenstaande vragen, vraag toestemming om verder onderzoek te doen aan de hand van de volgende vragenlijsten:

Screeningsvraag positief	Zeker	Indien mogelijk
M1 (controleverlies)	DEBQ (kindversie/ouderversie)	EDE-Q Cheat EDI EDE interview
M2 (lijnen)	DEBQ (kindversie/ouderversie)	EDE-Q Cheat EDI EDE interview
M3 (emotioneel eten)	DEBQ (kindversie/ouderversie)	CBCL CDI SPPC KID-SCID interview
M4 (extern eten)	DEBQ (kindversie/ouderversie)	BIS/BAS STROOP-taak
M5 (opvoedingsproblemen)	CFQ ouderlijke afwijzing	CBCL (ouder/kind) CDI SPPC KID-SCID interview

3. Zorg voor een goede doorverwijzing en communicatie

Doorverwijzing naar een gespecialiseerde kinderpsycholoog is aangewezen indien:

- De screeningsprocedure wijst op een eetstoornis;
- De screening wijst op problemen in de thuissituatie die de behandeling bemoeilijkt;
- De diagnosticus zich niet bekwaam voelt om het gewichtsprobleem te behandelen.

Het bevragen van verstoord eetgedrag kan op weerstand stuiten bij het gezin, dat niet steeds de koppeling maakt tussen eetgedrag en psychische en fysieke gezondheid. Gebruik kindvriendelijke en begrijpbare taal in de communicatie met het gezin.

4. Verwijs zeker door naar een gespecialiseerd team indien:

- De veiligheid van het kind in gevaar blijkt (mishandeling, verwaarlozing...);
- Het kind de voorbije zes maanden een opmerkelijke gewichtstoename of afname heeft gekend;
- Eén of meerdere van volgende items uit de screening bevestigend werden beantwoord:
 - *suïcidale gedachten
 - *braken
 - *stelen van voedsel
 - *nachtmerries
- Gerelateerde fysieke problemen (bijv. slikproblemen).

CDI Children's Depression Inventory, een screeningsvragenlijst voor depressie bij kinderen.

CNCL Child Behavior Checklist, een screeningsinstrument voor internaliserende en externaliserende gedragsproblemen.

KID-SCID Structured Clinical Interview for DSM-IV - Childhood version, een gestructureerd interview voor DSM-diagnoses.

BIS/BAS BIS/BAS self-report scale (BIS = Behavioural Inhibition System; BAS = Behavioural Approach System), een vragenlijst rond beloningsgevoeligheid bij kinderen.

STROOP de STROOP-taak, een responsinhibitietask, meet cognitieve preoccupatie met voedselprikkelers

EMBU Egna Minna Beträffande Uppfostran of 'My memories of upbringing', een vragenlijst rond de opvoedingsrelatie.

CFQ Child Feeding Questionnaire, een vragenlijst rond voedingsstijlen van ouders.

Voor meer uitleg zie:

Braet C ea (2014) The psychological approach of the eating behaviour of children who are obese. An ECOG position paper. *Obesity facts* (in press)

Braet C (2010) *Kinderen met overgewicht. Diagnostiek en behandeling voor de professional*. Amsterdam: Hogrefe

Noten

- Herman CP & Mack D (1975) Restrained and unrestrained eating. *Journal of personality* 43: 647-660; Herman CP & Polivy J (1980) Restrained eating. In Stunkard AJ (ed) *Obesity* (p 208-225). Philadelphia: Saunders
- Wegner DM & Zanakos S (1994) Chronic thought suppression. *Journal of personality* 62: 616-640
- Bruch H (1975) Obesity and anorexia nervosa. Psychosocial aspects. *Australian and New Zealand journal of psychiatry* 9: 151-169; Bruch H (1997) Obesity in childhood and personality development. *Obesity research* 5: 157-161; Ganley RM (1989) Emotion and eating in obesity: a review of the literature. *International journal of eating disorders* 8: 343-361; Slochower JA (1983) *Excessive eating: The role of emotions and environment*. New York: Human Sciences Press
- Gray JA (1975) *Elements of a two-process theory of learning*. Oxford, England: Academic Press; Schachter S & Rodin J (1974) *Obese humans and rats*. Washington, DC: Erlbaum/Holtsted
- Mustillo S ea (2003) Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories. *Pediatrics* 111: 851-859