

Stappenplan



Een stappenplan bij eetproblemen en
eetstoornissen voor de eerstelijnsdiëtist

Eetexpert 2023



Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu



RIZIV



Eetexpert

Beginpagina

Adolescenten in groei zijn tot en met de jongvolwassenheid volop bezig een weg te zoeken in het leven, en dat is een hele opgave. Hun lichaam is in ontwikkeling, psychologisch moeten ze verder leren omgaan met plots hoog oplaaierende emoties, en op sociaal vlak zoeken ze hun weg tussen leeftijdsgenoten. Dat is voor velen dan ook een turbulente en hobbelige periode. Sommige jongeren lopen in die ontwikkeling vast, en een deel onder hen krijgen een moeilijke relatie met eten, hun lichaam en hun gewicht.

Elke diëtist die werkzaam is in de hulpverlening kan te maken krijgen met gedrag dat doet denken aan eet-problemen of eetstoornissen. Ook diëtisten in de eerste lijn. Het is niet altijd evident om daarmee aan de slag te gaan. Je zal moeten inschatten of er hulp nodig is, en zo ja, welke hulp nodig is en je zal moeten beslissen of je moet doorverwijzen of niet. In dit draaiboek willen we je daarbij helpen. Je krijgt antwoord op volgende vragen:

Is er een probleem?

- Hoe loopt het groeiproces bij jongeren en met welke veranderingen kunnen ze vastlopen?
- Wat is het verschil tussen haperend eetgedrag, eetproblemen en eetstoornissen en wat zijn hun kenmerken?

Hoe kunnen we problemen herkennen?

- Wat zijn belangrijke signalen die een diëtist best zo snel mogelijk opmerkt?
- Welke cliënten lopen meer risico?
- Welke factoren kunnen cliënten beschermen tegen het ontstaan of erger worden?

Hoe kunnen we problemen begrijpen?

- Hoe komt het dat sommige jongeren net een eetprobleem ontwikkelen?
- Hoe komt het dat problemen blijven duren?

Hoe kunnen we invoegen en helpen?

- Hoe kan ik voeling krijgen met de cliënt?
- Hoe kan ik goed communiceren, zonder stigmatiserend of oordelend over te komen?
- Hoe kan ik samen met de cliënt bepalen waar we (niet) over gaan werken?
- Hoe kan ik het gedrag concreet onderzoeken, en welk materiaal kan ik daarvoor gebruiken?
- Hoe kan ik de cliënt zijn visie en wensen meenemen?
- Hoe moet ik een actieplan opstellen?
- Hoe kan ik dat actieplan timen en plannen?
- Hoe kan ik het actieplan evalueren en bijsturen?

Hoe kan de omgeving een hulpbron zijn?

- Waar kan het mislopen tussen kind en omgeving?
- Wat heeft de omgeving nodig?
- Hoe kunnen we de omgeving en ook zo het kind versterken?

Op [deze pagina](#) vind je telkens de geüpdate informatie in verband met het zorgtraject eetstoornissen en obesitas.

Deze gespreksgids is een initiatief van Eetexpert in opdracht van de Federale overheid in het kader van het FOD Project Eerstelijnsconventie.

Auteurs: Tiffany Naets

Projectcoördinatie: An Vandeputte

Indien u dit stappenplan wilt citeren, gebruik dan volgende verwijzing: Eetexpert (2023). Stappenplan bij eetproblemen en eetstoornissen voor de eerstelijnsdiëtist. Federale Overheid, FOD Project Eerstelijnsconventie (verkrijgbaar via eetexpert.be).

Inhoudstafel

1	IS ER EEN PROBLEEM?	9
1.1	EEN GROEIVERHAAL	9
1.1.1	WE GROEIEN ONS HELE LEVEN LANG	9
1.1.2	TURBULENTIE OP KOMST	9
1.1.3	FYSIEKE GROEI	9
1.1.4	SOCIALE GROEI	10
1.1.5	PSYCHOLOGISCHE GROEI: ZELFEVALUATIE	10
1.1.6	PSYCHOLOGISCHE GROEI: EMOTIEREGULATIE	11
1.1.7	EEN GROEI-ONDERSTEUNENDE CONTEXT CREËREN IN DE EERSTELIJN	11
1.2	ABC: AUTONOMIE, BETROKKENHEID EN COMPETENTIE	12
1.3	NEUTRAAL EN NIET-STIGMATISEREND HANDELEN	13
1.4	A.L.L.E.S. VIJF GROEITHEMA'S MET EEN FOCUS OP GEZONDE LEEFSTIJL	15
1.4.1	AFWISSELEND ETEN (4Gs)	15
1.4.1.1	Genieten	16
1.4.1.2	Gevarieerd	16
1.4.1.3	Genoeg	17
1.4.1.4	Geregeld	17
1.4.2	LEUK BEWEGEN	18
1.4.3	LIEF ZIJN VOOR JEZELF	19
1.4.4	EMOTIES HANTEREN	20
1.4.5	SLAPEN	21

1.5	SOCIAAL NETWERK MEE UITBOUWEN	22
1.6	MEDIAWEERBAARHEID	22
2	EETPROBLEMEN EN EETSTOORNISSEN	24
2.1	WELKE EETPROBLEMEN?	25
2.2	WELKE EETSTOORNISSEN?	26
2.2.1	ANOREXIA NERVOSA (AN)	26
2.2.2	BOULIMIA NERVOSA (BN)	27
2.2.3	EETBUISTOORNIS (BINGE EATING DISORDER, BED)	28
2.2.4	AVOIDANT RESTRICTIVE FOOD INTAKE DISORDER (ARFID)	29
2.2.5	EXTRA: ORTHOREXIA NERVOSA (ON)	30
2.3	SUBKLINISCH? EEN DIMENSIONEEL PERSPECTIEF	30
3	HOE KAN IK HAPERINGEN INSCHATTEN?	32
3.1	SIGNALEN: WAAR MOET IK OP LETTEN?	32
3.1.1	GEWICHTSEVOLUTIE	32
3.1.2	EETCOMPETENTIES	32
3.1.3	RESTRICTIE/LIJNGEDRAG	33
3.1.4	CONTROLEVERLIES	33
3.1.5	EETBUIEN	33
3.1.6	EMOTIONEEL ETEN	34
3.1.7	COMPENSATIE	34
3.1.8	ZELFEVALUATIE	35
3.1.9	SLAAP	35
3.1.10	LICHAMELIJKE SIGNALEN	36
3.2	HOE MOET IK DE ERNST INSCHATTEN?	36
3.2.1	MEDISCH	36

3.2.2	DUUR EN VOORGESCHIEDENIS	37
3.2.3	COMORBIDITEIT	37
3.2.4	IMPACT OP HET PSYCHOSOCIAAL FUNCTIONEREN	37
3.2.5	MOTIVATIE TOT VERANDERING	37
3.2.6	SCOFF/ESP-VRAGENLIJSTEN	37
3.2.7	RISICOTAXATIE	38
3.3	WIE LOOPT MEER RISICO?	40
3.3.1	GESLACHT	40
3.3.2	GENDERIDENTITEIT	40
3.3.3	CULTUUR	40
3.3.4	SOCIO-ECONOMISCHE STATUS (SES)	40
3.3.5	DIABETES TYPE 1	41
3.4	WELKE FACTOREN KUNNEN JONGEREN BESCHERMEN?	41
3.4.1	POSITIEF LICHAAMSBEELD	41
3.4.2	GEZOND ZELFBEELD EN EMOTIONEEL WELZIJN	41
3.4.3	BEWEGING ALS DEEL VAN EEN GEZONDE LEEFSTIJL	41
3.4.4	VOEDING ALS DEEL VAN EEN GEZONDE LEEFSTIJL	42
3.4.5	GEZINSMAALTIJDEN EN POSITIEVE MAALTIJDSFEER	42
3.4.6	VERBONDENHEID MET FAMILIE EN VRIENDEN	42
4	HOE KAN IK HAPERINGEN EN HUN EVOLUTIE NAAR EETSTOORNISSEN BEGRIJPEN?	43
4.1	COMPLEX SAMENSPEL: MULTI-CAUSAAL MODEL	43
4.2	HAPERENDE GROEI (BIO-PSYCHO-SOCIAAL)	43
4.3	ZELFWAARDERING ALS UITLOKKER	44
4.4	EMOTIEREGULATIE EN SOCIALE PROBLEMEN ALS UITLOKKERS	45
5	HOE KAN DE EERSTELIJNSDIËTIST INVOEGEN OM GROEI-ONDERSTEUNEND TE HANDELEN?	46

5.1	(I)NVOEGEN: CONNECTIE MAKEN MET PERSOON I.P.V. PROBLEEM	47
5.2	(N)IET STIGMATISEREN: BEWUSTE COMMUNICATIE	47
5.3	(N)EGOTIËREN: WAT KOMT ER OP DE AGENDA?	47
5.3.1	GIDSEN	47
5.3.2	MOTIVATIE	48
5.3.3	ABC	48
5.4	(O)NDERZOEKEN: WAT IS ER AAN DE HAND?	49
5.5	(V)ERDUIDELIJKEN: WELKE INFORMATIE IS NODIG?	49
5.5.1	UP TO DATE?	50
5.6	(A)CTIE BEPALEN: EERSTELIJSBEGELEIDING OF DOORVERWIJZING?	50
5.6.1	RISICOTAXATIE	50
5.7	(T)IJMEN EN PLANNEN: ACTIE OMZETTEN NAAR EEN PLAN	50
5.7.1	DOORVERWIJZEN?	50
5.7.2	EERSTELIJSAAANPAK?	51
5.8	(E)VALUEREN: HOE EVALUEREN EN BIJSTUREN?	51
5.8.1	GEEN VIJGEN NA PASEN	51
5.8.2	EVALUEER AAN DE HAND VAN	52
5.9	INNOVATE: OVERZICHT	52
6	OMGEVING ALS HULPBRON	53
6.1.1	JONGEREN KUNNEN NIET GROEIEN ZONDER DE HULP VAN DE OMGEVING	53
6.1.2	TOOLBOX OUDERS	53
6.1.3	EEN GROEIONDERSTEUNEND BOEK	54

1 Is er een probleem?

1.1 Een groeiverhaal

1.1.1 We groeien ons hele leven lang

We groeien ons hele leven lang. Een baby leert stappen, zelfstandig eten, praten en wordt kleuter. Die kleuter gaat naar de lagere school en leert lezen en schrijven, vrienden maken en begint de wereld stilaan beter te begrijpen. Plots is daar de adolescentie, een turbulente periode waarin we steeds meer volwassen moeten worden. De adolescent gaat plots nadenken over zijn identiteit, wie die echt leuk vindt, welke waarden en normen die wil naleven, en dat alles in een lichaam dat er ineens heel anders begint uit te zien. En nadat de jongere de middelbareschoolbanken verlaat, wordt het “serieus” en moet die stilaan beginnen weten wat die met het leven wil aanvangen. Allemaal niet evident.

1.1.2 Turbulentie op komst

De fase van de adolescentie en de jongvolwassenheid (ongeveer tussen 10 en 23 jaar) is een spannende fase. Zowel op biologisch, sociaal, als psychologisch vlak verandert er heel wat in deze periode. Het lichaam ondergaat een groeispuurt en gaat er daardoor heel anders uitzien. Ook nieuwe hormonen zorgen ervoor dat het lichaam uit balans kan zijn. Bovendien verandert er ook wel wat op sociaal vlak. Zo maakt men zich los van de ouders en zoekt men steeds meer aansluiting bij vrienden en partners. Op psychologisch vlak worden emoties intenser ervaren en dat terwijl het brein nog volop in ontwikkeling is en deze emoties daardoor niet altijd op de gepaste manier kan verwerken. Dat alles maakt dat groeien niet altijd van een leien dakje loopt. Vaak duiken er dan eet- en gewichtsproblemen op. Hieronder gaan we verder in op waarom fysieke, sociale en psychologische groei vaak gepaard gaan met haperingen wat betreft eten, gewicht en lichaam.

1.1.3 Fysieke groei

Tijdens de lagereschooltijd verandert het lichaam weinig, maar in de adolescentie (vaak tussen 10 en 15 jaar) verandert de biologie van een mensenlichaam. Er ontstaat namelijk een groeispuurt, die niet altijd mooi in proportie is en bovendien anders verloopt voor meisjes dan voor jongens. Meisjes krijgen wat meer vrouwelijke vormen. Zo worden hun heupen en billen wat voller en krijgen ze borsten. Dit kan heel snel gaan waardoor meisjes zich vaak zorgen maken of ze “toch niet te dik” zullen worden. Zeker wanneer deze groeifase, in vergelijking met anderen, heel snel of net heel traag verloopt. Bij jongens verandert de verhouding vet versus spiermassa. Hierdoor maken zij zich soms zorgen over dat ze niet breed of gespierd genoeg zijn. Deze groeispuurt is rechtstreeks gelinkt aan de energie-inname en dus hoeveel jongeren eten en bewegen. De eetlust vergroot omdat er extra

energie nodig is. Maar tegelijkertijd ontstaat er vaak onzekerheid of het wel oké is dat men zoveel begint te eten. Ook denken jongeren soms dat ze meer moeten bewegen om vetopstapeling tegen te houden of om de spiermassa te vergroten. Deze twijfel ontstaat vaak omdat jongeren zich sterk afspiegelen tegen de schoonheidsidealen. Hoewel deze niet realistisch zijn, vraagt het heel wat zelfvertrouwen om zichzelf mooi te vinden en te accepteren dat het lichaam kan afwijken van de heersende idealen.

1.1.4 Sociale groei

De leefwereld wordt groter. Ze gaan naar de middelbare school, die misschien in een andere stad gelegen is. Ze krijgen een smartphone waarmee ze met de hele wereld kunnen communiceren. Vrienden worden steeds belangrijker. Voor sommigen vraagt het heel wat inspanningen om die vriendschapsrelaties op te bouwen of te blijven behouden. Tegenover de ouders komt er vaak meer afstand, vanuit een nood aan meer autonomie en zelfstandigheid. Dat alles kan voor stress zorgen en die stress kan zich uiten in onzekerheden wat betreft eten, lichaam en gewicht. Sociale media en leeftijdsgenoten kunnen de jongere het gevoel geven dat uiterlijk allesbepalend is en er goed uitzien dus noodzakelijk is om veel vrienden te hebben en liefdesrelaties te kunnen opbouwen. Bovendien krijgen jongeren steeds meer toegang tot informatie die hun eet- en beweegpatroon de verkeerde weg op kan sturen. Denk maar aan de promotie van strikte (crash)diëten of beweegprogramma's die na 6 weken een toplichaam beloven.

1.1.5 Psychologische groei: zelfevaluatie

Adolescenten kunnen steeds abstracter nadenken over idealen, waarden en normen. Ze zoeken naar een identiteit en exploreren daarbij verschillende pistes. Ze testen verschillende "subgroepen" uit, ieders met hun eigen drijfveren en vrienden. Zo gaan ze bijvoorbeeld op korte tijd van fashionista naar klimaatactivist. Op die manier ontdekken ze wie ze willen zijn en welk pad ze willen volgen. Om deze keuzes te maken, gaan adolescenten zich sterk vergelijken met anderen en worden ze vaak onzeker wanneer ze verschillen ontdekken tussen zichzelf en anderen, die in hun ogen perfect zijn. Ondanks hun abstracter denkvermogen, zien ze toch veelal enkel de successen van anderen en het falen bij zichzelf. In hun streven om toch maar te voldoen aan hun eigen idealen en die van anderen, kan er behoorlijk wat druk ontstaan. Jongeren zoeken daardoor vaak meer houvast en hangen daarbij bijvoorbeeld hun hele identiteit op aan één aspect. Een belangrijk aspect is het uiterlijk of gewicht ("als ik X kg zal wegen zal ik mooi zijn en dan komt alles goed"). Dat laat natuurlijk weinig ruimte om andere aspecten te verkennen en zorgt er ook voor dat er geen stabiel zelfbeeld ontstaat. Wanneer men op dat ene aspect toch tekortschiet, wat vaak gebeurt, zijn er geen andere domeinen om op terug te vallen waardoor men vaak heel rigide wordt en zich enkel nog daarop kan focussen. De jongere kan daardoor dus

overdreven veel belang gaan hechten aan lichaam en gewicht en er dan ook alles aan willen doen om die idealen te bereiken.

1.1.6 Psychologische groei: emotieregulatie

Tijdens de adolescentie is er een groot verschil tussen de verschillende regio's van het brein. Kort gezegd hebben we allemaal een "emotioneel brein" en een "rationeel brein". Het emotionele brein wordt geactiveerd door emoties en het rationele brein wordt geactiveerd wanneer we doelen willen halen en onszelf onder controle willen krijgen. Tijdens de adolescentie is het emotionele brein sterk actief. Jongeren ervaren dan vaak zeer intense emoties, die veelzijdiger zijn dan in de lagere school. Zulke intense, veelzijdige emoties worden ervaren als een soort van vloedgolf door jongeren. Zeker omdat ze die emoties nog niet goed kunnen plaatsen aangezien het rationele brein zich trager ontwikkelt en dus als het ware wat achterloopt. Dit noemen we de "maladaptieve shift", omdat de verschillen tussen breinen en hun ontwikkeling het moeilijk maakt om de net zo intens opkomende emoties te leren reguleren. Pas rond de 23 jaar is ons rationeel brein volledig ontwikkeld en kunnen we onszelf daardoor onder controle houden en handelen in functie van langetermijndoelen. Emotieregulatie is daardoor één van de belangrijkste uitdagingen tijdens de adolescentie. Jongeren moeten namelijk leren welke strategieën er in welke situaties gepast zijn om die emoties te handhaven. Dit zorgt er dan ook voor dat jongeren vaak strategieën aanwenden die op korte termijn de emotie wel doen gaan liggen, maar op lange termijn niet echt helpen. Zo ontstaat er tijdens adolescentie vaak emotioneel eten, dit wil zeggen dat ze erg gaan snoepen of veel te veel eten om de emotie die ze voelen te onderdrukken. Of ze gaan zichzelf uithongeren, omdat dit ook tijdelijk emoties kan dempen en hun toch het gevoel kan geven ergens grip op te blijven houden.

1.1.7 Een groei-ondersteunende context creëren in de eerstelijns

Hulpverleners in de eerste lijn kunnen helpen wanneer jongeren vastlopen op de uitdagingen die met die groei gepaard gaan. Bij uitstek is de eerstelijnspraktijk de plaats om jongeren en hun ouders op een laagdrempelige manier te ondersteunen. Hoe je dat concreet doet, hangt natuurlijk af van de jongere, het gezin en hun omgeving zelf. Je probeert zoveel mogelijk op maat te werken, dus het universeel succesrecept bestaat niet. Wat wel bestaat, zijn kaders die eerstelijns hulpverleners houvast kunnen bieden. Meer specifiek zijn er een aantal handvatten die jouw basishouding als hulpverlener kunnen vormgeven, om zoveel mogelijk te kunnen aansluiten bij de jongere, de omgeving en hun behoeften.

1.2 ABC: Autonomie, Betrokkenheid en Competentie

Ongeacht waar de jongere in vastloopt, er zijn drie universele basisbehoeften waar iedereen nood aan heeft. Jongeren helpen groeien betekent dus ook tegemoetkomen aan deze basisbehoeften.

A

Autonomie

Zichzelf mogen zijn en zelf (mee) beslissingen kunnen nemen in de begeleiding. Jongeren moeten de kapiteinsrol over hun eigen leven kunnen blijven behouden. Dit betekent niet dat het een “laisser-faire” is waarbij je de jongere zijn gang laat gaan. Je mag nog steeds regels opstellen, maar het is belangrijk te benadrukken waarom die regels er zijn zodat ze “toestemmen”.

- Wat is het probleem volgens de jongere?
- Wat vindt die van de begeleiding?
- Wat verwacht de jongere van de begeleiding?
- Hoe denkt de jongere dat het moet aangepakt worden?
- Wanneer heeft de jongere diens doelen bereikt?
- Hoe ziet het einddoel er voor de jongere uit?
- Waar wil die mee aan de slag en hoe?
- Wanneer wil de jongere de doelen bereikt hebben?

B

Betrokkenheid

Jongeren kan je pas helpen groeien als ze voelen dat je betrokken en begaan met hen bent. De nood aan betrokkenheid is het gevoel krijgen dat je om anderen kan geven en dat anderen geven om jou. Dat doe je niet alleen door interesse te tonen in de leefwereld van de jongere, maar ook door hen als persoon onvoorwaardelijk te accepteren. Dat betekent niet dat je alles wat ze doen moet goedkeuren. Dat betekent wel dat je een onderscheid kan maken tussen wie ze zijn en wat ze doen. We aanvaarden wie ze zijn, enkel zo kunnen ze bij jou terecht wanneer ze fouten maken of wanneer het moeilijk gaat.

C

Competentie

Jongeren zullen pas veranderingen kunnen doorvoeren, wanneer ze het gevoel hebben dat ze daartoe in staat zijn. Wanneer ze van in het begin al denken dat ze zullen falen, is de kans ook groter dat dat ook echt gebeurt. Als ze zich daarentegen competent voelen, werkt dat vooral stimulerend.

- Geef duidelijk aan *wanneer* je *wat* verwacht van de jongere
- Wat heeft de jongere zelf al geprobeerd?
- Wat liep al goed?
- Heeft de jongere zelf oplossingen?
- Deel nieuw gedrag op in kleinere, haalbaardere stappen
- Wat is nodig voordat we verder gaan?
- Wie kan helpen om de volgende stappen te zetten?
- Wat kan de jongere zelf doen?
- Benadruk de krachten, talenten en capaciteiten

1.3 Neutraal en niet-stigmatiserend handelen

Jongeren staan pas open voor groei wanneer we ze correct, zonder vooroordelen, behandelen. Zeker wat eten en gewicht betreft zijn die vooroordelen alomtegenwoordig, ook bij diëtisten en andere hulpverleners.

Van iemand met een afwijkend gewicht denken we vrijwel automatisch **dat ze erg ongezond leven, dit ongezond leven hun eigen schuld of verantwoordelijkheid is, en ze vooral ongemotiveerd zijn om wel gezond te leven**. Niet alleen ontstaan zo vicieuze cirkels, maar het is ook een barrière voor behandeling. Wanneer hulpverleners de verantwoordelijkheid en “de schuld” volledig bij de jongere leggen, zullen ze al gauw op enkel maar meer problemen stuiten.

Bekijk de jongere als een mens in volle groei. Niet als iemand die het probleem of de hapering “is”, maar als iemand die een probleem of hapering “heeft”, en daar ook weer uit kan geraken wanneer die maar genoeg hulp van de omgeving krijgt.

Diëtisten zijn niet gevrijwaard van strenge waarden en normen over wat het is om gezond te zijn en er goed uit te zien. Het maatschappelijk slankheidsideaal heeft op iedereen een impact. Bovendien weten diëtisten bij uitstek wat gezondheid inhoudt. Dit kan ervoor zorgen dat ze **naar perfectie streven en de druk te ver opdrijven**. Als we verwachten dat de jongere mild is voor zichzelf, moeten we dat zelf natuurlijk ook voor de jongere zijn.

- Probeer moeilijkheden te zien als leeransen. Bepaalde gedragingen kunnen vooral pogingen zijn om om te gaan met de problematiek die speelt.
- Kijk ook naar wat er al goed loopt. Zelden loopt echt alles mis, er zijn ook domeinen waar het goed loopt. De jongere heeft talenten, krachten en sterktes die kunnen helpen om verder te groeien.
- Gewicht mag niet de focus of de motivator zijn. Focus in plaats daarvan op een gezonde en evenwichtige levensstijl. Het gedrag en de gezondheid veranderen is belangrijker dan het cijfer op de weegschaal aanpassen aangezien dat cijfer niet bepaalt hoe gelukkig of gezond je bent.
- Je moet voor je lichaam zorgen, in plaats van het onder druk te zetten. Stimuleer zelfzorg (“wat heeft je lichaam nodig?”).
- Adviseer geen diëten om lichaamsvorm te veranderen.
- Antwoord niet bevestigend als de jongere over diens lichaam of gewicht klaagt.

Veel begint bij de **taal** die we hanteren. Vermijd daarom taal die focust op uiterlijk en gewicht (dun en dik). Koppel er ook zeker geen waarden of idealen aan (bv. slank en mooi, dik en lelijk of lui). Spreek van een probleem dat ze *hebben*, niet hoe problematisch ze *zijn* (bv. “je bent anorectisch” versus “je ervaart de druk om te vermageren en je lichaam te veranderen”).

Meer weten over stigmatisering en respectvolle communicatie? Bekijk dan het hoofdstuk ‘Communicatie’ in ons [Stappenplan basiskennis eetstoornissen en gewichtsproblemen](#).

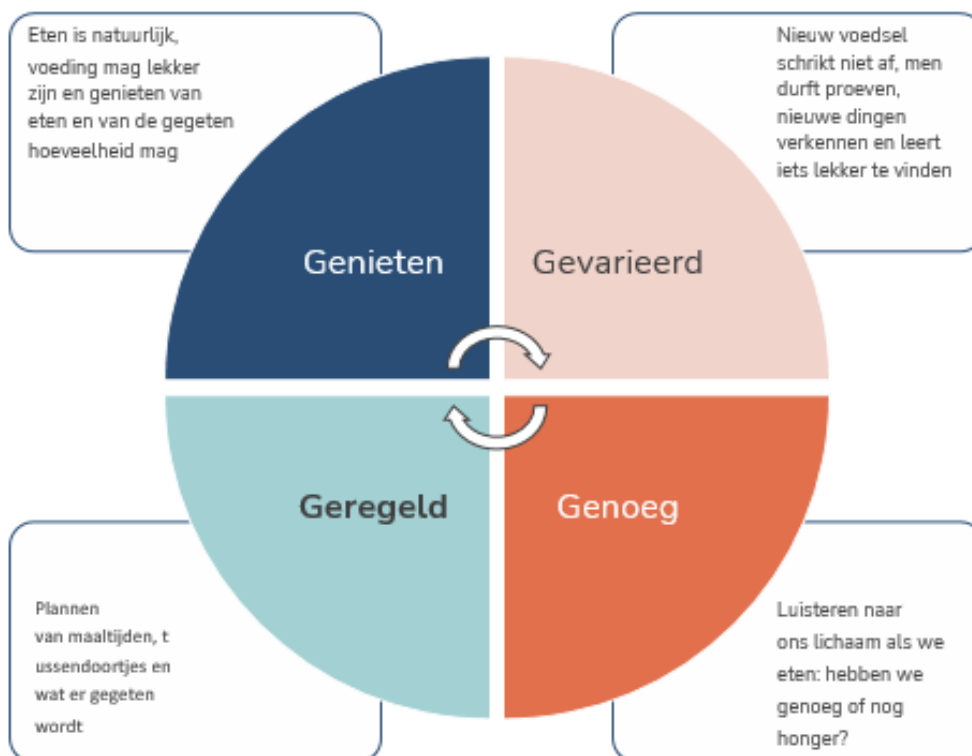
1.4 A.L.L.E.S. Vijf groeithema's met een focus op gezonde leefstijl

Als we jongeren willen helpen in hun groei, focussen we in eerste instantie dus beter niet op het probleem, maar wel op waar er vooruitgang in de gezondheid mogelijk is. Dat gaat dan niet over een "normaal" gewicht of een slanke lijn krijgen, maar over een evenwichtige leefstijl uitbouwen die jongeren hun hele leven kan helpen om zowel fysiek als mentaal tegen een stootje te kunnen.

Gezondheid kan je op vele manieren vormgeven en definiëren, maar de 5 groeithema's uit het acroniem A.L.L.E.S. zijn een gemakkelijke kapstok om als eerstelijnsdiëtist te gebruiken.

1.4.1 Afwisselend eten (4Gs)

De 4 G's van competent eetgedrag



 **Eetexpert**

Copyright © 2022, Eetexpert, alle rechten voorbehouden.

Gezond eetgedrag is competent eetgedrag. Een handige leidraad is die van de “4G’s”, die vooropstelt dat we best vier eetcompetenties nastreven. Deze competenties kunnen niet zonder elkaar en zijn allemaal nodig om van competent eetgedrag te kunnen spreken. Een balans ertussen is dus nodig.

De jongere is niet alleen verantwoordelijk voor het ontwikkelen van deze eetcompetenties. De zorgfiguren hebben hier namelijk een belangrijke impact op aangezien zij doorgaans de structuur en inhoud van de maaltijden binnen het gezin bepalen. Het ontwikkelen van die eetcompetenties gebeurt dus steeds binnen de context van het gezin waarin de jongere leeft.

1.4.1.1 Genieten

Men mag genieten van eten. Dit betekent dat eten als iets leuks en lekkers gezien mag worden. Ook mag men genieten van hoeveel men eet.

- Moedig aan om van de maaltijd een positief gezamenlijk gebeuren te maken (spreek bijvoorbeeld af dat moeilijke thema’s niet tijdens de maaltijd besproken worden)
- Gezelligheid kun je aanzwengelen door de tafel leuk te decoreren, kleur op het bord te voorzien, enzovoort
- Help nadenken over bereidingsmanieren die helpen voeding zo goed mogelijk te doen smaken
- Geef educatie over waarom bepaalde voeding labelen als “verboden voedsel” geen goed idee is en over de gevolgen van diëten alsook het schrappen van voedingsmiddelen
- Leer de jongere en het gezin voedsel niet als goed of slecht te labelen
- Focus op het gegeven dat het lichaam voeding nodig heeft
- Moedig aan om de tijd te nemen om te eten, met bewustzijn (in plaats van snel-snel eten voor de televisie bv.)

1.4.1.2 Gevarieerd

Nieuw voedsel schrikt niet af, men durft en wil allerlei dingen proeven en iets leren lekker vinden.

- Help nadenken over hoe men dagelijks verschillende soorten producten en voedingsgroepen kan eten en daarin kan variëren, op een manier die niet onevenredig veel moeite kost (lever bv recepten aan met ingrediënten waarvoor men naar één en dezelfde winkel kan en die weinig tijd vragen om klaar te maken)
- Hoe kan de jongere in het gezin helpen om dit te realiseren? Kan die mee helpen koken, zelf recepten zoeken of mee naar de winkel?
- Kunnen maaltijdboxen een hulpmiddel zijn?
- Moedig aan om te experimenteren met voeding: welke kleine stapjes kan de jongere of kunnen gezinsleden samen zetten om nieuwe voeding te leren lusten?

- Beperk je bijvoorbeeld in het begin tot 1 soort groente of fruit die dicht aanleunt qua smaak en textuur tegen iets dat men wel al lust (bv een wortel leunt aan tegen andere zoete voedingsmiddelen)
- Voor kinderen is het gezelschapsspel [Lekkerbekjes](#) een leuke manier om spelenderwijs allerlei elementen uit de voedingsdriehoek te leren proeven
 - De website [Zeker Gezond](#) geeft tips en tricks om te experimenteren met kleuren en exotische gerechten

1.4.1.3 Genoeg

Luisteren naar de groeibehoeft van het lichaam, signalen van honger en verzadiging herkennen en er ook aandacht aan besteden.

- Denk samen na over hoe je tijdens het eten afleidingen kan uitschakelen (bv smartphone aan de kant, televisie uit,...)
- Moedig aan om met volle bewustzijn en met alle zintuigen voeding te ervaren (de geur, de smaak, het zicht,...)
- Bevraag welke hongersignalen de jongeren al kent en of er misschien nog andere zijn (bv grommende of pijnlijke maag, zich slap voelen,...)
- Help om de hongersignalen te differentiëren: heb ik “fysieke” honger of word ik getriggerd door iets anders (bv. emoties, reclame, enz.)?
- Help om strategieën te vinden wanneer zulke triggers de kop op steken (bv een bad nemen, gaan wandelen, een liedje luisteren)
- Help om verzadigingssignalen te herkennen

1.4.1.4 Geregeld

Maaltijden en tussendoortjes kunnen worden gepland op een flexibele manier zodat aan de behoeften voldaan wordt.

- Denk met de jongere na over hoe de structuur nu thuis in elkaar zit en hoe je daar, zonder veel drastische aanpassingen, nieuwe dingen in kan introduceren (bv als er weinig tijd is zoeken naar voedzame maar ook snelle maaltijden)
- Oefen met het opstellen van een dagplanning of een weekmenu
- Help bij het samenstellen van evenwichtige maaltijden die niet danig zwaar op de maag liggen dat het ritme verstoord geraakt
- Denk ook na over hoe de jongere op school, de vakantiejob, bij vrienden,... regelmatig kan eten zonder daar alles voor te moeten omgooien

1.4.2 Leuk bewegen

Vaak denken we in extremen als we het over bewegen hebben: intensieve trainingsprogramma's, een marathon lopen, enzovoort. Zulke extremen geven risico's op twee vlakken. Enerzijds hoeven fysieke activiteiten niet zo groots te zijn om bij te dragen aan je gezondheid. Ook kleine dagelijkse dingen (bv huishouden doen, de trap nemen) tellen. Anderzijds hoort bij een gezonde leefstijl ook een vorm van restrictie op bewegen: gezond bewegen is afgestemd op wat het lichaam goed doet en wat plezier geeft (omwille van sociale contacten, uitdaging,...). Als het hoofdzakelijk gaat over het lichaam veranderen of te compenseren, moet men eerst werken aan lichaamstevredenheid alvorens beweging verder aan te moedigen.

Leuk bewegen kan zowel minder als meer bewegen betekenen. Contact maken met het lichaam en je eigen grenzen leren kennen is het belangrijkste.

- Help zoeken naar manieren van bewegen die de jongere leuk vindt
- Moedig aan om te bewegen omdat de jongere er plezier aan beleeft, niet om het lichaam te veranderen
- Help zoeken naar manieren om meer plezier te halen uit bewegen (bv een leuke playlist, een maatje zoeken of zich bij een club kunnen aansluiten, een comfortabele outfit, enz.)
- Moedig aan om het lichaam en de grenzen te leren kennen: wat zijn signalen dat je lichaam niet meer meekan of net wel nog meekan?
- Moedig aan om de intensiteit van het bewegen te durven afstemmen op hoe de jongere zich voelt. Zo kunnen blessures en andere problemen vermeden worden. Doorbreek de mythe dat je je lichaam zwaar moet doen "afzien" om gezond te worden
- Moedig aan om tijd te maken voor opwarming, cooling down, gepaste ondersteuning met aangepast schoeisel en kledij

Meer weten over leuk bewegen?

Bekijk dan de [bewegingsdriehoek op de website van Gezond Leven.](#)

1.4.3 Lief zijn voor jezelf

Gezond leven betekent ook jezelf graag zien. Iemand met een gezond lichaamsbeeld kan zowel de “slechte” als de goede kanten van dat lichaam erkennen. . Bovendien kunnen ze ook een onderscheid maken in die “slechte” kenmerken tussen die kenmerken waaraan men kan werken, en de kenmerken waar men niets aan kan doen en dus beter kan accepteren voor wat ze zijn. Het gaat hier vooral over hoe je jezelf en je lichaam beoordeelt. Iemand met een gezond lichaamsbeeld is namelijk mild voor zichzelf.

Een gezond lichaamsbeeld is bovendien erg veelzijdig. Dat wil zeggen dat gelukkig en blij zijn met zichzelf afhangt van verschillende thema's en factoren, niet enkel uiterlijk, waardoor er meer bronnen zijn om energie en zelfliefde uit te putten.

- Leer de jongere evenveel naar het proces als naar het product te kijken. Leer de jongere dus de weg naar succes te appreciëren, ongeacht hoe het uitdraait
- Sta samen met de jongere expliciet stil bij diens krachten, talenten en domeinen waar het goed gaat. Bespreek wat de jongere zelf positief vindt, maar ook wat anderen (broer, zus, vriendin, ouders,...) in de jongere waarderen.
- Zoek naar zoveel mogelijk domeinen van zelfwaardering (en dus meer dan alleen hoe het lichaam eruitziet) in zoveel mogelijk verschillende contexten (thuis, op school, werk, met vrienden, enz.)
- Zoek samen naar het waardensysteem van de jongere. Wat vindt de jongere belangrijk? Wat hoopt de jongere dat mensen over hem zeggen? Wat wil de jongere aan het eind van zijn leven bereikt hebben?
- Durf het schoonheidsideaal uitdagen en relativeren

Meer weten over lief zijn voor jezelf? Bekijk dan [onze fiche Lief zijn voor jezelf](#).

1.4.4 Emoties hanteren

Hierboven werd reeds aangehaald dat omgaan met emoties voor jongeren een uitdagend groeithema is. Het is echter voor niemand, ook niet voor volwassenen, altijd gemakkelijk om op een gepaste manier met (intense) emoties om te gaan. Emoties hanteren is een bewust proces en komt met vallen en opstaan.

- Breng de strategieën die de jongere reeds heeft in kaart, samen met de gevolgen die die strategieën met zich meebrengen, zowel korte als lange termijn. Welke strategieën hebben een positief effect, op zowel korte als lange termijn (bv steun zoeken bij iemand die ze kunnen vertrouwen)? Welke strategieën hebben een negatief effect, op zowel korte als lange termijn (bv ertegen vechten)?
- Onderzoek wat de emoties triggert: wat gebeurt er in de omgeving? Welke gedachten gaan vooral gepaard met de negatieve emoties?
- Onderzoek of ze bepaalde triggers kunnen aanpassen. Hou daarbij rekening met wat echt veranderbaar is en wat niet
- Zoek naar strategieën die op zowel korte als lange termijn adaptief zijn
- Zoek samen naar een arsenaal aan strategieën, eerder dan naar 1 strategie die overal wordt toegepast (bv soms is sociale steun zoeken handig, maar altijd beroep doen op anderen werkt op de duur ook tegendraads)
- Vertrek niet altijd vanuit je eigen emotieregulatiestrategieën. Wat voor de ene werkt hoeft niet noodzakelijk ook voor de andere te werken (het moet aansluiten bij de leefwereld, interesses en krachten van de jongere)
- Schat in of je de hulp nodig hebt van een psycholoog

Meer weten over emoties hanteren? Bekijk dan [onze fiche Lief zijn voor jezelf](#).

1.4.5 Slapen

Gezond leven betekent ook gezond slapen. De impact van slaap op ons lichaam is enorm. Slaapproblemen hebben namelijk heel wat gevolgen voor ons fysiek en mentaal welzijn (concentratieproblemen, prikkelbaarheid, verstoorde hormoonbalans, enz.).

Leefstijladvies houdt dus ook slaapadvies in, dat bovendien aangepast is aan de jongere. Jongeren hebben in vergelijking met bijvoorbeeld lagereschoolkinderen meer slaap nodig omdat hun lichaam zodanig in verandering is. Gezond slapen betekent dat de jongere niet alleen voldoende slaapt, maar ook spontaan en fris wakker wordt en alert kan functioneren.

- Zoek een vast slaapritueel. Dit betekent niet alleen steeds rond hetzelfde tijdstip gaan slapen, maar ook een aantal vaste activiteiten in te plannen vlak voor het slapen gaan (bv. een boek lezen). Zoek naar wat de jongere helpt om te ontspannen en welk moment haalbaar is om te gaan slapen alsook welk moment ideaal is om op te staan om zo doorheen de dag goed te kunnen functioneren.
- Sta samen stil bij mogelijke “verleiders” die slaapttekort kunnen veroorzaken, zoals entertainment en schermen (bv tv, games), dranken die rijk zijn aan cafeïne of alcohol, activiteiten zoals te lang doorgaan met studeren of sporten, of de aanwezigheid van elektrisch licht (ook blauw LED licht van schermen) die de aanmaak van melatonine in het lichaam kunnen verstoren.

Meer weten over slaap? Bekijk dan [onze fiche Slaap](#).

1.5 Sociaal netwerk mee uitbouwen

Jongeren hebben het moeilijker om een gezonde leefstijl uit te bouwen wanneer ze dat alleen moeten doen. Het maakt ze bovendien kwetsbaarder voor psychische of fysieke problemen. Daarom is het belangrijk om samen met de jongere het sociale netwerk te bekijken en naar manieren te zoeken om dit verder uit te bouwen:

- Zoek samen met de jongere naar een manier om, in de mate van het mogelijke, het sociale netwerk te vergroten. Is het bijvoorbeeld een optie om elke dag met minstens 1 klasgenoot te praten?
- Probeer in te schatten welke sociale vaardigheden de jongere heeft: hoe pakt de jongere het aan om nieuwe contacten te leggen? Heeft de jongere baat bij andere strategieën?
- Zoek naar welke contacten nu al goed lopen en probeer daar enkele strategieën uit te filteren die ze ook voor nieuwe mensen kunnen gebruiken
- Welke zorgfiguren of bestaande leden van het sociale netwerk kunnen helpen om nieuwe contacten te leggen?
- Hoe kunnen diezelfde personen helpen om de jongere weerbaarder te maken en de opvattingen rond schoonheid en dergelijke te verruimen? En, welke eigenschappen hebben die personen die de jongere bewondert?

Het is daarbij ook belangrijk om te beseffen dat jij als diëtist ook deel uitmaakt van dat netwerk. Het betekent niet dat je de professionele relatie moet overschrijden en deel moet gaan uitmaken van de groep zorgfiguren of vrienden. Het betekent wel dat jij een belangrijke modelfunctie hebt: je bent ambassadeur in alles wat te maken heeft met een gezonde houding ten opzichte van eten, bewegen en het lichaam.

1.6 Mediaweerbaarheid

De mate waarin jongeren realistische en genuanceerde opvattingen hebben, hangt ook af van de boodschappen die ze zien in de (sociale) media en hoe ze daarmee omgaan. Zeker jongeren worden in hoge mate blootgesteld aan geïdealiseerde boodschappen die het risico inhouden dat ze het belang van een ideaal lichaam gaan overschatten, zichzelf steeds gaan vergelijken met anderen, en/of risicovolle en ongezonde methodes erop gaan nahouden om dat ideaalbeeld na te streven.

- Informeer de jongere over het gebruik van photoshop en filters alsook de achterliggende algoritmes van sociale media
- Informeer de jongere over de opofferingen en investeringen die modellen en beroemdheden moeten doen om er op een bepaalde manier uit te zien (sommige kanalen of influencers zijn daar heel open over)
- Toon filmpjes die het effect van digitale beeldvorming laten zien

- Informeer niet alleen, maar stimuleer ook kritisch nadenken bij de jongere zelf. Laat hen nadenken over zowel de positieve als negatieve aspecten van sociale media. Bv. bespreek met de jongere welke influencers boodschappen uitdragen die passen bij de waarden en normen van de jongere, tegenover welke hen een slecht gevoel geven

2 Eetproblemen en eetstoornissen

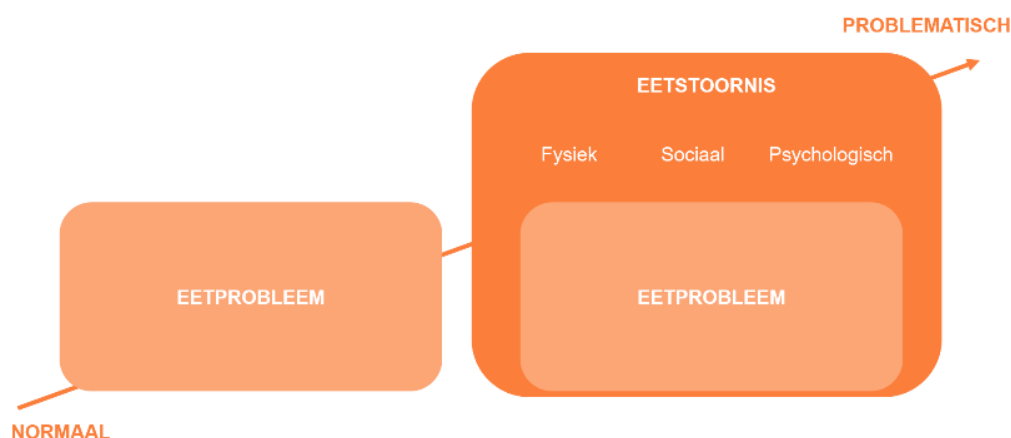
Uit deze groeithema's blijkt dus dat het natuurlijk ontwikkelingsproces adolescenten onzeker kan maken en daardoor hun gedrag kan bepalen. Het is ook duidelijk waarom net in deze fase vaak eet- en gewichtsproblemen opduiken, omdat ze zo aan deze groeithema's vasthangen.

Sommige jongeren haperen ergens doorheen hun groeiproces. Sommige jongeren ontwikkelen een *eetprobleem*, maar wanneer dit ernstige vormen aanneemt en nefaste gevolgen krijgt, spreken we zelfs van een *eetstoornis*. Het is belangrijk het verschil te kennen, omdat eetstoornissen niet geschikt zijn om in de eerstelijnsdiëtetiek een plaats te geven.

Eetprobleem: een eetprobleem is een verstoring van gezond eetgedrag, waardoor eten niet meer ontspannen of natuurlijk verloopt. Het kan op zichzelf staan, maar ook kaderen binnen een eetstoornis. Voorbeelden zijn te veel of te weinig eten, te vaak eten, te eenzijdig, te snel of te traag eten.

Eetstoornis: een eetstoornis bevat niet alleen een eetprobleem (en dus verstoord eetgedrag), maar ook problemen op andere levensdomeinen, zoals fysiek (o.a. te laag gewicht, ziekte), sociaal (o.a. conflicten, beperkte of moeilijke relaties), en psychologisch (o.a. negatieve gedachten of negatief zelfbeeld). Om te kunnen spreken van een eetstoornis, moet aan een aantal vooraf bepaalde criteria (zoals in de DSM-5, zie verder) worden voldaan.

Het is niet ongewoon dat jongeren zich soms niet goed in hun vel voelen en niet tevreden zijn met hun uiterlijk of hun gewicht. Eetproblemen en eetstoornissen bevinden zich op een continuüm. Dit wil zeggen dat men zichzelf kan bevinden op een meer of minder extreme positie en hier ook in kan schuiven naargelang de tijd of bepaalde gebeurtenissen. Hoe meer fysieke, sociale en psychologische gevolgen het eetprobleem met zich meebrengt, hoe ernstiger het dus wordt en hoe meer men opschuift richting een eetstoornis.



2.1 Welke eetproblemen?

Eten gebeurt niet in een ontspannen sfeer wanneer jongeren moeite hebben met de vier eetcompetenties ("4G's") zoals hierboven beschreven. Er ontstaan dan "haperingen". Deze haperingen kunnen zich voordoen op verschillende competenties tegelijk, wat het probleem alleen maar versterkt.

G ENIETEN	<p>Eten is niet meer leuk, men kan niet meer genieten van voeding en/of de hoeveelheid ervan (bv schuldgevoel). Of er ligt net te veel nadruk op genieten en men wil constant een leuk gevoel opwekken.</p>
G ENOEG	<p>Niet luisteren naar het lichaam en niet beseffen of tegemoetkomen aan of we nog honger hebben of niet</p>
G EVARIEERD	<p>Eenzijdig eten, nieuwe voeding proeven schrikt af</p>
G EREGELD	<p>De hoofdmaaltijden en tussendoortjes zijn (meestal) niet aanwezig. Of men eet net bij elke mogelijkheid. Er ontbreekt dus structuur</p>

Meer weten over de 4Gs en een gezonde leefstijl? Lees er meer over op onze [website](#).

2.2 Welke eetstoornissen?

Eetproblemen kunnen overgaan in eetstoornissen. Om ervoor te zorgen dat iedereen het over hetzelfde heeft wanneer men spreekt over bepaalde stoornissen, gebruiken we vaak diagnostische criteria. Er zijn verschillende richtlijnen, maar de meest gebruikte zijn te vinden in de DSM (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*). De DSM-5 (APA, 2013) is een manual die wereldwijd wordt gebruikt en zes concrete eet- en voedingsstoornissen beschrijft: pica, ruminatiestoornis, vermijdend restrictieve voedselinnamestoornis (ARFID), anorexia nervosa (AN) waaronder restrictief type (AN-R) en eetbuien/purgerende type (AN-BP), boulimia nervosa (BN) en de eetbuistoornis (binge eating disorder, BED). Hoewel alle bovenstaande stoornissen op elk moment in het leven kunnen gediagnosticeerd worden, komen sommige stoornissen vaak op jonge leeftijd voor (pica, ruminatiestoornis, ARFID), terwijl andere meer tijdens de adolescentie en jongvolwassenheid ontstaan (AN, BN, BED). We lichten AN, BN, en BED verder toe. We belichten ook ARFID, want kinderen groeien hier meestal niet zomaar uit en dragen dit soms mee tot in de adolescentie. We bespreken ook kort een relatief nieuw profiel, namelijk van Orthorexia Nervosa (ON).

2.2.1 Anorexia Nervosa (AN)

DSM-5 definieert AN aan de hand van de volgende criteria (vrije Nederlandse vertaling)

Symptomen

- A. Beperking van de energie-inname volgens behoefte wat leidt tot een opmerkelijk laag lichaamsgewicht gezien de lengte, leeftijd, sekse, ontwikkelingstraject en lichamelijke gezondheid. Een opmerkelijk laag gewicht wordt gedefinieerd als een gewicht dat lager is dan wat minimaal normaal is, of bij kinderen en adolescenten lager dan wat minimaal verwacht mag worden.
- B. Intense angst om aan te komen en om dik te worden, of aanhoudend gedrag om toename van gewicht te voorkomen, zelfs bij een opmerkelijk laag gewicht.
- C. Verstoring van de manier waarop het lichaamsgewicht of het figuur wordt ervaren, het gewicht of het figuur heeft een onevenredig grote invloed op de zelfwaardering, of een aanhoudend gebrek aan inzicht in hoe ernstig het lage lichaamsgewicht wel niet is.

Subtypes

AN-BP = Eetbui-purgerend type, waarbij er eetbuien (en dus controleverlies) en purgeergedrag (compensatiegedrag, zoals bv. zelfopgewekt braken) aanwezig zijn

AN-R = Restrictieve type, waarbij er geen eetbuien of purgeergedrag aanwezig zijn. Het ondergewicht wordt vooral gecreëerd en onderhouden door lijnen, vasten en overmatige lichaamsbeweging.

Ernst

De ernst van AN wordt in de DSM-5 bepaald door de BMI (kg/m²) voor volwassenen, voor kinderen en adolescenten wordt een aangepaste BMI aangeraden die rekening houdt met leeftijd en geslacht en het BMI afzet tegenover normgegevens.

Volwassenen	
≥ 17 kg/m ²	Mild
16 – 16.99 kg/m ²	Matig
15 – 15.99 kg/m ²	Ernstig
< 15	Extreem

Lees [hier](#) meer over antropometrie bij kinderen en jongeren.

2.2.2 Boulimia Nervosa (BN)

DSM-5 definieert BN aan de hand van de volgende criteria (vrije Nederlandse vertaling)

Symptomen

- A. Eetbuien door controleverlies:
 - a. Eten in een afgebakende periode (bijvoorbeeld 2 uur) van een hoeveelheid voeding die beslist groter is dan wat de meeste mensen zouden eten gedurende dezelfde tijd onder dezelfde omstandigheden.
 - b. Een gevoel van gebrek aan controle over het eten gedurende die episode (bijvoorbeeld een gevoel dat men niet kan stoppen met eten; geen controle heeft over wat of hoeveel men eet).
- B. Terugkerend ongepast compensatiegedrag om gewichtstoename te voorkomen, zoals zelf opgewekt braken, misbruik van laxemiddelen, diuretica of andere medicatie, vasten, of excessief bewegen.
- C. De eetbui en het ongepaste compensatiegedrag kwamen allebei gemiddeld (minstens) één keer per week voor in de laatste drie maanden.
- D. De zelfwaardering wordt onevenredig sterk beïnvloed door het figuur en gewicht
- E. De verstoring vindt niet alleen plaats gedurende episodes van Anorexia Nervosa

Ernst

De ernst wordt in de DSM-5 bepaald door de frequentie van het compensatiegedrag.

Gemiddeld aantal compensatiegedragingen /week	
1-3 keer	Mild
4-7 keer	Matig
8-13 keer	Ernstig
> 14 keer	Extreem

2.2.3 Eetbuistoornis (Binge Eating Disorder, BED)

DSM-5 definieert BED aan de hand van de volgende criteria (vrije Nederlandse vertaling)

Symptomen

- A. Eetbuien door controleverlies:
 - a. Eten in een afgebakende periode (bijvoorbeeld 2 uur) van een hoeveelheid voeding die beslist groter is dan wat de meeste mensen zouden eten gedurende dezelfde tijd onder dezelfde omstandigheden.
 - b. Een gevoel van gebrek aan controle over het eten gedurende die episode (bijvoorbeeld een gevoel dat men niet kan stoppen met eten; geen controle heeft over wat of hoeveel men eet).
- B. Een eetbui wordt gekenmerkt door de volgende kenmerken:
 - a. Veel sneller eten dan gebruikelijk
 - b. Eten tot men zich onaangenaam vol voelt
 - c. Een grote hoeveelheid eten terwijl men lichamelijk geen honger heeft
 - d. Alleen eten omdat men zich schaamt over hoeveel men eet
 - e. Na afloop zich walgelig, depressief of schuldig voelen
- C. Het hebben van eetbuien gaat gepaard met sterke gevoelens van stress
- D. De eetbui vindt (minstens) gemiddeld 1 keer per week plaats gedurende drie maanden
- E. De eetbui wordt niet gevolgd door terugkerend ongepast compenserend gedrag (bijvoorbeeld zelf opgewerkt braken, vasten, extreem veel bewegen) en gebeurt niet exclusief gedurende de periode van Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa of een Vermijdende/restrictieve voedselintakestoornis.

Ernst

De ernst wordt in de DSM-5 bepaald door het aantal eetbuien.

Gemiddeld aantal eetbuien /week	
1-3 keer	Mild
4-7 keer	Matig
8-13 keer	Ernstig
> 14 keer	Extreem

2.2.4 Avoidant Restrictive Food Intake Disorder (ARFID)

ARFID, of de vermijnd restrictieve voedselinnamestoornis, is een relatief nieuwe stoornis die in de DSM-5 voor het eerst werd opgenomen. De DSM-5 definieert ARFID aan de hand van de volgende criteria (vrije Nederlandse vertaling)

Symptomen

- A. Een eet- of voedingsstoornis (bv. geen interesse in eten of voeding, vermijden van bepaalde voeding op basis van de sensorische kenmerken, of zorgen over de negatieve gevolgen van eten) waarbij men herhaaldelijk faalt om aan de nodige voedings- en/of energiebehoeften te voldoen, en die gekenmerkt wordt door één of meerdere van de volgende aspecten:
 - a. Significant gewichtsverlies (of falen om de verwachte gewichtstoename te bereiken, stagnerende groei)
 - b. Significante voedingstekorten
 - c. Afhankelijkheid van sondevoeding of voedingssupplementen
 - d. Duidelijke impact op psychosociaal functioneren
- B. Niet verklaard door een gebrek aan toegankelijkheid van voedsel of een cultureel gebruik
- C. Niet exclusief tijdens Anorexia of Bulimia Nervosa en geen bewijs van een verstoring in hoe men het lichaam of gewicht ervaart
- D. Niet veroorzaakt door een gelijktijdige medische conditie of een andere mentale stoornis.

Ernst

De ernst wordt in de DSM-5 niet bepaald.

2.2.5 Extra: Orthorexia Nervosa (ON)

Tegenwoordig merken diëtisten in hun praktijk een nieuw soort profiel op, waarbij er niet expliciet wordt gefocust op lichaamsgewicht- en vorm, maar eerder op de gezondheid van het lichaam. Sinds 2013 wordt steeds meer de term “orthorexia nervosa” gebruikt om naar deze nieuwe variant te verwijzen. Het wordt bedoeld als een eetstoornis, maar wordt voorlopig niet officieel zo erkend. Er is nog veel debat over of het een stoornis is of niet. Ook over de specifieke diagnostische criteria is men het nog niet volledig eens. Toch is het de moeite waard om te vermelden omdat het in de klinische praktijk steeds vaker voorkomt.

Symptomen

De belangrijkste experten binnen het ON-domein, die tevens ook zetelen in de Orthorexia Nervosa Taskforce (ON-TF), publiceerden, in onderlinge consensus, in 2019 twee kernkenmerken van ON (vrije Nederlandse vertaling):

- A. Een obsessieve focus op diëten, via gezond eten, omdat men gelooft dat dit een optimaal welzijn teweeg brengt. Er zijn rigide dieetregels en men is herhaaldelijk en op een hardnekkige manier bezig met voeding, en/of compulsieve gedragingen.
- B. Er is consequent en klinisch significant lijden (“impairment”), zoals bijvoorbeeld op medisch of psychologisch vlak of andere levensdomeinen

Ernst

Het is voorlopig nog niet mogelijk om eenduidige richtlijnen te geven over de ernstniveaus van ON. Er kan worden gebruik gemaakt van ON-vragenlijsten en de bijbehorende drempelwaarden, zoals bijvoorbeeld de Dusseldorf Orthorexia Schaal (DOS, Barthels et al., 2015).

Meer weten over orthorexia? Lees het [hier](#).

2.3 Subklinisch? Een dimensioneel perspectief

Het verschil tussen een eetprobleem en een eetstoornis is duidelijk. Net zoals de diagnostische criteria duidelijke handvatten geven om te bepalen of iemand nu wel of geen eetstoornis heeft. Maar zoals eerder vermeld, blijft het een continuüm. Jongeren kunnen meer of minder eetproblemen vertonen en meer of minder bijkomend lijden ervaren op fysiek, sociaal of psychologisch vlak.

Sommige jongeren vertonen zowel eetproblemen als bijkomend lijden, maar voldoen niet volledig aan de vooropgestelde criteria. Ze zijn bijvoorbeeld aan het lijnen en bang om gewicht bij te komen, maar hebben (nog) geen significant ondergewicht. Denk maar aan

jongeren die worstelden met overgewicht en extreem zijn beginnen lijnen, waardoor ze nu op een normaal gewicht zitten maar toch nog steeds verder blijven diëten omdat ze bang blijven om gewicht bij te komen. Ook kunnen jongeren compenseren zonder eetbui, of ervaren ze voor een korte tijd veel last van intense eetbuien (bv. na een relatiebreuk). Hoe dan ook blijft er probleemgedrag en lijden aanwezig, ongeacht of deze nu strikt onder die criteria vallen of niet.

De DSM-5 komt hier al gedeeltelijk aan tegemoet, door de verschillende ernstniveaus te specificeren en daarmee een aantal van die “subklinische” vormen te erkennen.

1. **Atypische AN**, waarbij iemand aan de AN-criteria voldoet en aanzienlijk vermagerd is, maar het gewicht nog binnen de normale grenzen valt
2. **Purgeerstoornis**, waarbij er alleen compensatiemaatregelen getroffen worden maar er niet duidelijk sprake is van eetbuien.
3. **Subklinische BN en BED**, waarbij iemand aan alle BN of BED kenmerken voldoet, maar minder frequent (minder dan 1 keer compenseert per week, of minder dan 3 maanden kampt met eetbuien)

Er blijven natuurlijk nog altijd vele varianten bestaan op dergelijk gedrag, waardoor het belangrijk is om geval per geval te bekijken. Het is essentieel om bij ieder individu alert te zijn voor mogelijke signalen.

3 Hoe kan ik haperingen inschatten?

3.1 Signalen: Waar moet ik op letten?

De belangrijkste taak van een diëtist in de eerstelijnszorg is het zo vroeg mogelijk opvangen van signalen die aangeven dat adolescenten en jongvolwassenen vastlopen. Daarna kan men beslissen of dat vastlopen in de eerste lijn een plaats kan krijgen of dat gespecialiseerde hulp nodig is.

3.1.1 Gewichtsevolutie

Dit is een vrij **eenvoudige** parameter om eetproblemen en eetstoornissen aan te herkennen, omdat er drempelwaarden voor zijn. Bij ernstige gevallen is gewicht dan ook cruciaal voor de indicatiestelling. Maar, het is moeilijker dan het lijkt. Voor AN is het wel een maatstaf, maar zoals we al eerder zeiden hanteren we een **dimensionaal** perspectief. Dit betekent dat ook een relatief beperkt of subklinisch gewichtsprobleem alsnog veel problemen op andere domeinen met zich mee kan brengen. Het individu met atypische AN bijvoorbeeld heeft geen duidelijk ondergewicht. Ook zijn er geen concrete normen voor de gewichtsstatus bij BN of BED omdat de mate waarin de eetbuien en het compenseren (bij BN) een impact hebben op het lichaam, verschilt van individu tot individu. De mate waarin het gewicht **fluctueert of schommelt** kan daar mogelijks wel een bijkomende indicator zijn.

3.1.2 Eetcompetenties

Gewicht is een “indirecte” indicator van eetgedrag, dus is het noodzakelijk om ook **het eetgedrag in kaart** te gaan brengen. Daarbij kan je het best beginnen bij de eetcompetenties en die componenten waar jongeren in vast lopen.

G ENIETEN	Eten is niet meer leuk, men kan niet meer genieten van voeding en/of de hoeveelheid ervan (bv. schuldgevoel). Of er ligt net te veel nadruk op genieten, men wil constant een leuk gevoel opwekken.
G EVARIEERD	Eenzijdig eten, nieuwe voeding proeven schrikt af.
G ENOEG	Niet luisteren naar het lichaam en niet beseffen of tegemoetkomen aan of we nog honger hebben of niet.

G EREGELD	De hoofdmaaltijden en tussendoortjes zijn (meestal) niet aanwezig. Of men eet net bij elke mogelijkheid. En/of er ontbreekt structuur.
------------------	--

3.1.3 Restrictie/lijngedrag

Deze eetcompetenties hangen ook sterk samen met de mate waarin men zichzelf restricties oplegt. In vele gevallen leggen jongeren zichzelf een **strengere cognitieve eetgrens** op, vanuit de overtuiging dat ze zo kunnen manipuleren welk getal er op de weegschaal staat evenals hoe hun lichaam eruitziet. Bovendien kan het zichzelf opleggen van restricties ook een psychologisch gevoel van controle en voorspelbaarheid geven, net omdat er zoveel factoren kunnen zijn in hun leven die ze niet kunnen controleren of voorspellen (bv. denk maar aan sociale interacties die je nooit eenzijdig kan sturen). De redenen waarom men zich die restricties oplegt kunnen divers zijn, maar in alle gevallen is het zo dat die cognitieve grens **weinig rekening houdt met het lichaam** (cf. honger en verzadiging). Men zet zichzelf als het ware heel strikt “op de rem”, zonder te luisteren naar wat het lichaam nodig heeft om dagelijks te kunnen functioneren.

3.1.4 Controleverlies

Bij veel eetproblemen en eetstoornissen werken die remmen op bepaalde momenten niet meer en verliest men die controle. Dan vervalt men in eetbuien, zeker in moeilijke of zwakke momenten (bv. na een lange dag wanneer ze moe of gestresseerd zijn). Dan gaan jongeren eten zonder dat ze het gevoel hebben dat ze hier echt weerstand tegen kunnen bieden en spreken we dus van een eetbui.

3.1.5 Eetbuien

Dit zijn episodes waarin men eet zonder controle te hebben over hoeveel en wat er gegeten wordt. We zagen dit al verschijnen als criterium bij BN en BED, maar ook bij mildere eetproblemen kunnen controleverlies en eetbuien aanwezig zijn. Afhankelijk van de hoeveelheid, maken we een onderscheid tussen een objectieve en een subjectieve eetbui. Bij een **objectieve** eetbui eet men een hoeveelheid die de omgeving als “te veel” zou zien. Bij een **subjectieve** eetbui zou de omgeving daar niet meteen van opmerken dat het te veel is, terwijl men toch het gevoel heeft dat men niet anders kon dan het op te eten. Bij zowel objectieve als subjectieve eetbuien **maakt het type voeding niet uit**, dat kan van lekkernijen (zoals ijs en chips) gaan tot beleg, bevroren brood, of zelfs voeding die we typisch als gezond zouden zien (zoals groenten, fruit, peulvruchten, enz.).

		Hoeveelheid op korte tijd	
		Groot	Niet groot
Controleverlies	Ja	Objectieve eetbui Bv. 3 zakken chips, pot eiersalade, een zak bevroren brood,...	Subjectieve eetbui 1 zakje chips 40g, handvol noten
	Nee	Objectief overeten	Subjectief overeten

3.1.6 Emotioneel eten

Het kan zijn dat er ook een ander soort eetgedrag ontstaat, namelijk emo-eten. Dat kan samen met controleverlies en eetbuien voorvallen, maar ook aanwezig zijn zonder dat de jongere de controle verliest. Emo-eten gaat erover dat mensen meer of ongezonder eten bij bepaald emoties (als ze droevig, gefrustreerd, onzeker, verveeld, of extreem blij zijn). Eten wordt een strategie om daarmee om te gaan, eerder dan een strategie om honger te stillen.

3.1.7 Compensatie

Compensatie is niet steeds aanwezig. Met compensatie wordt bedoeld dat de persoon na het eten gaat proberen om de impact van de energie-inname te verminderen en dus om ervoor te zorgen dat wat er gegeten wordt niet volledig wordt opgenomen door het lichaam of vertaalt naar de weegschaal. Het is namelijk de bedoeling om niet bij te komen.

De meest voorkomende vormen zijn

1. Vasten, lijnen (vaak na een eetbui)
2. Zelfopgewekt braken
3. Medicatiemisbruik (bv. laxeremiddelen, diuretica)
4. Intensieve lichaamsbeweging

Verdoken Deze compensatiegedragingen lijken redelijk duidelijk te zijn. Maar toch valt het de omgeving vaak pas laat op, omdat deze heel subtiel kunnen zijn. Het valt anderen soms ook niet op dat het eigenlijk compensatiegedragingen zijn.

*Braken met het geluid van de douche aan zodat anderen het niet horen
Na de maaltijd op korte tijd veel inhoudelijke taken doen (bv tafel afruimen, vaatwasser leegmaken en vullen, afwassen, gaan wandelen met de hond, de wasmachine legen,...)*

3.1.8 Zelfevaluatie

Dat opleggen van restricties, eetbuien en fout lopen van de eetcompetenties, wordt vaak verklaard door een negatieve zelfevaluatie. Het ontwikkelen van een stabiel zelfbeeld houdt in dat men dat zelfbeeld niet volledig laat bepalen door het lichaam of gewicht, maar ook door andere gegevens. Zo'n stabiel zelfbeeld ontwikkelen is voor veel jongeren moeilijk en ligt dan ook aan de basis van veel eetstoornissen. Als men aan jongeren met een eetprobleem of stoornis zou vragen "wat heb je nodig om gelukkig te zijn/worden?" of "wanneer ben je tevreden met wie je bent?", zal het antwoord in vele gevallen te maken hebben met eten, lichaamsvorm en gewicht. Ze kijken dus eigenlijk met een negatieve bril naar de wereld, eentje die voortdurend focust op hoe het lichaam of gewicht eruitziet.

"Ik zal gelukkig zijn als ik minder dan XX-kg weeg"
"Ik ben niet tevreden met mezelf, want mijn lichaam ziet er XX uit"
"Niemand zal echt van me kunnen houden of bij me blijven, tenzij ik vermager"

Subtiele hints Het is niet zo dat jongeren dit graag of spontaan vertellen. Soms zijn ze zich er niet eens bewust van. Maar er zijn vaak signalen die op een negatieve zelfevaluatie wijzen.

Uren voor de spiegel staan of vaak op de weegschaal staan
Vaak wisselen van outfit
Losse kledij dragen die de lichaamsvormen verhult
Geen foto's van zichzelf willen laten nemen, enkel de fotograaf willen zijn
Andermans lichaam prijzen maar tegelijkertijd heel kritisch zijn over zichzelf

Ontkenning Het is ook vaak zo dat de ernst van het probleem ontkend wordt, net omdat het voor die jongere zo belangrijk wordt. Ondergewicht wordt een streefdoel in plaats van een probleem en eetbuien worden een goede uitlaatklep.

3.1.9 Slaap

Tijdens de adolescentie verandert het slaapritme en is er een grotere slaapbehoefte door de groeispurt. Maar net op dat moment krijgen jongeren ook meer autonomie en mogen ze dus meestal later gaan slapen of kiezen wanneer ze in hun bed kruipen. Veel adolescenten zijn daardoor vaak moe, omdat ze niet aan die slaapbehoefte kunnen voldoen (zeker niet op dagen waarbij ze vroeg moeten opstaan). In sommige gevallen kan het dan ook een duidelijk teken zijn dat de jongere zich niet goed in zijn vel voelt en ergens blijft haperen.

- Moeilijk in- of doorslapen, dus niet in slaap geraken of vaak wakker worden
- Niet gemakkelijk of onuitgerust wakker worden, lang ochtendhumeur

- Vermoeidheid of in slaap vallen doorheen de dag
- Chaotisch slaapritueel of slechte slaaphygiëne (laat gaan slapen, ...)

3.1.10 Lichamelijke signalen

Iedereen is anders en de signalen kunnen heel subtiel zijn en verschillen van persoon tot persoon. Daarom sommen we graag nog een aantal andere lichamelijke signalen op, waarvan we weten dat ze een rode vlag kunnen zijn (en waarbij we dus vooral moeten uitzoeken of ze samenhangen met eet- en gewichtsproblemen of net met andere medische oorzaken):

- Hoofdpijn, moe, lusteloosheid
- Menstruatie onregelmatig/uitblijven
- Keelpijn, hees, zwelling speekselklieren
- Aantasting gebit/ tandvlees (door overmatig braken)
- Slaapproblemen
- Snel koud hebben, koude/blauwe handen, vingers, lippen of wintertenen
- Maag/darmklachten (buikpijn, misselijk, zuurbrand, obstipatie)
- Spierslakte, duizeligheid, flauwte
- Wondjes op rug vingers en handen (door geforceerd braken)
- Concentratie- en coördinatieproblemen
- Verslapping en uitdroging van de huid, gele huid
- Overmatig haaruitval
- Donshaartjes op gezicht
- Vertraging lengtegroei bij kinderen
- Hartritmestoornissen (door kaliumtekort)

3.2 Hoe moet ik de ernst inschatten?

Het is niet eenvoudig om te bepalen hoe ernstig die eet- en gewichtsproblemen nu zijn en om dus in te schatten hoe groot de risico's zijn op mentale en fysieke gezondheidsproblemen. Er zijn gelukkig een aantal aspecten waarvan we weten dat ze belangrijk zijn, evenals instrumenten die je kunnen helpen om de ernst beter in te schatten.

3.2.1 Medisch

Een arts moet lichamelijke problemen in kaart brengen die het gevolg zijn van eet- en gewichtsproblemen en daarbij inschatten hoe sterk het lichaam onder druk staat. Eetproblemen hebben namelijk een directe link met het lichaam, waardoor een arts cruciaal is om de ernst te taxeren (zie ook verder).

3.2.2 Duur en voorgeschiedenis

Als er in het verleden echter al eet- en gewichtsproblemen, of andere mentale problemen, zijn opgedoken, is de kans groter dat het probleem nu ernstiger is dan bij wie het voor de eerste keer voorkomt. Problemen die lang aanslepen zijn namelijk meestal ernstiger.

3.2.3 Comorbiditeit

Eet- en gewichtsproblemen zijn vaak ernstiger wanneer ze samen met andere problemen voorkomen:

- Middelenmisbruik (alcohol, drugs, gamen, ...)
- Stemmingsstoornissen (depressie, suïcidaliteit)
- Angststoornissen
- Persoonlijkheidsstoornissen
- Trauma en PTSD

3.2.4 Impact op het psychosociaal functioneren

Als het eetproblemen centraal staat bij de jongere en/of zijn omgeving, maar er is tegelijkertijd weinig begrip en draagkracht binnen die omgeving, kan dat leiden tot zeer ernstige situaties. Als de jongere door het eetprobleem moeilijk kan functioneren in het dagelijkse leven (bv. niet genoeg energie of concentratie meer om naar school te gaan of huiswerk te maken, ruzies thuis, enzovoort) is dat vaak een signaal dat er snel iets moet veranderen.

3.2.5 Motivatie tot verandering

Het probleem wordt vaak ernstiger, en dus ook moeilijker op te lossen, wanneer jongeren weinig motivatie vertonen om iets te veranderen aan de situatie. Jongeren met een eetstoornis staan vaak ambivalent ten opzichte van een behandeling (omdat ze het probleem weigeren te erkennen, beschaamd zijn, of omdat de eetstoornis voor hen gewoon helpt om hun leven in de hand te houden).

3.2.6 SCOFF/ESP-vragenlijsten

Er zijn twee hele korte vragenlijsten, waarbij minimum 2 positieve antwoorden op 1 van de 2 vragenlijsten een indicatie is om verder te screenen op eetstoornissen:

SCOFF (Sick, Control, One stone, Fat, Food)
<input type="checkbox"/> Wekt u braken op omdat u zich met een “volle maag” niet goed voelt?
<input type="checkbox"/> Bent u bang dat u geen controle meer heeft over de hoeveelheid die u eet?
<input type="checkbox"/> Bent u meer dan 6 kg afgevallen in 3 maanden tijd?
<input type="checkbox"/> Denkt u dat u te dik bent, terwijl anderen vinden dat u te mager bent?
<input type="checkbox"/> Vindt u dat voedsel een belangrijke plaats inneemt in uw leven?
ESP (Eating disorder Screen for Primary Care)
<input type="checkbox"/> Bent u tevreden over uw eetgewoonten?*
<input type="checkbox"/> Eet u ooit wel eens in het geheim?
<input type="checkbox"/> Heeft uw gewicht invloed op hoe u zich voelt?
<input type="checkbox"/> Hebt u nu last van een eetstoornis, of heeft u dat in het verleden ooit gehad?

**bij deze vraag geldt het antwoord 'nee' als positieve score*

3.2.7 Risicotaxatie

Er bestaat ook een uitgebreide risicotaxatie met kleurcodes, waarbij oranje aangeeft dat het probleem verder verkend en opgevolgd dient te worden en rood aangeeft dat er moet worden doorverwezen naar de huisarts voor verdere ernstinschatting. Daarbij worden meerdere domeinen in acht genomen (gewicht, lichamelijke klachten, eetgedrag, beweeggedrag, zelfevaluatie, emoties hanteren, slaap, enzovoort). De inschatting verloopt via oranje of rode vlaggen per thema. Bij minstens één rode vlag op gelijk welk thema is een verdere verkenning door de huisarts nodig. Bij twee of meer oranje vlaggen op gelijk welke thema's is ook een verdere verkenning door de huisarts op zijn plaats. De huisarts zal dan de ernst inschatten en bepalen of gespecialiseerde hulp noodzakelijk is.

	Groen	Oranje	Rood
		Met aandacht opvolgen en verder verkennen	Moet doorverwezen worden naar huisarts voor verdere ernstinschatting
Gewichtsevolutie	Normaal gewicht en geen of zeer beperkte schommelingen in gewicht	Over/ondergewicht en geen of zeer beperkte veranderingen of schommelingen in gewicht	Sterk over- en ondergewicht Grote schommelingen of veranderingen in gewicht
Lichamelijke klachten			Bij lichamelijke klachten steeds doorverwijzen naar huisarts
Eetgedrag	Groeigerelateerde eetproblemen	Te weinig eten Te selectief eten Te veel eten Overdreven bezig zijn met voeding	Controleverlies Purgeergedrag Impact op algemeen functioneren Angst voor bepaalde voeding: om te verslikken, voor de calorieën Slikproblemen Eten en gewicht als middel om bepaalde problemen op te lossen
Beweeggedrag	Beweeggedrag voldoet niet aan de aanbevelingen	Te veel bewegen ondanks gezondheidsklachten Bewegen om lichaamsvorm te veranderen of calorieën te verbranden Rigide oefenschema Onvoldoende rekening houden met signalen van vermoeidheid of pijn	Controleverlies Impact op algemeen functioneren Schuldgevoelens bij niet bewegen Het idee dat men moet bewegen om voeding te verdienen Bewegen op ongepaste tijdstippen of ongepaste settings
Lief zijn voor jezelf	Verschillende domeinen van zelfwaardering	Negatief lichaamsbeeld Veel focus op 1 domein van zelfwaardering Uiterlijk en gewicht nemen een grote plaats in de algemene zelfwaardering	Impact van negatief lichaamsbeeld op algemeen functioneren Beperkte zelfwaardering
Emoties hanteren	Verschillende copingstrategieën afgestemd op situatie	Weinig variatie in coping niet altijd afgestemd	Gebruik van maladaptieve copingstrategieën: verdovende middelen, automutilatie, rumineren, zelfevaluatie
Slapen	Geen goede slaaphygiëne	Systematisch te weinig slapen	Lijdensdruk bij slaapprobleem Vermoeden van psychische of fysieke oorzaak van slaapprobleem
Signalen eetstoornissen			Eén of meerder positieve antwoorden op de vragenlijst verstoord eetgedrag Min. 2 positieve antwoorden op de ESP & SCOFF
Context	Sociaal netwerk is steunend Beperkt steunend netwerk maar geeft geen onwelbevinden	Omgeving met veel focus op lichaam en lichaamsvormen Omgeving die te veel nadruk legt op 1 domein van functioneren Omgeving die controleert op vlak van eten en gewicht Conflicten rond eten en gewicht Milde gezinsconflicten Cliënt beschrijft een te beperkt steunend netwerk	Beperkte draagkracht van het systeem Problemen in interpersoonlijk functioneren Basisnetwerk niet meer veilig door: - Trauma - Financiële problemen - Relatieproblemen - Ernstige langdurige gezinsconflicten
Psychisch functioneren	Normale ontwikkeling zonder tekenen van minder goed functioneren	Lichte angst of stemmingsproblemen Perfectionisme met beperkte impact Impulscontrole met beperkte impact	Suicide risico Automutilatie Problemen impulscontrole Psychische comorbiditeiten Perfectionisme met sterke impact op algemeen functioneren

3.3 Wie loopt meer risico?

Iedereen loopt het risico om een eetprobleem of eetstoornis te ontwikkelen. Je kan het dus nooit bij iemand volledig uitsluiten, of omgekeerd er net zeker van zijn dat een bepaald profiel een eetstoornis heeft of zal krijgen. Wel is het zo dat jongeren op zich een risicogroep vormen, omdat de groeithema's automatisch verbonden zijn met het lichaam en gewicht. Bovendien zijn bepaalde subgroepen soms extra gevoelig voor het ontwikkelen van eetproblemen en eetstoornissen.

3.3.1 Geslacht

Onderzoek toont aan dat eetstoornissen vaak bij jonge vrouwen tussen de 15 en 25 jaar voorkomen (vooral AN en BN). Dat heeft te maken met biologische verschillen tussen de geslachten die lichaamstevredenheid ontlokken (meisjes ontwikkelen in de puberteit – vaak op een disproportioneel ritme – meer lichaamsvet en bredere heupen). Deze lichamelijke ontwikkelingen leunen niet aan bij het slankheidsideaal dat eerder een kinderlijk, mager figuur weerspiegelt.

3.3.2 Genderidentiteit

Genderdiversiteit is een belangrijk thema dat steeds meer aandacht krijgt. Het is een vraagstuk dat vaak in de adolescentie opduikt, omdat men zich dan duidelijk bewust is van genderrollen en men deze probeert in te passen in de identiteit (ontwikkeling van genderidentiteit). Het gewicht en hoe het lichaam er uit ziet hangt ook sterk samen met de genderidentiteit. Vandaar dat eet- en gewichtsproblemen, waarbij men het lichaam probeert te controleren of veranderen, ook vaker opduiken bij jongeren die met hun genderidentiteit worstelen.

3.3.3 Cultuur

Eetstoornissen worden sterk geassocieerd met het Westerse slankheidsideaal. Bij Westerse vrouwen is lichaamsontevredenheid zo ingeburgerd dat het 'normaal' geworden is. In andere culturen is het schoonheidsideaal vaak anders.

3.3.4 Socio-Economische Status (SES)

De SES is een koepelterm voor inkomen en opleidingsniveau. Aan de hand van SES kan men een soort rangorde opmaken (hoog, midden, laag en mengvormen). Een lagere SES hangt vaak samen met kansarmoede. Kansarmoede hangt op zijn beurt dan weer samen met minder kennis over de gezondheidsimplicaties van voeding alsook minder middelen om gevarieerd te eten. Anderzijds kan ook een hoge SES samenhangen met eet- en gewichtsproblemen en wordt er in de hogere klassen vaak sterker gefocust op schoonheid en gezondheid.

3.3.5 Diabetes type 1

Het risico op eet- en gewichtsproblemen is dubbel zo groot bij iemand met diabetes type 1. Leven met deze aandoening vergt heel wat aanpassingen (nauwkeurig opvolgen wat, wanneer en hoeveel gegeten wordt) en heeft een invloed op honger en verzadiging. Meer informatie over deze subgroep en eetproblemen vind je op [hier op onze website](#).

3.4 Welke factoren kunnen jongeren beschermen?

Naast die risicofactoren, zijn er ook factoren die jongeren net kunnen beschermen tegen het ontwikkelen van eet- en gewichtsproblemen of vermijden dat deze problemen lang aanslepen of ernstig worden.

3.4.1 Positief lichaamsbeeld

Een positief lichaamsbeeld betekent dat je je lichaam waardeert, aanvaard en respecteert. Het omvat verschillende dimensies: uiterlijk, gezondheid, lichaamsbewustzijn, functionaliteit en plezier. Mensen met een positief lichaamsbeeld zijn minder kwetsbaar voor eetstoornissen omdat ze de noden van hun lichaam aanvoelen (honger en verzadiging, recuperatie na inspanning), zorg dragen voor hun lichaam en respecteren wat hun lichaam dagdagelijks voor hen doet. Ze beschermen hun lichaam ook tegen ongezonde invloeden, zoals sociale vergelijking met anderen of mediabeelden. Een positief lichaamsbeeld omvat ook respect voor diversiteit.

3.4.2 Gezond zelfbeeld en emotioneel welzijn

Niet alleen een positief lichaamsbeeld, maar ook een gezond zelfbeeld in het algemeen werkt beschermend tegen de ontwikkeling van eetstoornissen. Dit geldt ook voor een algemeen goed emotioneel welzijn en een hogere mate van zelfacceptatie. Een positief zelfbeeld hangt ook samen met een positief lichaamsbeeld en werkt als een schild tegen negatieve effecten vanuit de maatschappij. Bovendien kan het lichaamsbeeld verbeterd worden door aan het zelfbeeld te werken, en omgekeerd.

3.4.3 Beweging als deel van een gezonde leefstijl

Beweging is geassocieerd met tal van voordelen, waaronder positief zelfbeeld en lichaamsbeeld, en fysieke en mentale gezondheid. Veel hangt echter af van de motieven om te sporten (focus op plezier versus focus op gewicht). Ook de sporttak speelt een rol. Sporttakken waarbij de nadruk ligt op kracht en teamwork (bv. balsporten) gaan gepaard met een lager risico op eetstoornissen, in tegenstelling tot esthetische sporten, waarbij de sporter beoordeeld wordt door een jury op uiterlijke kenmerken, of sporten met een gewichtsklasse. Yoga daarentegen vermindert zelf-objectivering en verhoogt lichaamsbewustzijn.

3.4.4 Voeding als deel van een gezonde leefstijl

Een regelmatig eetpatroon (ontbijt, lunch, avondmaal) voorspelt lagere niveaus van verstoord eetgedrag, zoals eetbuien en extreme methodes om gewicht te verliezen. We zien ook dat kennis rond (evenwichtige) voeding gepaard gaat met minder eetbuien (in het bijzonder bij jongens).

3.4.5 Gezinsmaaltijden en positieve maaltijdsfeer

Regelmatig eten met het gezin en een positieve sfeer tijdens de maaltijd voorspellen minder verstoord eetgedrag en verminderen het risico op kinderobesitas.

3.4.6 Verbondenheid met familie en vrienden

Jongeren die zich verbonden voelen met familie en vrienden vertonen minder verstoord eetgedrag. Dit zien we ook in onderzoek rond de ouder-kindrelatie, waarbij kinderen met een veilige gehechtheidsrelatie beter beschermd zijn tegen psychopathologie. Meer ouderlijke steun in de ouder-kindrelatie wordt ook geassocieerd met een positief zelfbeeld en gezonde attitudes wat betreft eetgedrag.

Meer weten over risicofactoren en beschermende factoren?

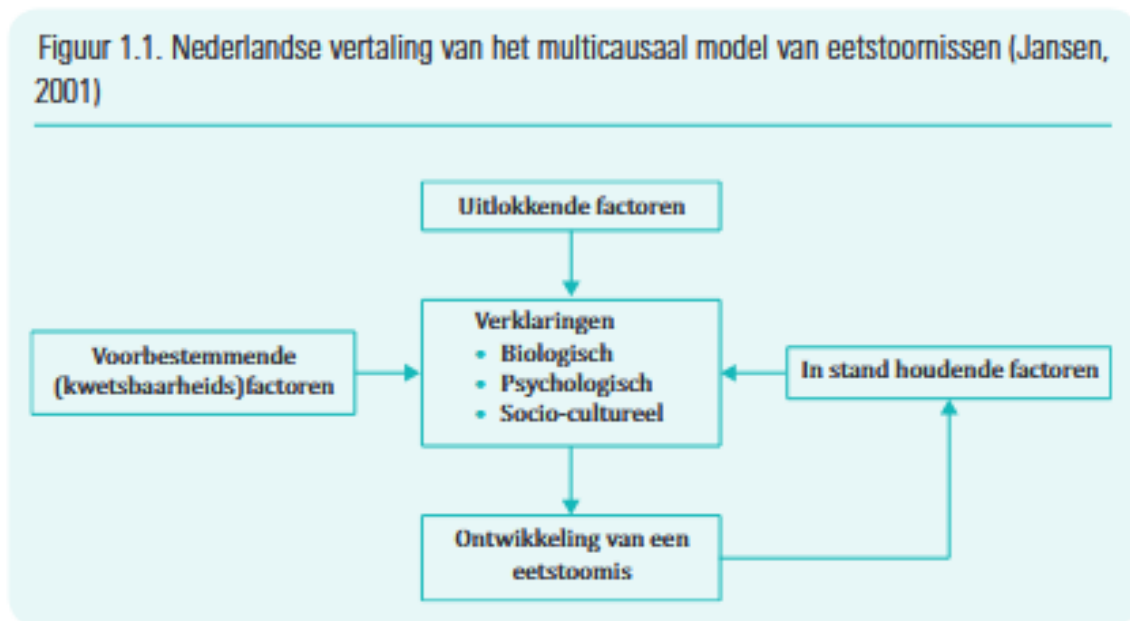
Lees er alles over in ons [Stappenplan risicoprofiel eet- en gewichtsproblemen.](#)

4 Hoe kan ik haperingen en hun evolutie naar eetstoornissen begrijpen?

4.1 Complex samenspel: multi-causaal model

Eet- en gewichtsproblemen zijn helaas nooit eenvoudig te verklaren. Er is namelijk nooit één “schuldige”, eet- en gewichtsproblemen ontstaan doorgaans door een complex samenspel van allerlei soorten factoren. Bovendien kan deze mix van factoren verschillen van persoon tot persoon.

Figuur 1.1. Nederlandse vertaling van het multicausaal model van eetstoornissen (Jansen, 2001)



Naar Goossens & Moens (2017)

4.2 Haperende groei (bio-psycho-sociaal)

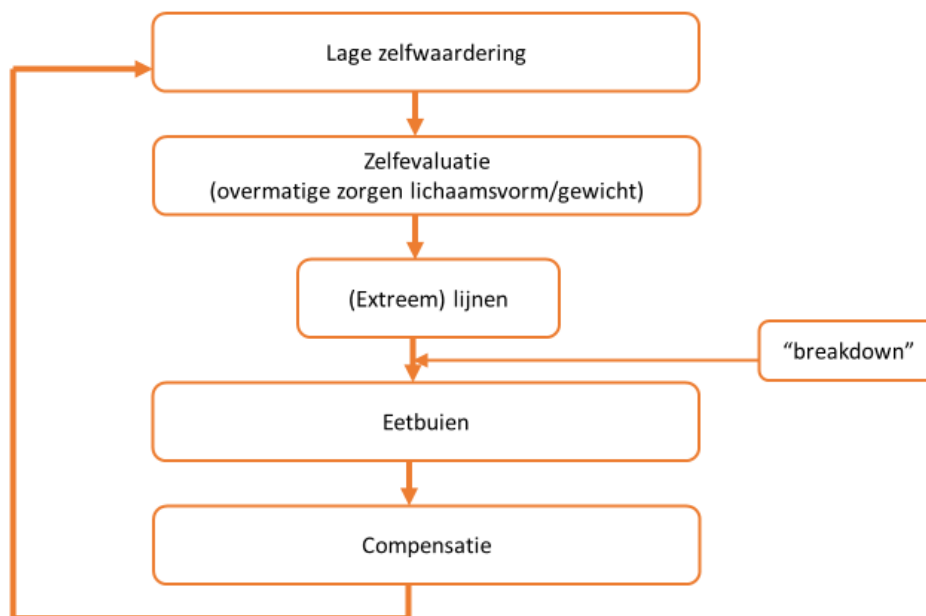
Eet- en gewichtsproblemen ontstaan door haperingen in de groei (fysiek, psychologisch en sociaal) en dit vertaalt zich vervolgens in eetgedrag (zie punt 2). Het gaat dus altijd over een samenspel tussen:

- fysieke processen: genetische kwetsbaarheid in een bepaalde omgeving, persoonlijkheids- en temperamentstrekken (bv. perfectionisme), neurologische invloeden (van bv. het dopaminesysteem) etc.
- psychologische processen: emotieregulatie, cognitieve controle etc.
- sociale processen: internalisering van het slankheidsideaal, ouder-kind relaties, trauma, obesogene omgeving etc.

Om die groei beter te kunnen begrijpen, hebben onderzoekers verschillende modellen ontwikkeld en getest.

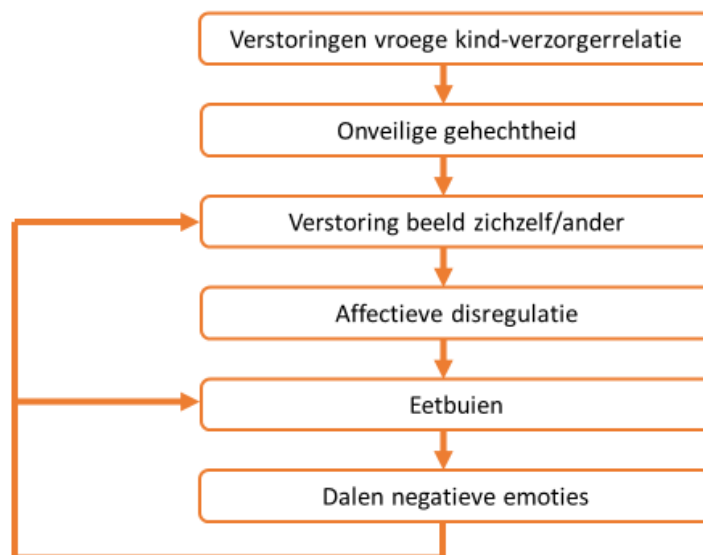
4.3 Zelfwaardering als uitlokker

In dit model wordt verondersteld dat ontevredenheid met zichzelf (een lage zelfwaardering en lichaamstevredenheid) aan de basis ligt van eet- en gewichtsproblemen, en dus verklaart waarom men restrictief eet (lijnt). Dat restrictief eten werkt op zijn beurt eetbuien, en eventuele compensaties daarvoor, in de hand omdat er (vaak in momenten van zwakte of “breakdowns”) niet kan voldaan worden aan die strenge, cognitief opgelegde grenzen die niet tegemoetkomen aan honger en verzadiging. Dat lijnen, die eetbuien en eventuele compensaties, versterken dan weer het gevoel van lage zelfwaardering.



4.4 Emotieregulatie en sociale problemen als uitlokkers

Er bestaat ook een model om eet- en gewichtsproblemen te verklaren vanuit emotieregulatieproblemen. Meer specifiek gaat dit model ervan uit dat verstoringen in de relatie tussen kinderen en hun verzorgers kunnen leiden tot onveilige hechting (kinderen leren dat verzorgers niet onvoorwaardelijk voor hen klaar staan en ze hebben dus geen “veilige haven” om de wereld te ontdekken, de wereld wordt onvoorspelbaar). Daardoor vinden ze anderen onvoorspelbaar, of gaan ze bepaalde individuen idealiseren, en vinden ze zichzelf niet de moeite waard om onvoorwaardelijk van gehouden te worden. Dat zorgt ervoor dat kinderen en jongeren hun emoties niet goed leren reguleren. Hierdoor kunnen ze zich verliezen in restrictief eetgedrag of eetbuien, omdat dit op korte termijn helpt om met de negativiteit van emoties om te gaan. Helaas biedt dit op lange termijn geen oplossing. Restrictief eetgedrag of eetbuien zorgen namelijk in the end voor meer ontevredenheid met zichzelf.



5 Hoe kan de eerstelijnsdiëtist invoegen om groei-ondersteunend te handelen?

Om concreet met jongeren aan de slag te gaan, kan het INNOVATE kader helpen. Het vat de aanpak voor de eerstelijnsdiëtist samen. Het is een acroniem voor:



5.1 (I)nvoeegen: connectie maken met persoon i.p.v. probleem

De eerste, en meteen ook een van de belangrijkste stappen, is invoegen. Je maakt echt contact met de jongere, vooraleer je op het probleem focust. Je probeert de jongere te leren kennen in al zijn facetten.

- Waar is de jongere mee bezig?
- Wat is het verhaal van de jongere?
- Waar hecht de jongere belang aan? Welke doelen en dromen heeft de jongere?
- Waar is de jongere goed in?

5.2 (N)iet stigmatiseren: bewuste communicatie

- Probeer moeilijkheden te zien als leerkansen. Wat de jongere doet, is vooral een poging geweest om om te gaan met problemen of om die problemen te kunnen oplossen.
- Kijk ook naar wat er al goed loopt. Zelden loopt echt alles mis, er zijn ook domeinen waar het goed loopt. De jongere heeft talenten, krachten en sterktes die kunnen helpen om verder te groeien.
- Gewicht is niet de focus noch de motivator, een gezonde en evenwichtige levensstijl wel. Het gedrag en gezondheid veranderen is belangrijker dan het cijfer op de weegschaal aanpassen.
- Gewicht en lichaamsvorm hoeven niet te bepalen hoe gelukkig of hoe gezond men is.
- Je moet voor je lichaam zorgen, in plaats van het onder druk te zetten. Stimuleer zelfzorg (“wat heeft je lichaam nodig?”).
- Adviseer geen diëten om lichaamsvorm te veranderen.
- Antwoord niet bevestigend als de jongere over diens lichaam of gewicht klaagt.

5.3 (N)egotiëren: wat komt er op de agenda?

De jongere kan pas groeien als die zelf achter verandering staat. Daarom is het belangrijk dat je samen ver-kent wat de hulpvraag van de jongere echt is. Je bepaalt samen de agenda.

5.3.1 Gidsen

Dat betekent niet dat je geen informatie mag geven over waar je kansen ziet tot verandering en groei. Het betekent wel dat je eerst vraagt aan de jongere waar die naartoe wil. Ook wanneer je informatie geeft, toets je dit best af en vraag je dus hoe de jongere daar tegenover staat. Een goede gids kent de meest interessante paden en wegen, maar dringt deze niet op.

5.3.2 Motivatie

Sommige jongeren staan meer open voor verandering en kan je makkelijker gidsen. Andere jongeren zijn nog niet klaar om stappen vooruit te zetten. Uit angst, of omdat ze er maar weinig vertrouwen hebben dat zij echt kunnen groeien. In deze fase is het dan ook cruciaal om de motivatie van de jongere te verkennen: hoe bereid is de jongere om te veranderen? Hoe klaar is de jongere?

Meer weten over motiveren? Check dan onze [fiche motivatie](#) of [e-learning motiveren](#).

5.3.3 ABC

Om goed te kunnen groeien en ontwikkelen, moeten eerst 3 basisbehoeften voldaan zijn. Deze basisbehoeften hebben we allemaal, zeker jongeren, en zijn universeel. Jongeren helpen groeien, betekent ook tegemoetkomen aan deze basisbehoeften.

Autonomie Mee mogen beslissen in begeleidingsproces	Betrokkenheid Samen-gevoel	Competentie Succeservaring
<ul style="list-style-type: none"> - Wat is het probleem volgens X? - Wat vindt X van begeleiding? - Wat verwacht X van begeleiding - Hoe denkt X dat het moeten aangepakt worden? - Wanneer heeft X diens doelen bereikt? - Hoe ziet het einddoel er voor X uit? - Waar wil X mee aan de slag en hoe? - Wanneer wil X de doelen bereikt hebben? 	<ul style="list-style-type: none"> - Onvoorwaardelijk de jongere accepteren, ook al gaat het even moeilijk of begrijpen we niet waarom de jongere bepaalde beslissingen maakt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zeg duidelijk wat je verwacht van X en wanneer - Wat heeft X al geprobeerd? - Wat liep al goed? - Heeft X zelf oplossingen? - Deel nieuw gedrag op in kleinere, haalbaardere stappen - Wat is nodig voordat we verder gaan? - Wie kan helpen om de volgende stappen te zetten? - Wat kan X zelf doen? - Benadruk de krachten, talenten en capaciteiten van X

5.4 (O)nderzoeken: wat is er aan de hand?

Om te kunnen bepalen of je daadwerkelijk verder kan, is het cruciaal dat de diëtist eerst inschat wat de impact is van de mate waarin de jongere blijft haperen in de groei, en of het eventueel noodzakelijk is om meer gespecialiseerde (bv. medische) hulp in te schakelen. Dat vraagt om concrete informatie die je eerst moet vergaren. Vraag de jongere om je bij dit onderzoek te helpen: stel open vragen en vraag naar verduidelijking waar nodig.

Signalen (zie Hoofdstuk [2](#))

- Gewicht(evolutie)
- Eetcompetenties Genieten, Gevarieerd, Genoeg, Geregeld
- Restrictie/lijngedrag
- Controleverlies
- Eetbuien
- Negatieve zelfevaluatie
- Emotioneel eten
- Compensatiegedrag
- Slaapproblemen
- Lichamelijke signalen

Risicofactoren- en groepen (zie Hoofdstuk [2](#))

- Geslacht
- Genderidentiteit
- Cultuur
- SES
- Diabetes Type 1

Beschermende factoren (zie Hoofdstuk [2](#))

- Positief lichaamsbeeld
- Gezond zelfbeeld en emotioneel welzijn
- Beweging als deel van een gezonde leefstijl
- Voeding als deel van een gezonde leefstijl
- Gezinsmaaltijden en positieve sfeer tijdens de maaltijd
- Verbondenheid met familie en vrienden

5.5 (V)erduidelijken: welke informatie is nodig?

Hierbij is het belangrijk om af te toetsen of de jongere nog meer informatie of nieuwe inzichten nodig heeft. Toets af of de jongere interesse heeft in nieuwe inzichten in verband met eten en gewicht en of er nog onduidelijkheden zijn waarover de jongere extra informatie wil.

- Is de jongere op de hoogte van de negatieve impact van lijngedrag en van de “mythes” rond lijnen? Raadpleeg [hier](#) onze fiche over de mythe van het lijnen.
- Wil de jongere meer weten over hoe eetgedrag zich ontwikkelt? Raadpleeg [hier](#) onze groeiwijzer.
- Wil de jongere meer weten over goede eetcompetenties? Raadpleeg [hier](#) onze fiche rond eetcompetenties.

5.5.1 Up to date?

Kennis rond eet- en gewichtsproblemen ontwikkelt zich voortdurend. Eerstelijnsdiëtisten die werken rond haperingen wat betreft eten en gewicht, hebben er dus baat bij om die evoluties goed op te volgen. Hou dus zeker de nieuwsbrief van Eetexpert en de [website](#) in de gaten, want er is nog veel meer informatie waar de jongere mee gebaat kan zijn.

5.6 (A)ctie bepalen: eerstelijnsbegeleiding of doorverwijzing?

In deze fase is de vraag: Kunnen we al een eerstelijnsbegeleiding opstarten of zijn er signalen voor een verwijzing naar de huisarts?

5.6.1 Risicotaxatie

Deze inschatting wordt gedaan op basis van de verzamelde informatie. Beoordelen of doorverwijzing naar een arts voor verdere ernstinschatting noodzakelijk is, is niet altijd eenvoudig. De tabel die eerder werd aangehaald (zie [h3.2.7](#)) ondersteunt bij deze inschatting via oranje of rode vlaggen per thema.

Meer weten over ernstinschatting? Check onze [fiche eerstelijnsaanpak INNOVATE actie bepaling](#).

5.7 (T)imen en plannen: actie omzetten naar een plan

5.7.1 Doorverwijzen?

Als je moet doorverwijzen, doe je dit best heel bewust. Hierbij kan je jezelf een aantal vragen stellen:

1. **Naar wie?** Probeer zoveel mogelijk in overleg met de jongere en/of de familie te verkennen welke expertise kan ingeschakeld worden. Raadpleeg de [Verwijshulp](#) om gepaste hulp te vinden
2. **Hoe?** Zet dit expliciet op de agenda.
 - Je geeft feedback en informatie, bijvoorbeeld over de nodige tussenstappen.
 - Je uit je bezorgdheid als hulpverlener, en laat je cliënt in de kapiteinsrol.

- Vraag naar wat de jongere zelf denkt, en zet geen druk vanuit “moeten”. Probeer in plaats daarvan informatie te geven over de noodzaak van doorverwijzing. Op die manier kan je makkelijker aanmoedigen tot verdere hulp (dus werken vanuit “willen”).
- Geef keuzemogelijkheden waar het kan.

5.7.2 Eerstelijnsaanpak?

Als blijkt dat een eerstelijnsaanpak mogelijk is, richt je je vooral op het versterken van de gezondheid en groei van de jongere op zowel fysisch, psychologisch als sociaal vlak.

<p>PLAN van aanpak</p>	<p>Je begint altijd met samen te bepalen wat de focus zal zijn. Je maakt daarbij best een concreet en haalbaar plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gezamenlijke doelen (wat wil de jongere + wat vind jij als diëtist wenselijke stappen) - Bepaal op voorhand hoe je zal evalueren en bijsturen - Per doel achterhalen hoe gemotiveerd de jongere is. Gebruik hiervoor motivationale gespreksvoering
<p>GEZONDE LEEFSTIJL EDUCATIE</p>	<p>Een gezonde leefstijl vind je in ALLES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afwisselend/evenwichtig eten - Leuk bewegen - Lief zijn voor jezelf - Emoties hanteren - Beter slapen
<p>KRACHTEN INZETTEN</p>	<p>Ga na welke beschermende factoren er zijn en gebruik ze in je begeleiding. Als de jongere heel creatief is, kan je de jongere bijvoorbeeld zelf laten nadenken over hoe het actieplan in iets moois te gieten. Als de jongere een steunend gezin heeft, kan een gezinslid helpen om leefstijlaanpassingen te doen (zie ook Hoofdstuk 6)</p>

5.8 (E)valueren: hoe evalueren en bijsturen?

5.8.1 Geen vijgen na Pasen

Evalueren doe je best niet pas als je traject volledig is afgerond, maar al tussentijds bij het nemen van de verschillende stappen. Hierdoor kan je tijdig bijsturen: zo kan je onderweg de

doelen of manier van begeleiden veranderen, of beslissen om alsnog meer intensieve zorg in te schakelen.

5.8.2 Evalueer aan de hand van

- Heb je de vooropgestelde doelen bereikt?
- Hoe kijkt de jongere zelf naar het proces en de doelen/resultaten?
- Is de jongere tevreden over het proces en de doelen/resultaten?
- Hoeveel tijd is er nog? Is er dringendheid en dus haast nodig om in te grijpen of kan de jongere nog een periode verder met jouw hulp?

5.9 INNOVATE: Overzicht

I NVOEGEN	Connectie maken met de jongere i.p.v. het probleem
N IET STIGMATISEREN	Bewustwording en aanpassing Niet stigmatiserend communiceren Gewicht is niet de focus
N EGOTIËREN	Gidsen naar verandering, motiveren Basisbehoeften Autonomie, Betrokkenheid en Competentie
O NDERZOEKEN	Signalen, risicofactoren en beschermende factoren nagaan
V ERDUIDELIJKEN	Aftoetsen of de jongere open staat voor nieuwe inzichten
A CTIE BEPALEN	Risicotaxatie
T IMEN & PLANNEN	Doorverwijzen of eerstelijnsaanpak (plan van aanpak, gezonde leefstijl educatie en krachten inzetten)
E VALUEREN	Tussentijds en doelmatig evalueren a.d.h.v. de vooropgestelde doelen, hoe de jongere naar het geheel kijkt en hoeveel tijd er nog is

6 Omgeving als hulpbron

6.1.1 Jongeren kunnen niet groeien zonder de hulp van de omgeving

Een zaadje groeit niet vanzelf, maar heeft goede potgrond en regelmatige zorg nodig. Ouders, familieleden, beste vrienden, en alle andere dichte steunfiguren kunnen belangrijke partners zijn wanneer jongeren blijven haperen en vastzitten met eten en gewicht. Ze kunnen niet alleen relevante informatie geven tijdens het verkennen van het probleem, maar ze kunnen ook bijdragen tot een goede behandeling.

Ouders kunnen zelf het goede voorbeeld geven door zichzelf graag te zien, emoties te hanteren, goed te slapen, enzovoort

*Beste vrienden kunnen hen vertellen wat ze leuk of mooi vinden aan de jongere
Broers of zussen kunnen helpen om het beeld van “de ideale ander” te doorbreken: vaak hebben jongeren die haperen met zichzelf en hun lichaam de neiging om anderen als perfect te zien, en zichzelf als minderwaardig. Broers of zussen kunnen helpen met het doorbreken van de illusie dat zij nooit met iets worstelen, alles mogen en kunnen, enzovoort*

6.1.2 Toolbox ouders

Eetexpert bouwde een [toolbox](#) voor ouders wanneer hun kinderen worstelen met eetproblemen- of stoornissen. Je kan er onder andere volgende zaken in terugvinden:

- Hoe ouders eetproblemen beter kunnen begrijpen
- Wat de impact kan zijn van eetproblemen op het gezin
- Hoe ouders hun kind mee naar herstel kunnen coachen
- Welke gespecialiseerde hulp er bestaat
- Waar familiegroepen zijn die informatie verlenen
- Waar zelfhulpgroepen te vinden zijn (ouders-voor-ouders)
- Hoe families nauwer kunnen betrokken worden (geestelijke gezondheidszorg) met “Familiereflex”

6.1.3 Een groeiondersteunend boek

Er is een groeiondersteunend boek voor ouders beschikbaar, dat ouders praktische informatie geeft wanneer jongeren worstelen met eetgedrag en lichaamsbeeld. Het behandelt vragen zoals 'Hoe herken je of je tiener vragen heeft?', 'Wanneer ga je het gesprek aan?', 'Wat zet je op tafel?', 'Hoe kun je ervoor zorgen dat kinderen een positieve relatie met hun lichaam kunnen aangaan?' en nog veel meer relevante onderwerpen.

<https://www.lannoo.be/nl/ben-ik-te-dik-mama>

