

Deelproject

2 & 3



K . U . L E U V E N

V E R V O L G P R O J E C T

P R O F E S S I O N A L I S E R I N G V A N P R E V E N T I E E N
B E H A N D E L I N G B I J J O N G E R E N M E T
E E T S T O O R N I S S E N - I I

DRAAIBOEK CLB's

Projectcoördinator & contactpersoon:

An Vandeputte, Bergstraat 60, 3220 Holsbeek

An.Vandeputte@advalvas.be

Wetenschappelijke leiding:

Prof. Dr. W. Vandereycken, K.U.Leuven

TIJDIGE HERKENNING
VAN EET- EN GEWICHTSPROBLEMEN
IN HET CENTRUM VOOR LEERLINGENBEGELEIDING (CLB)

Voorwoord

Dit draaiboek kadert in het project 'Professionalisering van preventie en behandeling bij jongeren met eetstoornissen' (Onderzoeks- en vormingsproject van de K.U. Leuven, o.l.v. Prof. Dr. W. Vandereycken en lic.A.Vandeputte, met steun van de Vlaamse Gemeenschap). Om praktische redenen is in dit project de doelgroep begrensd tussen *10 en 25 jaar*.

Het draaiboek kan gebruikt worden als leidraad bij de vraaggestuurde CLB-werking van deze leeftijdsgroep en als instrument tijdens de medische consulten van het vijfde leerjaar van het basisonderwijs, het eerste en derde jaar van het secundair onderwijs. Het draaiboek heeft dus geen betrekking op de begeleiding van eet- en gewichtsproblemen bij kleuters en jonge kinderen.

Bij de begeleiding van een jongere met overgewicht/obesitas volgen we de richtlijnen volgens de consensus van de BASO (Belgian Association for the Study of Obesity). Hierin wordt overgewicht/obesitas gedefinieerd op basis van percentage overgewicht. Internationaal groeit echter de consensus om ook voor kinderen en jongeren de BMI te gebruiken, waar dan in functie van de leeftijd weergegeven met geëigende groeicurven (BMI-percentielen). De Vlaamse groeistudie zal deze curven leveren.

INHOUD

Inleiding

Deel 1 Eet- en gewichtsproblemen bij jongeren

1. Omschrijving	5
2. Voorkomen	9
3. Jongeren, uiterlijk en eetgedrag	12
4. Risicofactoren	13
5. Gevolgen	16

Deel 2 Herkenning en begeleiding van jongeren met eet- en gewichtsproblemen

1. Vraaggestuurde werking	20
2. Medisch consult	22
3. Begeleiding van de jongere met een eetprobleem	30
4. Begeleiding van de jongere met overgewicht/obesitas	41

Deel 3 Werkinstrumenten

Tabellen, schema's, checklists, groeicurven	48
---	----

Inleiding

Eet- en gewichtsproblemen blijken in toenemende frequentie voor te komen bij jongeren tussen 10 en 18 jaar, en kunnen aanleiding geven tot allerlei lichamelijke en psychische klachten. Als het om ernstige eetstoornissen gaat, vormen deze een bedreiging voor de fysieke en psychische gezondheid. Hetzelfde geldt voor zwaarlijvigheid. Uit onderzoek blijkt dat tijdige herkenning preventief belangrijk is en ook het succes van een eventuele behandeling in grote mate bepaalt.

De Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB) beschikken over goede mogelijkheden voor vroegtijdige herkenning van eet- en gewichtsproblemen. Leerlingen, ouders, leerkrachten en schooldirecties kunnen voor informatie, hulp, en begeleiding steeds beroep doen op het CLB-team.

Deze CLB-werking vertoont een aantal typische kenmerken:

- ?? de leerling staat *centraal*;
- ?? de begeleiding is *multidisciplinair*: artsen, paramedisch werkers, pedagogen, psychologen, maatschappelijk werkers;
- ?? de dienstverlening situeert zich op *vier domeinen*: (1) het leren en het studeren, (2) de schoolloopbaan, (3) de preventieve gezondheidszorg, (4) de sociaal-emotionele ontwikkeling;
- ?? de werking is in principe *vraaggestuurd*: een CLB gaat in op vragen van leerlingen, ouders en scholen en ontwikkelt een werking waardoor vragen gemakkelijk kunnen gesteld worden;
- ?? naast de vraaggestuurde werking zijn er enkele *verplichte* CLB opdrachten: de leeftijdsspecifieke algemene en gerichte consulten; de profylactische maatregelen bij besmettelijke ziekten en de leerplichtcontrole;
- ?? de geheimhouding van gegevens wordt gegarandeerd: dit waarborgt een *onafhankelijke* werking van het CLB-team;
- ?? de dienstverlening is *gratis*.

Om het CLB-team te ondersteunen en zijn deskundigheid te bevorderen bij de detectie, begeleiding en doorverwijzing van jongeren met eet- of gewichtsproblemen werd een *draaiboek* (zie deel 2) ontwikkeld als leidraad bij de vraaggestuurde schoolbegeleiding en als instrument tijdens de medische consulten in het vijfde leerjaar van het basisonderwijs, het eerste en derde jaar van het secundair onderwijs. Deze onderzoeksmomenten behoren tot de verplichte CLB-opdrachten. Het

feit dat alle leerlingen worden gezien en in alle anonimiteit hun verhaal kunnen doen is hierbij een grote meerwaarde.

Een inleidend hoofdstuk (deel 1), waarin de problematiek van eetstoornissen en obesitas bij jongeren wordt omschreven, gaat het draaiboek vooraf.

Deel 1

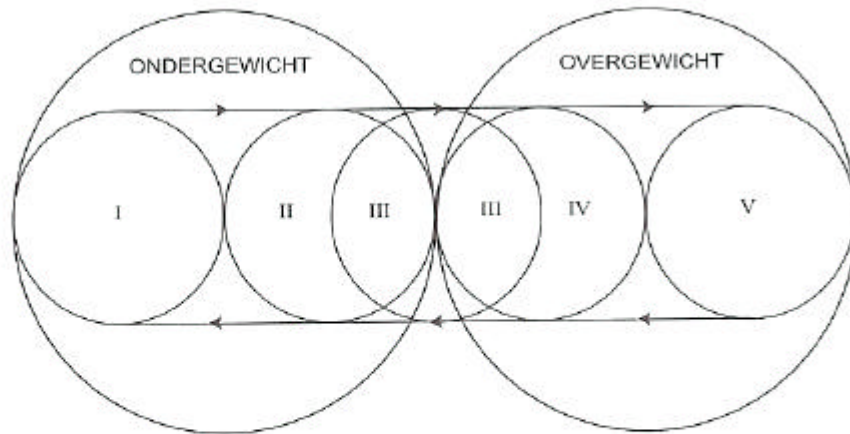
Eet- en gewichtsproblemen bij jongeren

Eet- en gewichtsproblemen bij jongeren bestaan uit een brede waaier van vormen en graden van ernst. In een vroeg stadium is het moeilijk uit te maken of het een ‘echte’ stoornis wordt dan wel een ontwikkelingsprobleem van voorbijgaande aard is. Om de ernstige vormen zeker niet te missen is het belangrijk de kenmerken hiervan te kennen.

1 Omschrijving

In principe kan gesproken worden van een eetstoornis bij jongeren wanneer zij in gedachten en gedrag voortdurend bezig zijn met wat ze eten, met hun eigen gewicht of lichamelijk voorkomen. Het afwijkend eetgedrag is wel het meest opvallende kenmerk (hoewel niet steeds observeerbaar), maar mag geen gevolg zijn van een lichamelijke aandoening of een psychose.

De typische eetstoornissen zijn *anorexia nervosa*, *boulimia nervosa* en de *eetbuistoornis* (zie tabel 1). Als men niet voldoet aan alle diagnostische kenmerken van de beschreven eetstoornis is er sprake van een *atypische eetstoornis*. Eén persoon kan in de loop van de tijd evolueren van het ene naar een ander type eetstoornis, maar de basisproblematiek blijft dezelfde ook al veranderen de uiterlijke kenmerken. Eetstoornissen moeten dan ook als een samenhangend geheel worden beschouwd: we spreken daarom van een *spectrum* van eetstoornissen, waarin ook *obesitas* een plaats heeft (zie figuur).



Figuur 1.1 Het continuüm van eetstoornissen: van extreem mager tot zwaarlijvig

- I = anorexia nervosa, beperkende type
- II = anorexia nervosa, eetbuien-purgerende type
- III = boulimia nervosa
- IV = eetbuistoornis
- V = overeten/overgewichtstoornis

Bron: W. Vandereycken, *Handboek Eetstoornissen* (2002)

Tabel 1 Kenmerken van de verschillende eetstoornissen

Overeenkomsten	Negatief lichaamsbeeld Slankheidswens & lijngedrag Veel bezig met eten, gewicht of uiterlijk		
Verschillen	<i>Anorexia nervosa</i>	<i>Boulimia nervosa</i>	<i>Eetbuistoornis</i>
	?? Ondergewicht	?? Meestal normaal gewicht	?? Meestal overgewicht
	?? Aanhoudend lijnen of braken/laxeren	?? Periodes van lijnen, braken, laxeren	?? Weinig/geen lijnen, braken, laxeren
	?? Eetbuien mogelijk	?? Vooral eetbuien	?? Vooral eetbuien

NB Lijnen = beperkte voedselinname, selectief eten (calorie-arm), fysieke inspanningen (sporten, joggen, oefenen)

1.1 Anorexia nervosa

De naam anorexia nervosa is misleidend. Anorexia betekent letterlijk ‘gebrek aan eetlust’, wat als symptoom bij talrijke lichamelijke en psychische stoornissen (bijv. depressie) kan voorkomen. In werkelijkheid hebben deze jongeren geen gebrek aan eetlust, maar proberen ze doelbewust hun eetlust en hongergevoel te onderdrukken. Het is in essentie geen kwestie van ‘niet kunnen’ maar van ‘niet willen eten’. Anorexia zou beter ‘magerzucht’ genoemd worden, want de patiënten hebben een onweerstaanbare drang om af te vallen. Ze zijn er als het ware aan verslaafd en gaan ermee door, zelfs als zij al sterk zijn vermagerd.

Alles wat te maken heeft met eten, gewicht en lichaamsvorm is een obsessie: denken, voelen en handelen worden beheerst en bepaald door een niet-ophoudend verlangen mager te zijn. Centraal staat daarbij de beangstigende beleving dat men veel te dik is of dit zal worden (*gewichtsfoobie*), ook al is het lichaamsgewicht ver beneden het normaal te verwachten peil. Er is dus sprake van een sterk *vertekend lichaamsbeeld*. Het is zelfs zo dat naarmate het gewicht lager wordt de jongere steeds banger wordt om aan te komen.

Er bestaan twee vormen:

- ✎ het ‘*beperkende*’ (restrictieve) type: zij vermageren door hun voedselinname sterk te beperken of selectief caloriearm voedsel in te nemen; vaak gaat dit gepaard met overmatige lichamelijke activiteit (veel sporten, joggen, fitnessstraining, buikspieroefeningen);
- ✎ het ‘*gemengde*’ type: naast episoden van voedselbeperking zullen deze jongeren ook gebruik maken van zelfopgewekt braken, laxeremiddelen en zelfs diuretica (plaspillen, waterafdrijvende middelen) om te vermageren; deze middelen tot gewichtsverlaging treden vaker op naarmate zij tussendoor ook last hebben van eetbuien (boulimia).

1.2 Boulimia nervosa

De kern van boulimia nervosa zou men kunnen omschrijven als een compromis tussen een oncontroleerbare eetdrang en de overheersende wens om slank te blijven. Tijdens de eetbui worden grote hoeveelheden eten naar binnen gewerkt en hebben de patiënten het gevoel dat ze de controle over hun eetgedrag kwijt zijn. Ze kunnen niet meer stoppen met eten. Meestal gaat het om voedsel (zoet en vet) dat ze zich buiten de eetbuien niet toestaan. Het aantal en de duur van een eetbui variëren sterk. Vaak gaat het snel, onrustig en schrokkerig.

Eetbuien kunnen van tevoren gepland zijn. Zo kunnen deze jongeren gedurende de dag nauwelijks iets eten (een soort anorectische reactie) om zich s’avonds over te geven aan een eetbui. Dit gebeurt

bijna steeds als ze alleen zijn; een eetbui is dus een verborgen probleem, dat men zo lang en goed mogelijk geheim wil houden.

Vele eetbuien treden op in reactie op emotionele situaties: neerslachtigheid, eenzaamheid, boosheid. Een eetbui kan ook ontstaan wanneer men het gevoel heeft 'over de schreef' te zijn gegaan, omdat men iets meer gegeten heeft dan men zichzelf had toegestaan. Men voelt zich dan 'gefaald' en daarop 'laat men zich gaan'.

Na de eetbui voelt men zich misselijk, onbehaaglijk en krijgt men schuldgevoelens. De angst om in gewicht toe te nemen is sterk zodat de meesten zich zo snel mogelijk van het opgenomen voedsel willen ontdoen door te braken, laxeren, vasten, sporten, enz; dit noemen we de compensatiereacties.

Net als de anorexiapatiënten zijn boulimiapatiënten dus geobsedeerd door voedsel, gewicht en lichaamsomvang. De meeste jongeren met boulimia nervosa vertonen wel gewichtsschommelingen, maar binnen normale grenzen. Zakt het gewicht toch steeds meer dan slaat de diagnose om in anorexia nervosa van het gemengde type; lukt het compensatiegedrag onvoldoende dan zal het gewicht juist stijgen en kan overgewicht ontstaan; in dat geval kan er een overlap bestaan met de eetbuistoornis (zie 1.3). Wat hun gewicht ook is, in hun beleving zijn ze in ieder geval te dik en ze proberen dan ook voortdurend slanker te worden of op gewicht te blijven.

1.3 Eetbuistoornis (Binge Eating Disorder of BED)

Er is tenslotte een derde groep eetstoornissen die een overlapping vertoont met boulimia nervosa. Zij hebben alle kenmerken van de boulimie wat de eetbuien betreft, maar passen niet de gewichtscorrigerende compensatiereacties toe (of houden dit niet vol) zodat hun gewicht onvermijdelijk gaat stijgen. Als het dan gaat om een combinatie van eetbuien en overgewicht (gaande tot obesitas) kunnen we spreken van een overeten-overgewichtstoornis (zie figuur). Deze patiënten zouden wel slanker willen zijn, maar hebben het opgegeven of houden hun lijnpogingen niet lang vol.

1.4 Overgewicht en obesitas

Vaak worden de termen overgewicht en obesitas door elkaar gebruikt.

Obesitas is een synoniem voor vetzucht en is een aandoening waarbij er teveel vetweefsel aanwezig is in het lichaam.

Overgewicht wil zeggen dat het lichaamsgewicht in relatie tot de lengte boven de norm ligt, ongeacht de samenstelling van dit overgewicht.

Bij obesitas en overgewicht is de lichaamsomvang de meest in het oog springende karakteristiek, maar de definitie van vetzucht verwijst naar de aanwezigheid van overtollig vet. Bij deze definitie

maakt men gebruik van de *Body Mass Index* (Queteletindex): dit is het lichaamsgewicht (in kg) gedeeld door het kwadraat van de lichaamslengte (in meter).

$$\text{BMI} = \text{gewicht in kg} / \text{lengte in m}^2$$

De BMI is redelijk goed gecorreleerd met de aanwezigheid van lichaamsvet, zelfs bij jonge kinderen. Bij volwassenen spreken we van een overgewicht bij een BMI vanaf 25, boven 30 is sprake van obesitas (zie tabel 2).

Tabel 1 Definitie van overgewicht/obesitas bij volwassenen

BMI 25 - 30	overgewicht
BMI 30 - 35	matige obesitas
BMI 35 - 40	ernstige obesitas
BMI > 40	morbide obesitas

Om overgewicht en obesitas bij kinderen te definiëren groeit internationaal de consensus om ook de BMI te gebruiken, waar de BMI in functie van de leeftijd wordt weergegeven met geëigende percentielcurven als referentie.

In de klinische setting wordt bij kinderen nog vaak gebruik gemaakt van het percentage overgewicht door de BMI van het kind te vergelijken met de gemiddelde BMI voor die leeftijd. Op deze manier kan men het gewicht van kinderen met elkaar vergelijken en de gewichtsevolutie van het individuele kind volgen (zie tabel 3).

$$\text{Percentage overgewicht} = (\text{actuele BMI} / \text{p50 BMI}) \times 100$$

Tabel 3 Definitie van overgewicht/obesitas bij kinderen

90 – 120 %	normaal gewicht
120 – 140 %	overgewicht
140 – 160 %	matige obesitas
160 – 190 %	ernstige obesitas
> 190 %	morbide obesitas

De primaire oorzaak van overgewicht/obesitas is dat men meer eet dan men nodig heeft. De overmaat aan energie wordt dan grotendeels omgezet in vetweefsel. Dit teveel eten kan zowel bewust als onbewust gebeuren. De redenen waarom men te veel eet worden deels gezocht in psychologische of sociale factoren, deels erfelijk bepaalde genetische aanleg. Overgewicht/ obesitas berust slechts bij uitzondering op een lichamelijke afwijking.

Uit onderzoeken bij tweelingen weet men dat er wel degelijk een genetische aanleg voor overgewicht/obesitas bestaat, maar hoe sterk deze genetische factor ook is, de meeste onderzoeken blijven wijzen op een versterkende rol van eetgewoonten. Onze *aanleg* is verantwoordelijk voor de *mate* waarin we verdikken, maar onze *eetgewoonten* zijn verantwoordelijk voor het *feit of* we al dan niet dikker worden.

In de totale groep obese personen wordt geschat dat een derde een ernstig eetprobleem heeft (overeten, eetbuien). Overgewicht/obesitas alleen aan eetgewoonten toeschrijven zou echter een grove veralgemening zijn. Kinderen en jongeren bewegen veel minder. Onvoldoende fysieke activiteit is mede verantwoordelijk voor het gebrek aan evenwicht tussen hetgeen het kind opneemt en verbruikt. Soms kunnen psychologische factoren tot overeten leiden. Er zijn kinderen die enorm genieten van alles wat met eten te maken heeft. De geur, de smaak, de presentatie: voeding heeft voor hen een bijzondere aantrekkingskracht (extern eetgedrag). Andere kinderen eten in emotionele situaties: als ze ongerust, bezorgd, geïrriteerd of gespannen zijn (emotioneel eetgedrag). De bevindingen bij patiënten met een eetbuistoornis maken duidelijk dat emotionele toestanden, angst en depressie veel invloed kunnen hebben op de hoeveelheid die gegeten wordt.

De groep mensen met overgewicht/ obesitas is een heterogene groep. Deze heterogeniteit heeft zijn implicaties voor de aanpak en begeleiding. Obesitas vraagt een multidisciplinaire benadering.

2 Voorkomen

De typische leeftijdsfase waarin eetstoornissen voorkomen is de puberteit en adolescentie (12-20 jaar):

- ✂ Anorexia nervosa treedt meestal voor het eerst op tussen de leeftijd van 14 en 20 jaar; de laatste jaren stelt men echter vast dat magerzucht op steeds jongere leeftijd kan beginnen, reeds vóór de puberteit.
- ✂ Boulimia nervosa ontstaat in het algemeen op iets latere leeftijd dan anorexia nervosa, meestal tussen 16 en 25 jaar.
- ✂ Voor de eetbuistoornis zijn nog niet voldoende gegevens bekend; het volgt wellicht het patroon van boulimia nervosa, maar kan ook al vóór de puberteit beginnen. .
- ✂ Obesitas heeft geen typische ontstaansleeftijd. Het kan op alle leeftijden aanvangen. De frequentie van obesitas neemt wel toe met de leeftijd. .

Uit diverse studies blijkt dat de frequentie van eetstoornissen in Westerse landen toeneemt. Weinig studies geven echter duidelijke cijfers. Onderzoek naar het voorkomen van eetstoornissen is immers sterk afhankelijk van de gebruikte diagnostische criteria en de gevolgde methodiek. Daarbij komt dat patiënten met eetstoornissen hun probleem vaak verzwijgen, hetzij uit schaamte zoals bij de boulimiapatiënten, hetzij uit ontkenning bij anorexia nervosa. Nemen we de belangrijkste risicogroep (meisjes tussen 12 en 20 jaar) dan mag men bij 2 à 5 % een eetstoornis verwachten, hoewel niet allemaal even ernstig. Jongens blijven een minderheid vormen (het risico op eetstoornissen is er gemiddeld tien keer kleiner). Vooral kinderen die op jonge leeftijd mollig waren, hebben verhoogde kans een eetstoornis te ontwikkelen in de adolescentie.

Eetstoornissen worden overwegend gezien bij meisjes en vrouwen in de welvarende geïndustrialiseerde landen. In onze cultuur worden aantrekkelijkheid en succes voor vrouwen vertaald in het nastreven en/of behouden van een slanke lijn. Deze maatschappelijke context kan als 'voedingsbodem' beschouwd worden voor het ontstaan van een eetstoornis.

Terwijl men er vroeger van uitging dat eetstoornissen overwegend voorkwamen in de hogere sociale klassen van de maatschappij (en bij de meer intelligente meisjes), lijkt dit beeld momenteel veranderd te zijn en worden ze aangetroffen in alle lagen van de bevolking.

De prevalentie van overgewicht en obesitas neemt wereldwijd snel toe, ook bij kinderen. Zwaarlijvigheid komt nu bij ongeveer 10 tot 15 % van de kinderen voor. Tot de jaren tachtig was overgewicht bij kinderen een relatief zeldzaam verschijnsel, dat endemisch voorkwam bij ongeveer 5% van de bevolking. Het werd ook lange tijd beschouwd als een onschuldig, voorbijgaand gezondheidsprobleem dat geen speciaal gezondheidsrisico inhield.

Niet alleen de prevalentie stijgt, de zwaarste kinderen worden ook zwaarder. Deze toename heeft niet zozeer te maken met genetische factoren, maar zou voornamelijk samenhangen met veranderingen in omgevingsfactoren en leefstijl (zoals energierijke voeding; toename van de inactiviteit).

3 Jongeren, uiterlijk en eetgedrag

Voor de meeste jongeren is de puberteit een bewogen ontwikkelingsperiode. Karakteristiek is de lichamelijke ontwikkeling, de groei naar volwassenheid en de zoektocht naar de eigen identiteit. Een opgroeiend meisje moet zich niet alleen thuis leren voelen in haar eigen, nieuwe lichaam. Ze moet ook een eigen identiteit ontwikkelen, verantwoordelijkheden kunnen dragen en een zelfstandig leven opbouwen. In deze zoektocht naar zichzelf voelen velen zich onzeker, zelfs minderwaardig (negatief zelfbeeld). Men is heel gevoelig voor afwijzing of kritiek en is sterk gericht op het waarnemen van verwachtingen van anderen. Men probeert ook maximaal aan die verwachtingen te voldoen. Leeftijdgenoten spelen een grote rol. Men wil erbij horen. Het uiterlijk is in deze fase zeer belangrijk en slank zijn is de norm. Veel meisjes zijn ontevreden over hun uiterlijk en gaan op dieet. Ook voor jongens gelden steeds meer strikte normen.

Lijnen en 'wat anders gaan eten' kunnen te maken hebben met een experimenteerfase in de puberteit, en gaan meestal vanzelf weer over. Het kunnen echter de eerste signalen zijn van een verstoord eetgedrag, waaronder heel wat verborgen gevoelens schuilgaan: onzekerheid, minderwaardigheid en verwarring. Want het is opvallend dat jongeren die uiteindelijk een eetstoornis ontwikkelen, heel andere motieven hebben om af te slanken dan degenen die slechts een paar kilo's kwijt willen: ze hopen meer zelfvertrouwen te krijgen en meer geaccepteerd te worden. Bij het begin van hun afslankpoging zijn de meeste vrouwen helemaal niet te dik, maar ze 'voelen' zich te dik. Ontevredenheid over de eigen lichaamsvormen of het gevoel te dik te zijn mondt uit in een vermageringspoging die al snel de grenzen van een 'onschuldig dieet' overschrijdt. Ze kunnen zich geen grenzen stellen bij het afslanken. Het is nooit genoeg, er moet steeds meer gewicht af.

Het verstoord eetgedrag wordt een echt probleem wanneer eten of het vermijden hiervan het leven van de jongere gaat beheersen: gedachten over eten domineren het doen en laten. Het verstoorde eetgedrag heeft een verslavend effect; het niet-eten of overeten (eetbui) verdooft tijdelijk alle negatieve gevoelens en heeft daarmee een beschermende werking. Eénmaal geëscaleerd is het moeilijk hier zelf nog uit te geraken. Gewichtstoename wordt als iets angstwekkend beschouwd. Eten en verdikken gaan dan ook gepaard met hevige angsten. Enkele voorbeelden: zichzelf spiegelen in elke ruit, zich niet meer kunnen concentreren door vele denken aan eten of gewicht, kleinere kledingsmaten willen dragen, alle dagen op de weegschaal gaan staan, soms zelfs na elke maaltijd.

4 Risicofactoren

Eetstoornissen

Een complex samenspel van psychologische, biologische en sociaal-culturele factoren zou een rol spelen bij het ontstaan van eetstoornissen. Een verandering in eetgedrag kan optreden naar aanleiding van allerlei voorvallen, ervaringen of gebeurtenissen, zoals: overlijden van familielid, (dreigende) echtscheiding van de ouders, een andere crisis in het gezin, examenstress, verhuizing naar een nieuwe omgeving, afwijzing door vriend of vriendin, te snelle groei of aanvang van de puberteit enz. Op zichzelf lokken ze geen eetstoornis uit maar gekoppeld aan bepaalde risicofactoren kan dit wel het geval zijn.

Factoren die een kunnen bijdragen tot het ontstaan van een eetstoornis noemt men *risicofactoren*. Deze omvatten naast bepaalde persoonlijkheidskenmerken ook omgevingsfactoren. Hoe meer risicofactoren zich voordoen, hoe groter de kans op de ontwikkeling van een eetstoornis. De aanwezigheid van *beschermende factoren*, zowel persoonlijk als in de omgeving, zal de kans op een eetstoornis aanzienlijk doen afnemen. Voor de herkenning van een eetstoornis in een vroeg stadium is kennis van de risico- en beschermende factoren van groot belang (zie tabel 4)

Tabel 2 Risico- en beschermende factoren bij de ontwikkeling van eetstoornissen

	Persoonlijk	Omgeving
Risicofactoren	?? Weinig zelfvertrouwen ?? Negatief zelfbeeld ?? Negatief lichaamsbeeld ?? Perfectionisme ?? Faalangst ?? Afhankelijk van goedkeuring van anderen ?? Moeilijk uiten van gevoelens ?? Lijngedrag ?? Aanleg voor vetzucht ?? Aanleg voor depressie of verslaving	?? Prestatiegerichtheid ?? Gepest worden ?? Sterk accent op uiterlijk ?? Competitiesport, ballet ?? Emotionele verwaarlozing ?? Fysiek geweld ?? Seksueel misbruik ?? Weinig uiting van gevoelens in gezin ?? Depressie of verslaving in familie ?? Lijngedrag in de familie
Beschermende factoren	?? Voldoende sociaal vaardig ?? Bestendig tegen sociale druk	?? Aanwezigheid van een vertrouwensfiguur ?? Meer aandacht voor welbevinden dan uiterlijk

?? *Weinig zelfvertrouwen*: er bestaat een duidelijke relatie tussen een gering gevoel van eigenwaarde en het voorkomen van een eetprobleem. Meer dan 40% van de adolescenten heeft te kampen met een gering gevoel van eigenwaarde: men weet niet goed wie men eigenlijk is en wat men eigenlijk wil.

?? *Negatief zelfbeeld*: vooral als dit aanwezig is voordat er sprake is van een eetstoornis blijkt dit een belangrijke risicofactor. Men heeft het gevoel dat anderen altijd alles beter doen, dat anderen knapper, slanker en aantrekkelijker zijn. Men vergelijkt zichzelf voortdurend met anderen en deze vergelijking valt altijd in het eigen nadeel uit.

?? *Perfectionisme*: de meeste mensen met eetstoornissen stellen te hoge eisen aan zichzelf. Om hieraan te voldoen moeten ze constant grote inspanningen leveren. Ze zijn zeer streng voor zichzelf.

?? *Faalangst*: perfectionisme en faalangst hangen sterk met elkaar samen. Het regelmatig falen bij te hoge eisen versterkt de faalangst nog meer. Falen in de ogen van anderen vindt men nog het ergst. Men kan niet zonder de waardering van anderen.

?? *Afhankelijk van mening/goedkeuring van anderen*: men is erg gevoelig voor autoriteit, heeft angst voor kritiek, wil 'graag gezien worden'. Vaak geeft men sociaal wenselijke antwoorden in plaats van een eigen mening te formuleren.

?? *Depressie*: stemmingsschommelingen komen vaak voor bij eetstoornissen, en mogelijk speelt een sterkere aanleg tot depressie een rol.

- ?? *Lijngedrag*: eetstoornissen beginnen vaak met een vermageringspoging, ongeacht of het overgewicht objectief was of slechts een persoonlijk gevoel (subjectief).
- ?? *Veeleisende, prestatiegerichte ouders* kunnen hun kind overvragen, faalangst versterken en het gevoel van eigenwaarde ondermijnen.
- ?? *Verwaarlozing, mishandeling, misbruik*: kunnen aanleiding zijn tot allerlei problemen, waaronder ook eetstoornissen.
- ?? *Lijngedrag in de familie* blijkt ook een risicofactor. Vooral meisjes zijn erg gevoelig voor de houding van hun moeder tegenover eten en gewicht.

Obesitas

Ook bij obesitas spelen biologische, psychologische en sociaal-culturele factoren een (zie tabel 5).

Tabel 5 Risico- en beschermende factoren bij de ontwikkeling van obesitas

Risicofactoren	Beschermende factoren
?? Obesitas in de familie	?? Positief zelfbeeld
?? Dik zijn als kind, vooral op wat latere leeftijd	?? Positieve gezinssfeer
?? Lage sociaal-economische status	?? Gezonde eetcultuur
?? Afkeer van lichamelijke activiteit en sport	?? Vaste maaltijdmomenten
?? Voorkeur voor vetrijke voeding	?? Gezonde tussendoortjes
?? Onregelmatig eten	?? Voldoende fysieke activiteit
?? Seksueel misbruik	
?? Familiaal alcoholprobleem	

- ?? *Rol van het gezin*: het gezin speelt bij het ontstaan van obesitas een belangrijke rol. Kinderen bootsen de eetgewoonten van hun ouders en hun oudere broers en zussen na. Dit geldt niet alleen voor de grootte van de porties, de grootte van de maaltijd, maar ook voor andere eetgewoonten, bijv. het nemen van een tweede portie, eten voor de televisie.... Naarmate de kinderen ouder worden, zullen ze ook beïnvloed worden door datgene wat ze op de televisie of bij vrienden zien.
- ?? *Dik zijn als kind*: Dikke kinderen blijken meer kans te hebben om ook als volwassenen dik te worden. Deze kans is twee keer zo groot als normaal. Van baby's die niet dik zijn blijkt later slechts 8% te dik te worden. Van dikke baby's geldt dit voor 14%. Onderzoek op diverse

leeftijden wijst uit dat hoe hoger de leeftijd is waarop er bij een kind sprake is van obesitas, des te groter de kans is dat het ook als volwassene te dik wordt.

?? *Onregelmatig eten:* bij de aanpak van overgewicht en obesitas ligt de nadruk op gezonde, weinig calorierijke voeding en gestructureerde maaltijden op vaste momenten en plaatsen. Kinderen die nog in familieverband eten, blijken meer fruit en groenten te eten en minder frisdranken te nemen zowel thuis als buitenhuis.

?? *Voorkeur voor vetrijke voeding* heeft te maken met de ontwikkeling van smaak- en voedselvoorkeur. Bij kinderen stelt men vast dat ze enkel datgene eten wat ze lekker vinden. Het favoriete voedsel van een kind is suiker- én vetrijk. Dit kan leiden tot eenzijdige voedingsgewoonten en tot overconsumptie van sommige (ongezonde) voedingsbestanddelen. Hier spelen leerprocessen een rol. Kinderen zijn bang voor nieuwe, onbekende voedselproducten. Naarmate een kind meer vertrouwd is met bepaald voedsel, is de kans groter dat het er spontaan van zal eten.

5 Gevolgen

Eet- en gewichtsproblemen veroorzaken heel wat gezondheidsproblemen door de slechte voedingstoestand, vermagering, veelvuldig braken of het gebruik van laxeer- of plasmiddelen. De lichamelijke gevolgen van overgewicht zijn van een andere orde en worden afzonderlijk beschreven.

5.1 Lichamelijke gevolgen van ondervoeding/ondergewicht

?? *Menstruatiestoornissen:* de menstruatie is erg onregelmatig of blijft uit. In geval van anorexia nervosa blijft de menstruatie al in een vroeg stadium uit. Dit is gewoonlijk het eerste teken dat tot bezorgdheid leidt bij de ouders. Ook bij boulimia nervosa kunnen menstruatiestoornissen voorkomen.

?? *Daling van basaal metabolisme:* de *ademhaling* en de *hartslag* worden trager (een polsslag van minder dan 60 per minuut) en de *bloeddruk* daalt. Dit komt doordat het lichaam bij dalend gewicht en verminderde voedselinname zoveel mogelijk overschakelt op besparing in de stofwisseling. Als gevolg hiervan voelen de patiënten zich dikwijls erg *moe, duizelig, lusteloos*. Doordat de stofwisseling vermindert, daalt de *lichaamstemperatuur*. Hierdoor gaan de handen en de voeten gemakkelijk blauw kleuren en koud aanvoelen.

- ?? Bij slechte voedingstoestand ziet men *uitdroging van de huid en verstoring van de haargroei*: het hoofdhaar valt gemakkelijk uit, terwijl elders sprake is van een donsachtige beharing (gezicht, armen, borst en rug).
- ?? Het ontoereikende of éénzijdige dieet leidt tot tekorten aan bepaalde mineralen en vitamines. Bij jongeren kan dit leiden tot *groeivertraging* of zelfs tot uitblijven van de lengtegroei.
- ?? In combinatie met de hormonale stoornissen is er bij aanhoudende vermagering risico op *botontkalking* (osteopenie en osteoporose) met groter gevaar op botbreuken.
- ?? Door de eenzijdige of beperkte voedselinname kan *obstipatie (verstopping)* optreden.
- ?? Bij extreme vermagering ontstaat vaak een *oedeem* (vochtophoping) in de onderbenen.

5.2 Lichamelijke gevolgen van braken en laxeren

- ?? Door braken en laxeren ontstaan stoornissen in de electrolytenhuishouding, in het bijzonder een tekort aan *kalium*. Dit kan leiden tot nier- en leverbeschadiging, spierkrampen en hartritmestoornissen.
- ?? Bij veelvuldig braken komen de slokdarm en de mondholte voortdurend in contact met maagzuur. Hierdoor wordt het *tandglazuur* aangetast en ook *keelpijn* en *heesheid* kunnen voorkomen. Ook een *zwellling van de speekselklieren* kan optreden (bij veel braken na frequente eetbuien).
- ?? Veelvuldig laxeren leidt tot *constipatie* en zo tot de vicieuze cirkel van steeds meer laxeren.
- ?? Gebruik van diuretica leidt tot uitdroging en tot oedeem en zo tot de vicieuze cirkel van steeds meer plasmiddelen innemen.

5.3 Lichamelijke gevolgen van overgewicht en obesitas

Alhoewel de gezondheidsrisico's van overtollig lichaamsvet bij kinderen minder duidelijk zijn dan bij volwassenen veroorzaakt obesitas heel wat problemen op jonge leeftijd:

- ?? Vaak gerapporteerde klachten zijn van *orthopedische* aard, zoals pijn in de benen, rugpijn, een doorgezakt voetgewelf...
- ?? Net zoals volwassenen vertonen kinderen met obesitas een *verhoogd cholesterolgehalte* in het bloed en *hypertensie*. Bijna één op drie kinderen met overgewicht heeft een verhoogde bloeddruk, ze hebben tot tien maal meer kans op hypertensie als volwassenen, en twee tot drie maal meer kans op een verhoogde totale en LDL-cholesterol.
- ?? Bij obese kinderen vindt men vaak *insulineresistentie*. Hierdoor lopen ze het risico op een type II diabetes.

- ?? Ook *respiratoire problemen* kunnen voorkomen zoals slaapapneu, astma en nachtelijke hypoventilatie.
- ?? Aan de *huid* bemerkt men *striae*, verweking in de huidplooien en slechtere wondheling.

5.4. Psychosociale gevolgen van eet- en gewichtsproblemen

- ?? Jongeren met eetstoornissen stellen hoge eisen aan zichzelf. Dit veroorzaakt veel *stress*. Door de stress worden ze kwetsbaar, onzeker, dwingerig of snel geïrriteerd en hebben ze last van *stemmingswisselingen*.
- ?? Patiënten met eetbuien *schamen* zich en zijn bang om afgewezen te worden. Ze proberen hun eetstoornis zoveel mogelijk verborgen te houden en verzinnen allerlei uitvluchten. Hierdoor komen ze als *leugenachtig* en *onbetrouwbaar* over. Velen van hen leiden jarenlang een soort ‘dubbel leven’, waarbij zelfs hun ouders of een beste vriend(in) niet op de hoogte zijn van hun problemen.
- ?? Patiënten met anorexia mijden steeds meer het samen eten. Iets ongewoons als een etentje of een verjaardagsfeestje maakt hen heel nerveus. Ze gaan zich op den duur steeds meer afzonderen en komen daardoor in een *sociaal isolement*.
- ?? Kinderen met overgewicht worden vaak *gestigmatiseerd*: dik zijn wordt geassocieerd met lui zijn, lelijk zijn, geen zelfcontrole, eigen schuld, geen karakter...Ze hebben minder vriend(in)en en zijn gemakkelijk het doelwit van *pesterijen*. Ook zijn ze vaak de laatste in sportieve prestaties. Obese kinderen gaan hierdoor sociaal contact en activiteiten buitenshuis vermijden en raken daardoor sociaal meer geïsoleerd, vervelen zich en bewegen minder. Ze ontwikkelen vaak een *negatief zelfbeeld* met verdriet, eenzaamheid, schuldgevoelens, depressie en soms risicovol gedrag.

Vroegtijdige herkenning en behandeling van eet- en gewichtsproblemen is essentieel om deze neerwaartse spiraal te stoppen en om te buigen. Omdat anorexiapatiënten geneigd zijn tot ontkenning of minimalisering van hun probleem en boulimiapatiënten hun gestoord eetgedrag goed weten te verbergen en er liever niet over praten is voor de herkenning nodig dat men op allerlei directe of indirecte, zichtbare en onzichtbare signalen let (tabel 6).

Tabel 6 Zichtbare en onzichtbare signalen van eetstoornissen

	zichtbaar	onzichtbaar
lichamelijk	?? gewichtsveranderingen ?? koude en blauwe handen ?? bleke gelaatskleur ?? flauwvallen ?? slappe/droge huid ?? haaruitval ?? donsbeharing ?? opgezwollen speekselklieren ?? schorre, hese stem ?? slecht gebit	?? onregelmatige of afwezige menstruatie ?? vermoeidheid ?? duizeligheid ?? obstipatie, maag- en darmstoornissen ?? trage hartslag, hartritmestoornissen ?? botontkalking
eetgedrag	?? liever alleen eten ?? langzaam eten ?? vaste eetrituelen ?? caloriearm voedsel en drank ?? veel bezig met recepten, koken	?? allerlei voedsel is 'verboden' ?? veel aandacht voor 'gezond' eten, calorieën tellen ?? schuldgevoel over 'teveel' eten ?? gepieker over eten
algemeen	?? zich meer afzonderen ?? overmatig sporten ?? verhullende kleding dragen ?? rusteloosheid, prikkelbaarheid ?? perfectionisme, dwangmatigheid ?? concentratieproblemen ?? weinig zelfvertrouwen ?? stemmingswisselingen	?? in gedachten veel met gewicht of uiterlijk bezig ?? gewicht bepaalt humeur ?? neerslachtige stemming ?? ontevreden over zichzelf ?? concentratiestoornis ?? zwart/witdenken

Deel 2

Herkenning en begeleiding van jongeren met eet- en gewichtsproblemen

In dit draaiboek richten we ons tot de CLB-medewerker (psycholoog, pedagoog, maatschappelijk werker, verpleegkundige, arts), tot leerkrachten, opvoeders, schooldirectie, ouders en leerlingen, allen die signalen kunnen opvangen van een jongere die hulp nodig heeft. Binnen de CLB-werking zijn er twee invalshoeken om jongeren met eet- en gewichtsproblemen te detecteren:

~~de~~ de vraaggestuurde werking op school waarbij het CLB via schoolteam , leerlingen, medeleerlingen of ouders geconsulteerd wordt;

~~het~~ het medisch consult waarbij alle leerlingen onderzocht worden.

Beide invalshoeken hebben een eigen benadering, en vragen specifieke stappen in het herkennen van jongeren met eet- en gewichtsproblemen. We lichten ze hieronder toe.

1 Vraaggestuurde werking

Jongeren brengen de meeste tijd door op school. Hierdoor is er veel kans dat problemen daar het eerst opgemerkt wordt. De school is immers een goede observatieplek om te zien hoe jongeren zich gedragen, hoe ze omgaan met leeftijdgenoten. Het CLB-team van de school kan als schoolbegeleidingsdienst heel veel betekenen bij de vroegtijdige herkenning en begeleiding van jongeren met eet-en gewichtsproblemen. In elke school fungeert één van de CLB-medewerkers als ‘schoolverantwoordelijke’, als antennefiguur vanuit het CLB. Hij of zij is binnen de school het eerste aanspreekpunt voor leerkrachten, leerlingen en (eventueel) ouders. Na een eerste inschatting en filtering brengt de CLB-medewerker het via de school aangemelde probleem in het CLB-team. In overleg wordt bepaald hoe en door wie de verdere zorg wordt opgenomen. Belangrijk is dat de CLB-medewerker nooit alleen staat en steeds beroep kan doen op collega’s van verschillende disciplines. De multidisciplinaire samenstelling van het CLB-team (psycholoog of pedagoog, maatschappelijk werker, paramedisch werker en arts) staat borg voor een brede aanpak.

Wanneer een leerling met probleemgedrag wordt aangemeld op het CLB, moet men bij het starten van de begeleiding rekening houden met leeftijdsgrenzen vermeld in het CLB-decreet. Indien de aangemelde leerling jonger dan 14 jaar is, zal de CLB-medewerker eerst de toestemming tot

begeleiding moeten vragen aan de ouders. Is de leerling ouder dan 14 jaar, dan beslist de leerling zelf of er al dan niet contact wordt opgenomen met de ouders.

1.1. Jongeren met eetproblemen¹

Omdat jongeren met eetproblemen dikwijls zeer prestatiegericht zijn, is voor hen de school het belangrijkste terrein waarop ze zich willen bewijzen. De school heeft dan ook een grote impact op deze jongeren die vaak bijna al hun tijd hierin investeren. Vaak hebben medeleerlingen en vriend(in)en het eerst gemerkt dat er iets misloopt en komen ze bij de leerkracht hun bezorgdheid uiten. Het zijn meestal de leerkrachten, vrienden en vriendinnen, die als eersten ‘iets’ opvangen en een vaag vermoeden hebben dat er hulp nodig is.

Evalueren of een leerling alleen maar wat ‘experimenteert’ dan wel met een eetprobleem kampt blijft moeilijk. In sommige klassen zijn er immers tijdelijke golven van gezond eten, vegetarisme, lijnen, enz. Daarbij is het onderscheid tussen een ‘leeftijdsgril’, een ‘rage’ om gezond te eten, dan wel een ernstig probleem waarvoor gepaste hulp moet geboden worden, niet steeds eenvoudig.

Te vroeg gaan problematiseren kan bijdragen tot een eetprobleem. Door speciale aandacht te geven aan anorexia en boulimia nervosa kunnen deze eetstoornissen iets ‘bijzonders’ lijken, wat erg aantrekkelijk wordt. Tegelijk willen we er ook bij zijn als er iets ernstigs bezig is. Binnen het jaar iemand met een eetprobleem een gerichte behandeling laten starten biedt theoretisch een kans op 100 % herstel.

Een jongere met een eetstoornis zal zelden in een vroegtijdig stadium hulp vragen. Uit schaamte en angst probeert ze haar eetprobleem zoveel mogelijk te verbergen, te ontkennen, of goed te praten. De zorg om er iets aan te doen zal bij jongeren met eetstoornissen vaak van buitenaf moeten komen. Dit maakt het zo moeilijk.

Het herkennen en begeleiden van een jongere met een eetstoornis is steeds een uitdaging en een traag proces. Het vraagt veel geduld en zal in verschillende stappen verlopen. Het CLB-team kan de school en de ouders hierbij begeleiden en ondersteunen. We lichten dit stap voor stap toe na een situering van het medisch consult bij eet- en gewichtsproblemen.

¹ Omdat een eetstoornis zich veel frequenter voordoet bij meisjes zal verder in de tekst van ‘zij’ en ‘haar’ gesproken worden (in principe gelden alle opmerkingen, buiten specifieke geslachtsgebonden aspecten, ook voor jongens met een eetstoornis).

1.2. Jongeren met gewichtsproblemen

Bij overgewicht/obesitas is de lichaamsomvang een in het oogspringend kenmerk. De jongere zelf is zich maar al te goed bewust van haar/ zijn probleem, schaamt zich ervoor en heeft vaak al een hele weg afgelegd van steeds mislukte dieetpogingen. Obese jongeren worden gemakkelijk gepest en worden vaak uitgesloten uit de vriendenkring. Naarmate de obesitas ernstiger wordt en langer aanhoudt vertonen deze jongeren een toenemend gevoel van minderwaardigheid, gepaard met verdriet en eenzaamheid. Het zijn vooral met deze signalen en voor deze klachten dat de jongere, de leerkracht of de ouders hulp verlangen van het CLB-team. Bij jongeren met overgewicht en obesitas is de hulpvraag vaak directer aanwezig dan bij eetstoornissen, wat motivering naar hulp in eerste instantie makkelijker maakt.

Omdat verschillende factoren obesitas uitlokken en onderhouden, is een multidisciplinaire aanpak en begeleiding van deze jongeren zeer belangrijk. Informatie uit verschillende invalshoeken is nodig om steeds in overleg een advies te geven dat aangepast is aan de behoeften van de jongere.

2 Medisch consult

De algemene medische consulten zijn één van de middelen om via screening en probleemdetectie de gezondheidstoestand, de groei en de ontwikkeling (lichamelijke, psychosociale en emotionele) van kinderen en jongeren op regelmatige tijdstippen te beoordelen en te bewaken. De medische consulten behoren tot de verplichte CLB-opdrachten. Het is een basiszorg voor alle leerlingen. Een longitudinale observatie en opvolging is hierdoor mogelijk, wat een beoordeling van de ontwikkeling toelaat.

Tijdens de puberteit- en adolescentieperiode vragen deze consulten een **specifieke aanpak**. Vanwege de snelle veranderingen op lichamelijk, psychisch en sociaal vlak zijn adolescenten kwetsbaar en lopen ze extra risico's. Voor sommige jongeren kan deze levensfase zeer stormachtig verlopen. Ze beleven ziekte en gezondheid ook anders.

?? Er is een grote variatie in lichamelijke groei en ontwikkeling. Dit brengt gevoelens van angst en onzekerheid mee door het zich vaak anders voelen ten opzichte van leeftijdsgenoten.

?? De psychische ontwikkeling staat in voortdurende relatie met de fysieke aspecten, maar er is ook discrepantie mogelijk: lichamelijke en psychische volwassenwording verloopt in onze maatschappij niet altijd gelijktijdig en mede daardoor ontstaan veel innerlijke tegenstellingen en twijfels.

?? Bij de sociale ontwikkeling dienen we rekening te houden met invloeden vanuit het gezin, de school, maar vooral van leeftijdsgenoten.

De CLB-arts en CLB-verpleegkundige zullen met deze specifieke kenmerken rekening moeten houden.

Enkele tips en bedenkingen:

- ?? Het is belangrijk steeds in gedachten te houden dat het medisch consult voor de jongere een verplichting inhoudt. Hij of zij heeft er niet voor gekozen om onderzocht te worden. In veel gevallen kent de jongere de CLB-arts en/ of CLB-verpleegkundige niet goed.
- ?? Vertel aan de jongere wat er tijdens het onderzoek zal gebeuren.
- ?? Begrijp de kwetsbaarheid van de jongere in zijn groei naar volwassenheid. Dit groeiproces is ook voor de leerlingen van het 3^{de} jaar secundair onderwijs nog volop bezig.
- ?? Maak aan de jongere duidelijk dat de lichamelijke en psychosociale ontwikkeling voor ieder anders verloopt en grote variaties kent.
- ?? Respecteer de jongere in zijn onzekerheid.
- ?? Zorg steeds voor de nodige discretie. Al komen de jongeren in klasverband, zij worden steeds individueel benaderd ook bij het biometrisch onderzoek.
- ?? Observeer de lichaamstaal van de jongere. De manier waarop hij/zij vb. op de weegschaal zal gaan staan kan al heel wat duidelijk maken.
- ?? Al is het medisch consult beperkt in tijd, tracht voor elke jongere ruimte te maken voor een open gesprek. Geef hen de gelegenheid om vragen te stellen en hun zorgen en bekommernissen te uiten.
- ?? Geef aan dat je er voor hem/ haar buiten dit medisch consult ook bent en dat je voor zijn/ haar probleem extra tijd wil vrij maken. Maak zo nodig een concrete afspraak, veilig in tijd en ruimte.

2.1 Anamnese van de jongere

Hier peilen we naar het algemeen welbevinden van de jongere. Hoe voelt de jongere zich in de klas? Heeft ze vrienden en vriendinnen? Wat doet ze in de vrije tijd? Heeft ze nog niet-schoolse activiteiten of zit haar vrije tijd vol met studeren? Is ze tevreden rond haar dagindeling? Wat vindt ze van haar lichaam? Hoe voelt ze zich tegenover zichzelf?

In de beperkte tijd peilen we dus vooral naar algemeen welbevinden en krijgen daardoor niet alleen een zicht op risicofactoren voor eetstoornissen of obesitas, maar ook voor andere psychosociale problemen.

Specifieke vragenlijsten rond het eetgedrag zijn alleen aangewezen bij een vermoeden (2^{de} fase). Op dit moment van de screening is er vooral nood aan een brede vragenlijst rond algemeen welbevinden. Recent zijn enkele interessante vragenlijsten ontwikkeld, maar deze zijn voorlopig nog niet echt bruikbaar (gebrekkige normering, tijdrovend). Verder zijn volgende vragen belangrijk vooraleer met vragenlijsten te werken: Wanneer laten we een vragenlijst invullen (in de wachtzaal, bij de verpleegkundige of thuis)? Wie zorgt voor de scoring? Wie gebruikt de vragenlijst verder?

2.2 Anamnese van de ouders

De vragenlijst, die de ouders voorafgaandelijk aan het medisch consult invullen, kan bijdragen tot probleemdetectie. Het is niet nodig deze vragenlijst specifiek te richten naar de problematiek van eetstoornissen of obesitas. Het is wel nuttig naast het opvragen van administratieve en lichamelijke gegevens kort te peilen naar de sociaal-emotionele ontwikkeling van zoon of dochter.

Het is nuttig en nodig in de oudervragenlijst een open vraag in te lassen waar de ouders extra aandachtspunten kunnen formuleren. Door te vermelden dat ouders en jongeren steeds op het CLB-team beroep kunnen doen voor een aanvullend gesprek wordt ook de vraaggestuurde werking van het CLB benadrukt.

2.3 Gegevens van het multidisciplinair CLB-dossier

Het multidisciplinair leerlingendossier omvat, naast de gegevens van de vroegere medische consulten, alle tussenkomsten van andere CLB-medewerkers. Het kan gaan om gesprekken met de leerling of zijn/haar ouders, met leerkrachten, graadcoördinatoren of directie, eerdere begeleiding of verwijzing, informatie vanuit de klassenraden of de cel 'leerlingenbegeleiding' enz. Het is een uiterst waardevol instrument bij de globale beoordeling van de leerling.

2.4 Gegevens beschikbaar gesteld vanuit de school

Omdat de leerlingen in klasverband op onderzoek komen, kan een bevraging van de klasleerkracht of klastitularis relevante gegevens opleveren. Dit kan mondeling op de dag van het onderzoek gebeuren ofwel voorafgaand schriftelijk via een korte vragenlijst. Ook de CLB-verantwoordelijke van de school kan belangrijke informatie doorgeven.

2.5 Biometrisch onderzoek

Bij het biometrisch onderzoek worden de lengte en het gewicht gemeten en uitgezet op de groeicurve. Op die manier kan gevolgd worden hoe het gewicht van de jongere evolueert en hoe het zich situeert t.o.v. zijn leeftijdsgenoten

?? Bij de evaluatie van overgewicht en obesitas zijn gewicht-voor-lengte indices waardevolle instrumenten.

Bij volwassenen werden de criteria voor overgewicht en obesitas bepaald op basis van hun relatie met een verhoogd risico op gezondheidsproblemen. Vanaf een Body Mass Index (BMI) van 25 spreekt men van overgewicht, boven 30 van obesitas (boven 40 van morbide obesitas).

Bij kinderen worden de grenswaarden van 25 en 30 geëxtrapoleerd via de BMI-voor-leeftijd referentiecurves (via percentielen). *[De groeistudie, die recent in Vlaanderen werd uitgevoerd, zal binnenkort curven opleveren. In afwachting kunnen de Nederlandse BMI-curven voor kinderen gebruikt worden: zie bijlage].*

?? In de klinische setting wordt bij kinderen vaak gebruik gemaakt van het percentage overgewicht om overgewicht en obesitas te definiëren. Op deze manier kan men het gewicht van groepen kinderen met elkaar vergelijken en de gewichtsevolutie van het individuele kind volgen.

Percentage overgewicht = (actuele BMI / p50 BMI) x 100

Definitie van overgewicht/obesitas bij kinderen	
90 – 120 %	normaal gewicht
120 – 140 %	overgewicht
140 – 160 %	matige obesitas
160 – 190 %	ernstige obesitas
> 190 %	morbide obesitas

?? Gegevens die ondergewicht koppelen aan gezondheidsproblemen ontbreken. Bij het vermoeden van een eetstoornis is het misleidend te steunen op het gewicht: het idee dat er sprake moet zijn van een opvallende vermagering maakt dat vele varianten van anorexia en

boulimia nervosa onopgemerkt blijven. Criteria voor eetstoornissen, die enkel gebaseerd zijn op gewicht of BMI-waarden voldoen daarom niet.

?? Via de gewichtscurve kunnen we een beeld krijgen van de ‘gewichtsgeschiedenis’. Elke afbuiging van de gewichtscurve verdient onze aandacht en zorg.

2.6 Lichamelijk onderzoek

Bij het lichamelijk onderzoek zal de CLB-arts in het kader van vroegtijdige detectie van eetstoornissen en overgewicht aandacht hebben voor allerlei zichtbare en onzichtbare tekenen:

Zichtbare en onzichtbare fysieke signalen van eetstoornissen	
zichtbaar	onzichtbaar
?? gewichtsveranderingen	?? onregelmatige of afwezige menstruatie
?? koude en blauwe handen	?? lage bloeddruk
?? bleke gelaatskleur	?? trage hartslag, hartritmestoornissen
?? verslapping/uitdroging van huid	?? obstipatie, maag-darmstoornissen
?? haaruitval	?? botontkalking
?? donsbehaving	
?? opgezwollen speekselklieren	
?? schorre, hese stem	
?? slecht gebit	

Het uitblijven van de *menstruatie* (afwezigheid van tenminste drie opeenvolgende menstruele cycli) is een belangrijk symptoom en moet de CLB-arts alert maken op de mogelijkheid van een eetstoornis, ook zonder dat er opvallende vermagering is opgetreden. Primaire amenorroe is een signaal voor een mogelijke eetstoornis bij meisjes vanaf de leeftijd van 16 jaar. Bij het bevragen van de jongere moet men rekening houden dat sommigen de pil nemen, soms omdat ze na een vroeger dieetperiode een onregelmatige cyclus kregen.

Het *gewicht* op zich (‘te dik’ / te dun’) is misleidend en is slechts een momentopname. Veel belangrijker is de gewichtsgeschiedenis en het belang van het gewicht in de belevingswereld van de jongere. Hoe voelt deze jongere zich met dit gewicht? Hoe gaat zij om met eten? Waarom zou zij het prettig vinden om minder te wegen? Waarom zouden haar ouders het prettig vinden?

2.7 Differentiële diagnose van eetstoornissen

Herkenning van eetstoornissen ter gelegenheid van een medisch consult is *geen eenvoudige opdracht*:

- ?? Uit onderzoek blijkt dat screening naar eetstoornissen nauwelijks bijdraagt aan de vroegtijdige herkenning vanwege de ontkenning van de problematiek en de weigering om vroegtijdig hulp te krijgen. Specifieke vragenlijsten worden niet betrouwbaar ingevuld.
- ?? Vroege signalen zijn vaag. Het beeld van een bleek, mager meisje dat weigert te eten, leidt ertoe dat vele varianten van magerzucht onopgemerkt blijven. Bij boulimiapatiënten blijven de gewichtsschommelingen binnen de perken. Deze jongeren hebben meestal een normaal gewicht.
- ?? Eetstoornissen zijn in de eerste plaats gedragsproblemen, ze zijn geen louter medisch probleem. Ze vragen een multidisciplinaire benadering.

Het medisch consult, dat de gelegenheid biedt contact te hebben met elke jongere, los van een vraag, zal de vaak nog vage signalen van een eetstoornis trachten op te vangen zonder te focussen op eetstoornissen. De aandacht gaat naar het algemeen welbevinden van de jongere (hoe goed voelt zij zich 'in haar vel?').

Een betrekkelijk groot aantal lichamelijke stoornissen kunnen leiden tot *verlies van gewicht en/ of eetlust*. Zij moeten uitgesloten worden of in overweging genomen worden als men denkt aan een eetstoornis. Er zijn ook diverse psychische stoornissen die kunnen leiden tot een veranderend eetgedrag. De bekendste zijn depressies, psychosen (bijv. waan van voedselvergiftiging) en somatisatiestoornis of hypochondrie (angst of overtuiging van een lichamelijke ziekte, bijv. maagafwijking of zogenaamde 'voedselallergie'). Hierbij is er geen wens om mager te zijn, geen verkeerde inschatting van de lichaamsomvang en ook geen verhoogde lichamelijke activiteit met het doel om af te vallen. Ook ontbreekt de angst om aan te komen. Deze problemen zijn daarom niet minder ernstig. Ze verdienen de gepaste doorverwijzing.

Typisch voor een eetstoornis is de wil en obsessie om slank te zijn. Deze jongeren hebben geen gebrek aan eetlust. Wel proberen ze doelbewust hun eetlust en hongergevoel te onderdrukken. Dit is een uiterst belangrijk element bij de differentiële diagnose met mogelijke andere aandoeningen waarbij verlies aan eetlust, vermagering en mogelijke gedragsveranderingen optreden.

Somatische oorzaken van verstoorde eetlust en gewichtsverlies

Oorzaak	Opmerkingen
<i>Chronische pancreatitis</i>	Leidt tot malabsorptiesymptomen
<i>Pancreasinsufficiëntie</i>	Idem
<i>Laesies van de laterale hypothalamus</i>	Kunnen veroorzaakt worden door infectie, trauma, chirurgische ingrepen, een tumor of door degeneratieve afwijkingen
<i>Systemische candidiasis</i>	
<i>Mucoviscidosis</i>	
<i>Infecties</i>	Gaan vaak gepaard met een gebrek aan eetlust. Verder is er een katabole toestand door een verhoogde basale stofwisseling. Er treedt koorts op. De BSE (bezinkingsnelheid van de rode bloedlichaampjes) is verhoogd
<i>AIDS</i>	Idem
<i>Tumoren</i>	Hierbij kan cachexie optreden. Dit berust op een verminderde eetlust, een verhoogde basale stofwisseling en verlies van voedingsstoffen via stoelgang en urine
<i>Leukemie</i>	Idem
<i>Ziekte van Simmonds</i>	Berust op hypofyse-insufficiëntie door destructie van de adenohipofyse. Ook verlies van de secundaire geslachtskenmerken. Werd lang beschouwd als de primaire oorzaak van anorexia nervosa
<i>Ziekte van Addison</i>	Bijnierschorsinsufficiëntie. Gaat samen met gebrek aan eetlust, hypoglykemie, lage bloeddruk en extreme zwakte en vermoeidheid. Het serum-ACTH (adrenocorticotroop hormoon) is hoog
<i>Hyperthyreoïdie</i>	Hypermetabole toestand met onder andere gejaagdheid, nervositeit, hyperactiviteit, klamme warme extremiteiten, snelle ademhaling, hoge bloeddruk en een hoge, snelle pols. Dit is gemakkelijk te differentiëren van de hypometabole toestand die kenmerkend is voor anorexia nervosa
<i>Diabetes mellitus</i>	Geeft vaak gewichtsverlies door glucoseverlies via de urine. Kenmerkend zijn verder polydipsie en polyurie.
<i>Ziekte van Crohn</i>	Geeft specifieke symptomen zoals gewichtsverlies, gebrek aan eetlust, vermoeidheid, koorts, diarree, steatorroe, hypoalbuminurie door eiwitverlies
<i>Coeliakie</i>	Symptomen zijn diarree, buikklachten, vermoeidheid, vermagering en steatorroe bij goede eetlust
<i>Maagzweer, duodenumzweer, spastisch colon</i>	Kan leiden tot gewichtsverlies
<i>Medicijngebruik</i>	Thyroxine verhoogt de stofwisseling. Cafeïne, fenfluramine en amfetaminen verminderen de eetlust (bij kinderen denken aan rilatine)

2.8 Differentiële diagnose van overgewicht en obesitas

Bij het vermoeden of de vaststelling van *overgewicht/obesitas* moet een aantal hypothesen worden overlopen om te komen tot een exact beeld van de problematiek.

?? Bij primaire obesitas is er geen sprake van een medische oorzaak en dit is zo voor 99% van de gevallen.

?? Secundaire obesitas kan het gevolg zijn van onderliggende pathologie zoals het syndroom van Prader-Willi, het Alström-syndroom, het Cohen-syndroom en het Bardet-Biedl-syndroom.² Kenmerkend voor deze syndromen is, naast een meestal vroegtijdige en veelal ernstige obesitas, dat ze bijna alle gepaard gaan met mentale retardatie (met uitzondering van het Alström-syndroom).

Het overgewicht kan ook een gevolg zijn van een endocrinologische afwijking zoals hypothyreoïdie en hypercorticisme. Deze endocrinologische stoornissen gaan gepaard met een verminderde groei.

Indien een obees kind groot is voor zijn leeftijd, en normaal presteert op school, is er waarschijnlijk geen sprake van secundaire obesitas.

?? Jongeren met obesitas hebben vaak te kampen met depressieve stemmingsstoornissen. In sommige gevallen gaat de depressieve stemming vooraf aan het overgewicht, in andere gevallen is ze er secundair aan. Het is zeer belangrijk dat deze depressieve gevoelens onderkend worden zodat bij de aanpak ervan de psychologische begeleiding op de voorgrond staat.

?? Overgewicht kan het resultaat zijn van een eetbuistoornis (binge eating disorder: eetbuien zonder compensatiegedrag). In de totale groep obese personen wordt geschat dat een derde een eetprobleem heeft (overeten, eetbuien). Het is belangrijk dit als zodanig te onderkennen omdat hierbij een multidisciplinaire aanpak noodzakelijk is met psychologische ondersteuning als zeer belangrijke peiler

² *Prader-Willi syndroom* is een mentaal retardatiesyndroom veroorzaakt door een afwijking aan chromosoom 15q11. Het ziektebeeld wordt gekarakteriseerd door spierslape (hypotonie), mentale retardatie, hypogonadisme en obesitas. De motorische ontwikkeling verloopt trager dan bij gezonde kinderen. De puberteit komt niet of nauwelijks op gang. Op jongvolwassen leeftijd kunnen zich ernstige psychiatrische aandoeningen voordoen zoals stemmingsstoornissen en psychosen.

Alström syndroom is een uiterst zeldzame autosomaal recessieve aandoening t.h.v. chromosoom 2. De eerste tekenen zijn nystagmus en lichtgevoeligheid die in de kleuterleeftijd begint en uiteindelijk tot ontsteking van het netvlies en tot blindheid (retina degeneratie) leiden. Cardiomyopathie komt vaak voor. Als zuigelingen en kleuters zijn deze kinderen meestal zwaarlijvig. Gehoorstoornissen treden meestal op vóór de leeftijd van 10 jaar.

Cohen syndroom ook wel cranio-frontonasale dysplasie genoemd, is een erfelijke aandoening met als voornaamste kenmerken een brede schedel, veruit elkaar staande oogkassen, kleine en brede neus, onderontwikkelde bovenkaak, syndactylie, obesitas.

Bardet-Biedl syndroom is een zeldzame autosomaal recessieve aandoening met als voornaamste kenmerken obesitas, mentale retardatie, polydactylie, hypogonadisme, retinopathie en renale malformaties. De variaties in het ziektebeeld zijn groot.

- ?? Bepaalde medicatie kan gewichtstoename en overgewicht veroorzaken, zoals corticoïden (bijv. voor de behandeling van astma of gewrichtsaandoeningen), psychofarmaca (antidepressiva, antipsychotica, tranquillizers) en oestrogenen ('de pil').

3 Begeleiding van de jongere met een eetprobleem

Algemene tips:

- ?? Een goed *vertrouwelijk* contact vormt de basis. Dit vergt tijd en geduld.
- ?? Een jongere met een eetstoornis en/of gewichtsprobleem is *gevoelig* voor afkeuring en voelt zich snel schuldig. Wees daarom bewust van je eigen reacties.
- ?? Wees *eerlijk* over je bezorgdheid, je mogelijkheden, je grenzen.
- ?? Heb *respect* voor de jongere. Luister goed, accepteer haar belevingswereld (bijv. ze voelt zich dik, terwijl ze dat in werkelijkheid niet is) toon oprechte interesse en vermijd (ver)oordelen van haar gedachten, gedrag, gevoelens. Heb aandacht voor haar angsten.
- ?? Richt je *aandacht* niet alleen op eten en gewicht maar op de *hele persoon*. Praat ook over neutrale onderwerpen zoals hobby's.
- ?? Houd rekening met *stemmingswisselingen*. Het ene moment is de jongere vrolijk, daarna weer somber en gesloten. De ene keer deelt ze je bezorgdheid, de andere keer is er volgens haar niets aan de hand.

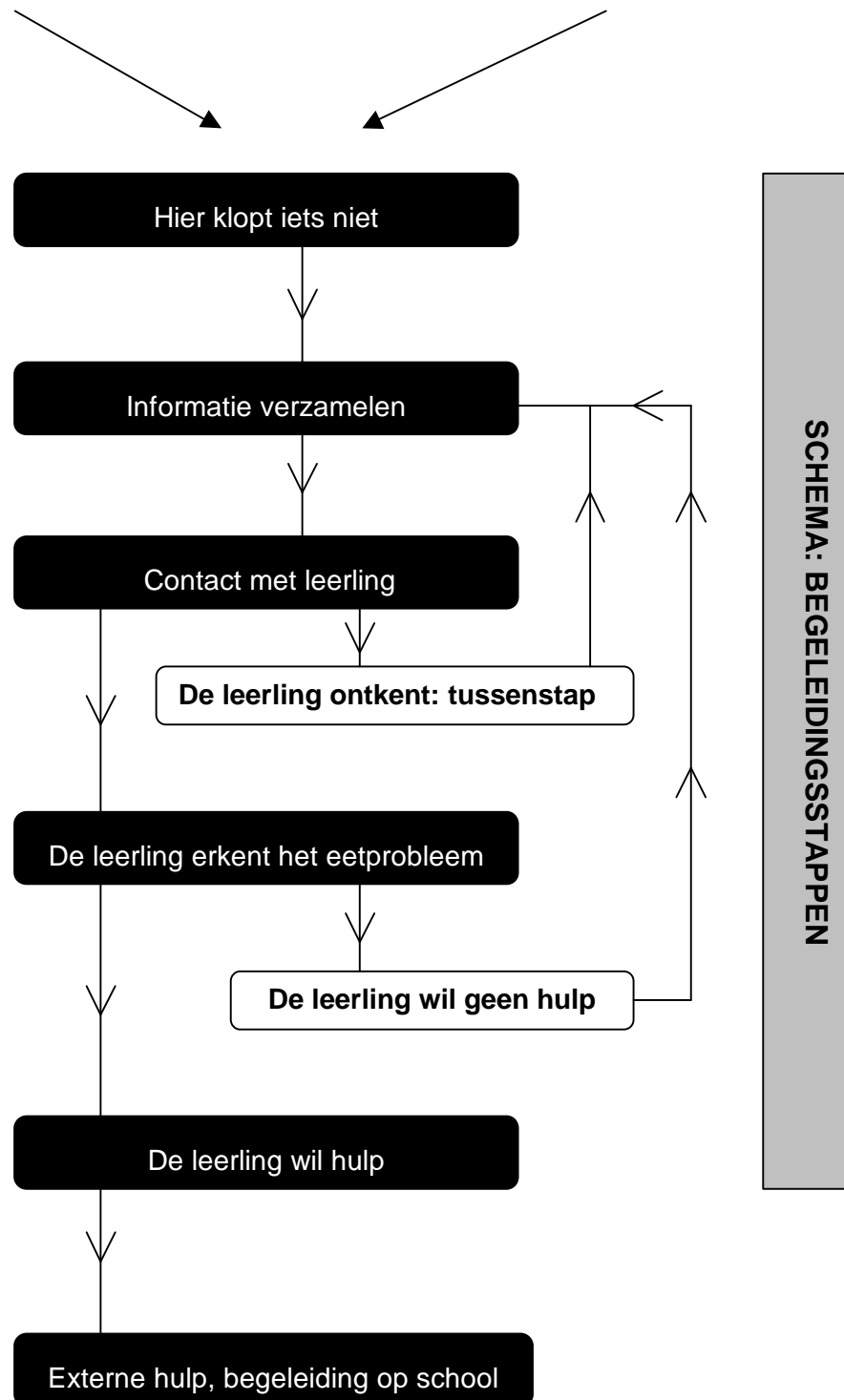
Vermijd opmerkingen als:

- ?? Je bent toch helemaal niet dik.
- ?? Je ziet er toch goed uit, je moet je niet zo druk maken.
- ?? Wat is nu je echte gewicht?
- ?? Hoeveel ben je afgevallen?
- ?? Het valt wel mee.

Begeleiding van een jongere met een eetprobleem

vraaggestuurde werking

medisch consult



3.1 Vermoeden

Beide invalshoeken kunnen leiden tot een vermoeden:

- ?? Als men als leerkracht of CLB-medewerker op school vindt dat er reden tot ongerustheid is of men het gevoel heeft dat er iets ‘niet klopt’ bij de leerling, is het belangrijk te achterhalen op welke concrete signalen deze (vage) gevoelens gebaseerd zijn. Het is belangrijk objectief te blijven en daarbij een onderscheid te maken tussen concrete waarnemingen en eigen interpretatie en gevoelens daarbij.
- ?? Wanneer men als CLB-arts en CLB-verpleegkundige tijdens het medisch consult tot het vermoeden komt dat de leerling een eetprobleem heeft, kan dit vermoeden verder onderbouwd in overleg met de andere CLB-teamleden. Tijdens het medisch consult kan de CLB-arts/verpleegkundige aan de jongere wel enige bezorgdheid uiten en haar al uitnodigen voor een aanvullend gesprek. Het is belangrijk dit zeer concreet te maken.

3.2 Informatie verzamelen

- ?? Het is belangrijk dit vermoeden of deze bezorgdheid met concrete informatie te onderbouwen.
- ?? Als leerkracht kan dit gebeuren door zelf goed te observeren en door overleg met collega's. Goede informatiebronnen kunnen de leerkrachten lichamelijke opvoeding of verzorging zijn. Ook de verantwoordelijke voor de EHBO in de school kan al iets opgemerkt hebben. Kies zorgvuldig deze mensen uit: kunnen ze omgaan met vertrouwelijke informatie? Het is belangrijk dat de leerkracht de CLB-medewerker van de school aanspreekt om bezorgdheid te uiten en vermoeden naar waarde te schatten.
- ?? Als CLB-medewerker kan je je vermoeden onderbouwen door overleg met je collega's van het CLB, door het multidisciplinair CLB-dossier van de leerling te raadplegen en door informatie in te winnen binnen de school.
- ?? De verkregen informatie zal toelaten om een risicoprofiel van de leerling op te maken en de opgevangen signalen te toetsen aan de zichtbare kenmerken van een eetstoornis (zie onderstaande tabellen)..

Risico- en beschermende factoren bij de ontwikkeling van eetstoornissen

	Persoonlijk	Omgeving
Risicofactoren	<ul style="list-style-type: none"> ?? Weinig zelfvertrouwen ?? Negatief zelfbeeld ?? Negatief lichaamsbeeld ?? Perfectionisme ?? Faalangst ?? Afhankelijk van de goedkeuring van anderen ?? Moeilijk uiten van gevoelens ?? Lijngedrag ?? Aanleg voor vetzucht ?? Aanleg voor depressie of verslaving 	<ul style="list-style-type: none"> ?? Prestatiegerichtheid ?? Gepest worden ?? Sterk accent op uiterlijk ?? Competitiesport, ballet ?? Emotionele verwaarlozing ?? Fysiek geweld ?? Seksueel misbruik ?? Weinig uiting van gevoelens in gezin ?? Depressie of verslaving in familie ?? Lijngedrag in de familie
Beschermende factoren	<ul style="list-style-type: none"> ?? Voldoende sociaal vaardig ?? Bestendig tegen sociale druk 	<ul style="list-style-type: none"> ?? Aanwezigheid van een vertrouwensfiguur ?? Meer aandacht voor het welbevinden dan uiterlijk

Zichtbare signalen van eetstoornissen

	zichtbaar
lichamelijk	<ul style="list-style-type: none"> ?? gewichtsveranderingen ?? koude en blauwe handen ?? bleke gelaatskleur ?? flauwvallen ?? verslapping/uitdroging van huid ?? haaruitval ?? donsbeharig ?? opgezwollen speekselklieren ?? schorre, hese stem ?? slecht gebit
eetgedrag	<ul style="list-style-type: none"> ?? liever alleen eten ?? langzaam eten ?? vaste eetrituelen ?? caloriearm voedsel en drank ?? veel bezig met recepten, koken
algemeen	<ul style="list-style-type: none"> ?? zich meer afzonderen ?? overmatig sporten ?? verhullende kleding dragen ?? rusteloosheid, prikkelbaarheid ?? perfectionisme, dwangmatigheid ?? concentratieproblemen ?? weinig zelfvertrouwen ?? stemmingswisselingen

3.3 Eerste contact met de leerling

- ?? Als er beslist wordt met de leerling een gesprek aan te gaan is het belangrijk dat goed nagedacht wordt wie hiervoor het best geplaatst is: de leerkracht, de klastitularis, de graadcoördinator, de groene leerkracht of iemand van het CLB-team? In ieder geval moet het iemand zijn die het vertrouwen van de leerling kan krijgen en voldoende tijd en inzicht heeft om de leerling te ondersteunen. Kennis over eetproblemen is minder belangrijk.
- ?? Tijdens het medisch consult maakt de CLB-arts op grond van enig vermoeden of bezorgdheid een eerste afspraak met de leerling. Het eerste contact zal in dit geval dus bij voorkeur door de arts gebeuren, al is het best mogelijk dat in samenspraak met de jongere overwogen kan worden de verdere begeleiding aan een ander CLB-teamlid over te laten.
- ?? Indien de CLB-medewerker niet het eerste gesprek voert met de jongere, dan blijft hij/zij wel heel belangrijk om de leerkracht te coachen en te ondersteunen op moeilijke momenten. De leerkracht moet het gevoel krijgen er niet alleen voor te staan.

Enkele tips:

- ?? Bereid het gesprek goed voor. Bepaal wat je wil bereiken en zorg voor de nodige informatie.
- ?? Spreek af op een veilige en rustige plaats, waar je niet gestoord kan worden.
- ?? Zeg dat je je zorgen maakt en geef aan op welke signalen dit is gebaseerd. Vraag of de leerling dit herkent.
- ?? Maak duidelijk dat je je kunt vergissen, maar dat je toch wel te maken hebt met signalen die bij een eetprobleem horen.
- ?? Spreek niet te snel over anorexie of boulimie, tenzij de leerling er zelf over begint.
- ?? Bendaruk dat praten (met jou of iemand anders) kan helpen, ook al vindt de leerling dit moeilijk.
- ?? Sta open voor de mening van de leerling, stimuleer haar om haar ervaringen in eigen woorden te vertellen.
- ?? Sluit het gesprek af met duidelijke afspraken. Voorbeeld: 'Wil je hierover eens nadenken en hierover komen praten op (tijdstip)?'
- ?? Maak duidelijk dat de leerling altijd bij je terecht kan als er iets is.

3.4 De leerling ontkent het probleem

Ontkenning is een fase die bij een eetstoornis hoort. Wanneer de leerling het probleem ontkent kunnen er twee zaken aan de hand zijn: je vergist je (misschien is er iets anders aan de hand) of je vergist je niet maar het is te bedreigend voor de leerling en ze wil geen indringers in haar leefwereld waar ze alles onder controle tracht te houden.

In de beginfase van de eetstoornis vindt een jongere dat het eigenlijk allemaal zo erg niet is. In een latere fase is het eetprobleem een ‘overlevingsmechanisme’ geworden dat haar beschermt tegen dieperliggende gevoelens. Het is haar geheim. Ze schaamt zich en is bang dat anderen haar niet zullen begrijpen, dat ze zich ermee gaan bemoeien en dat ze hulp moet zoeken als ze toegeeft dat ze een eetstoornis heeft.

- ?? Aanvaard dat ze een geheim heeft.
- ?? Vraag of er andere problemen zijn waar ze mee zit.
- ?? Respecteer het antwoord van de leerling, ook al heb je het vermoeden dat ze niet de waarheid spreekt.
- ?? Benoem de tegenstrijdigheden die je waarneemt en vraag hoe dat kan. De leerling zegt bijv. dat er niets aan de hand is, maar heeft het wel altijd koud.
- ?? Richt je aandacht op het uitdiepen van de beleving van de leerling door verder te vragen bijv. ‘Hoe komt het dat je bang bent voor...?’.
- ?? Onderlijn dat je er voor haar bent, zonder je te willen opdringen .
- ?? Overleg met een vertrouwenspersoon en met de CLB-medewerker en vertel dit aan de leerling. Zeg haar dat dit is om haar zo goed mogelijk te kunnen helpen.

3.5 De leerling erkent het probleem, maar wil geen hulp

De leerling erkent het probleem, maar buiten jou mag niemand het weten. Ze wil ook geen hulp.

- ?? Als de leerling nog geen hulp wil, houd dan wel contact. Zorg dat je er voor haar bent. Laat merken dat je naar haar luistert.
- ?? Laat de eerste confrontatie bezinken. Zeg haar dat ze meer inzicht kan krijgen in haar eetprobleem door ‘de checklist voor de leerling’ (zie bijlage in deel 3) in te vullen of geef haar info over eetstoornissen (bijv. websites).
- ?? Spreek je waardering uit over haar bereidheid haar problemen onder ogen te zien. Accepteer dat ze angstig kan zijn en soms lijkt ‘terug te krabbelen’. Wisselende stemmingen zijn een kenmerk van eetstoornissen.

- ?? Leg uit dat het noodzakelijk kan zijn dat je met anderen overlegt om haar zo goed mogelijk te kunnen helpen.
- ?? Blijf aandacht houden voor de positieve eigenschappen en prestaties van de leerling.
- ?? Verleg je aandacht. Geef studiehulp, bijv. oefeningen om de concentratieproblemen te verminderen of tips tegen faalangst.

3.6 De leerling wil hulp

Stilaan erkent de leerling dat zij hulp nodig heeft. De stap naar gespecialiseerde hulpverlening is voor een jongere groot. Overleg in een vertrouwde omgeving met een vertrouwenspersoon is voor de leerling veel minder bedreigend.

Wanneer de leerkracht de voorgaande stappen zette, is het aan te raden dat de CLB-medewerker het van de leerkracht overneemt om samen met de leerling de problematiek verder te verkennen, de ernst in te schatten en in overleg te zoeken naar de gepaste hulpverlening. Binnen het CLB-team kan uitgemaakt worden wie het best geplaatst is om de jongere te motiveren voor therapie.

De CLB-arts is het best geplaatst om contact op te nemen met de huisarts. In overleg met de huisarts en de ouders (zie verder) kan gezorgd worden voor een gepaste verwijzing. Afhankelijk van de ernst zal gekozen worden voor ambulante hulp of opname in het ziekenhuis. Een sociale kaart van de beschikbare hulpverlening voor eetstoornissen is hierbij een waardevol instrument (zie bijlage in deel 3).

3.7 De leerling krijgt externe hulp of begeleiding in de school:

Als de leerling in behandeling is, blijft het belangrijk af en toe contact te houden, zeker als er voorheen een vertrouwensrelatie met de leerling bestond. Het CLB kan fungeren als tussenpersoon tussen school, ouders, huisarts en hulpverleners. Regelmatig overleg is nodig. Het CLB kan bemiddelen bij afspraken over studiebegeleiding of examenregeling.

- ?? Bied de leerling een positief perspectief ('de school kan wachten') zodat zij tijd kan nemen voor zichzelf.
- ?? Licht de school (medeleerlingen, leerkrachten) in over het feit dat de leerling regelmatig of enige tijd afwezig zal zijn. Doe dit steeds in duidelijk afspraak met de leerling zelf.
- ?? Informeer regelmatig naar het verloop van de therapie en de combinatie met de school.

- ?? Maak de leerling duidelijk dat ze geen antwoord moet geven op persoonlijke vragen als ze dit niet wenst.
- ?? Bespreek bij terugkomst na een opname met de leerling hoe ze dit wil voorbereiden, wat ze moeilijk vindt en of ze in de klas wil vertellen wat er aan de hand is.

3.8 Richtlijnen voor ernstige situaties

Wat is ernstig? Wanneer de lichamelijke en psychische gezondheid van de leerling in gevaar komt en zij desondanks haar problemen blijft ontkennen en alle hulp afwijst, kan men spreken van een ernstige situatie.

Het CLB-team is het best geplaatst om deze inschatting van ernst te maken. De leerkracht heeft ook een verantwoordelijkheid maar ook begrenzings. Het is best dit open met de leerling te bespreken om te voorkomen dat deze zich verraden voelt. In deze fase is het nodig dat het CLB-team in overleg met de huisarts en de ouders vlug en gericht handelt.

Een combinatie van volgende factoren kan aanwijzing zijn voor de ernst van een eetstoornis:

- ?? Een sterke gewichtsdaling in een relatief korte periode: > 15 % gewichtsverlies.
- ?? Een erg verstoord eet- en drinkpatroon: stoppen met drinken, niet meer aan tafel komen om te eten.
- ?? Excessief sporten of fitnesssen.
- ?? Opvallend verslechterende schoolresultaten.
- ?? Geen grenzen meer kunnen stellen in de impulscontrole: bijv. plots heel kwaad worden naar medeleerlingen of leerkrachten toe.
- ?? Tekens van depressiviteit.
- ?? Suïcidaliteit; ook hier een risico-inschatting maken: Zijn er concrete plannen? Is er al iemand op de hoogte?
- ?? Draagkracht van het gezin: als de ouders aangeven 'we houden het niet meer uit'.
- ?? Frequent braken of gebruik van laxeremiddelen: kaliumgehalte moet steeds nagekeken worden.

Bij de inschatting van de ernst is het ook belangrijk de beschermende factoren te overlopen: Zijn de sociale contacten nog goed? Heeft ze nog een vertrouwenspersoon? Is er goede communicatie thuis? Geniet ze nog van vrije tijd en hobby's?

3.9 De ouders

Het is bij eetstoornissen belangrijk om te streven naar openheid. Dit geldt ook voor het contact met de ouders. Hoe jonger het kind, hoe belangrijker het is om de ouders in te lichten. Nochtans is het bij jongeren met een eetstoornis niet gemakkelijk hen hiervan te overtuigen en stuit men vaak op verzet. Ze voelen zich verantwoordelijk voor hun eigen welzijn, zijn bang voor toenemende spanningen thuis of vrezen onbegrip en wantrouwen. Het is nochtans belangrijk de jongere te motiveren om haar ouders in te lichten. Een uitzondering hierop is wanneer men het sterke vermoeden of de zekerheid heeft dat de jongere verstrikt zit in ernstige conflicten tussen de ouders onderling of het slachtoffer is van misbruik in het gezin. In dergelijke gevallen verdient eerst de jongere steun en aanmoediging om in begeleiding te gaan en kan vanuit deze hulpverlening bepaald worden wanneer en hoe de ouders erbij betrokken worden.

Om de leerling te motiveren haar ouders in te lichten kan men uitleggen waarom dit zo belangrijk is: ouders hebben recht op informatie over hun kind en de plicht hun kind goede zorg te bieden; dat kan alleen als ze weten hoe het met hun kind gaat. Het is ook mogelijk dat de ouders al een vermoeden hebben, zij krijgen dan meer duidelijkheid en kunnen beter begrip en ondersteuning bieden. Het is soms veel erger als ouders het via omwegen te horen krijgen.

Ouders zijn ook bij de behandeling heel belangrijk wil men komen tot een goed herstel van een eetstoornis.

Tips bij het motiveren naar onthulling thuis :

- ?? Stimuleer de leerling om het zelf aan haar ouders te vertellen, maar behoedt u voor uitstelgedrag. Spreek samen af tegen wanneer de leerling haar ouders informeert of spreek af dat je ze gezamenlijk wil spreken.
- ?? Geef de leerling tijd.
- ?? Begrijp dat het voor haar moeilijk is om haar ouders over haar eetprobleem in te lichten uit angst voor onbegrip en extra controle. Plaats daar de huidige situatie tegenover: leugens, stiekem gedrag, ruzies, spanningen thuis, enz.
- ?? Bied de leerling hulp bij haar gesprek met haar ouders door samen het gesprek voor te bereiden.
- ?? Als de leerling het niet aan haar ouders wil vertellen en je hebt al het mogelijke gedaan om haar deze stap mogelijk te maken, stel dan een termijn. 'Als jij het tegen dan niet gezegd hebt, nodigen we je ouders hier volgende week uit'. Dit geeft haar de tijd om erover na te denken. Het afbakenen van tijd kan haar helpen: de twijfels zullen immers blijven bestaan.

Mogelijke reacties van de ouders

Ouders kunnen op verschillende manieren reageren: van oprechte verbazing tot herkenning of ontkenning. Het zijn reacties die te vergelijken zijn aan de reacties van de jongere zelf. Ze vragen ook dezelfde aanpak: duidelijke informatie, begrip voor hun reactie, geduld, en zoeken naar een punt om er samen uit te komen. Het is goed als je ouders betreft als een soort van co-therapeuten. Je wil samen met hen zoeken naar een oplossing en je voelt dezelfde onmacht.

Wanneer ouders je bezorgdheid delen vormt dit een goede basis om samen verder actie te ondernemen. Als de CLB-medewerker zelf het eerste gesprek met de ouders voert kan van hieruit onmiddellijk steun en hulp geboden worden.

Wanneer de ouders je zorg niet delen, alle problematiek ontkennen, het aanstellerij vinden, dan kan je moeilijk begrip afdwingen. Het is dan best de ouders tijd te geven om te beseffen en te erkennen dat hun kind een eetprobleem heeft. Een nieuwe afspraak kan gemaakt worden om de ouders de kans te geven dit te verwerken. Er kan ook voorgesteld worden om er met de huisarts over te praten.

Het is ook mogelijk dat de ouders zelf de klastitularis, een vertrouwensleerkracht of een CLB-medewerker opzoeken omdat ze zich zorgen maken over hun kind. Zij kunnen een aantal signalen opgevangen hebben: veranderend eetgedrag, vermagering, afzondering, stemmingswisselingen, overmatig sporten, rusteloosheid, dalende schoolresultaten enz.

Wanneer de ouders zelf de stap naar de school of het CLB zetten, moeten ze hun kind hiervan steeds op de hoogte brengen. Vanuit de positie van leerkracht of CLB-medewerker kan je naar de leerling toe immers niets ondernemen zolang er geen openheid is.

Het beschreven stappenplan kan dan gevolgd worden om het vermoeden van de ouders te bevestigen (in bijlage in deel 3 vindt u een checklist voor de ouders bij eerste vermoedens; u kan ze samen met de ouders overlopen of meegeven). In samenspraak met de ouders kan gezocht worden naar de meest haalbare manier om de jongere te ondersteunen en te begeleiden.

3.10 Preventie

In sommige scholen lijken eetstoornissen epidemisch voor te komen en maken de leerkrachten en schooldirecties zich terecht zorgen over hun verantwoordelijkheid. Ideaal is het ontstaan van eetstoornissen te voorkomen. De beste preventie vormt een schoolklimaat waarbij iedere jongere kansen krijgt om zich te ontplooiën volgens eigen tempo en mogelijkheden. Men kan extra

ondersteuning geven aan jongeren met een gering zelfwaardegevoel, perfectionistische neiging of faalangst, of moeite om zich opgenomen te voelen in de groep van leeftijdgenoten.

Vaak wordt er door directies gevraagd om iets te doen rond deze problematiek. Meestal wordt dan gezocht naar een ervaringsdeskundige die komt vertellen over de gevolgen van eetstoornissen. Uit onderzoek blijkt dit niet altijd de beoogde resultaten te geven, soms zelfs integendeel. Te veel nadruk op de 'stoornis' kan juist teweeg brengen dat meer leerlingen ermee gaan experimenteren. Velen blijken ook gevoelig te zijn voor de extra aandacht die er dan op school komt, en niet zelden krijgen ze doorheen het verhaal over de eetstoornis inspiratie over hoe er mee te beginnen. Daarom pleiten we ervoor om in elke preventieve actie de nadruk te leggen op het belang van een positief zelfbeeld en 'gezond' gedrag. Eetstoornissen kunnen dan even toegelicht worden, maar de nadruk wordt dan gelegd op gezonde copingstrategieën.

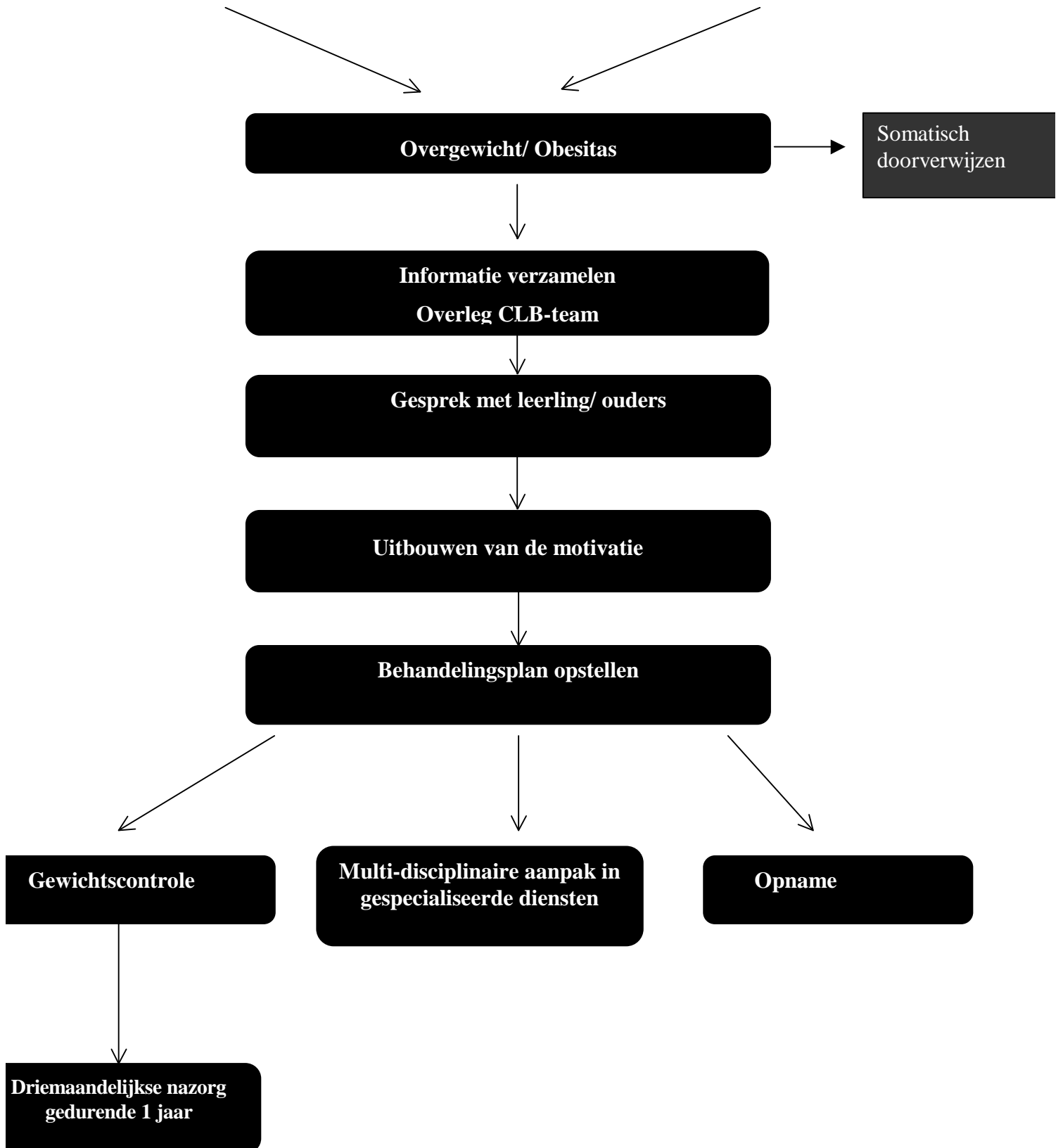
Besluit

Herkenning en begeleiding van eetstoornissen zal vaak vanuit de school starten. Goede kennis van de signalen en risicofactoren, respectvol contact met de jongeren en hun ouders, samen met de multidisciplinaire ondersteuning van het CLB-schoolbegeleidingsteam, vormen hierbij de belangrijkste hoekstenen.

4 Begeleiding van een jongere met overgewicht/obesitas

Vraaggestuurde werking

Medisch consult



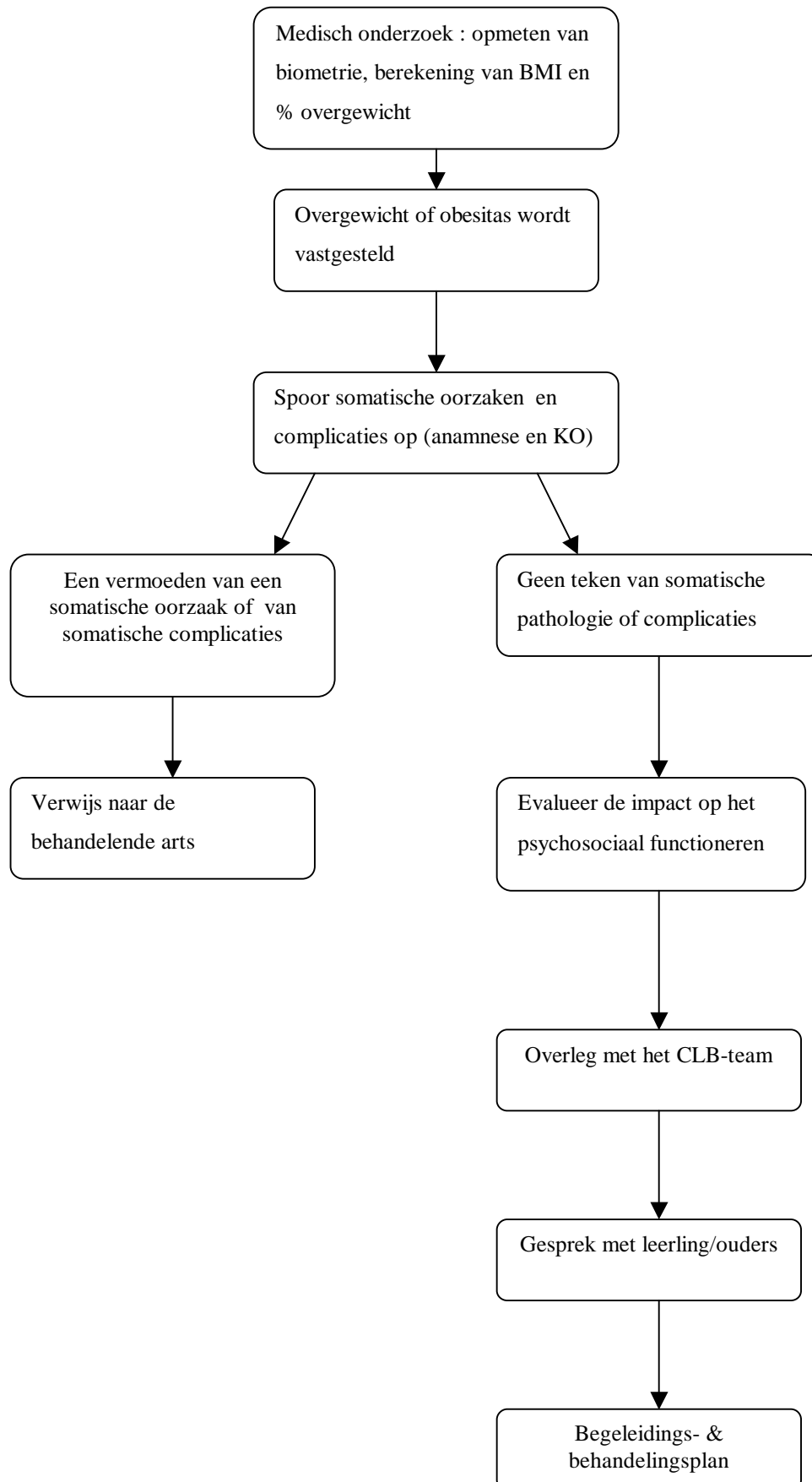
4.1 Aanmelding via de vraaggestuurde werking

- ?? Bij de aanmelding van overgewicht (leerling zelf, de ouders of een leerkracht) is het belangrijk een zo volledig mogelijk beeld te vormen van de gehele problematiek.
- ?? Informatie vanuit verschillende invalshoeken is nodig om in overleg met het CLB-team een zorgplan op te stellen. De gegevens van het multidisciplinair CLB-dossier, de interpretatie van de gegevens beschikbaar gesteld vanuit de school, het biometrisch en medisch onderzoek, de ontwikkelingsgeschiedenis, de voorgeschiedenis van begeleiding of behandeling leveren al een belangrijke bijdrage in de verkenning van de hulpvraag.
- ?? Vanuit het CLB-team moet de grootste aandacht gaan naar het sociaal/emotioneel welbevinden van deze jongere.

4.2 Aanmelding via het medisch consult

- ?? Op basis van BMI-berekening en % overgewicht kan de CLB-arts/verpleegkundige tijdens het medisch consult tot de vaststelling komen dat de leerling overgewicht of obesitas vertoont. Met behulp van vroegere gegevens kan de gewichtsevolutie bekeken worden.
- ?? Bij vermoeden van een endocrinologische of genetische oorzaak evenals bij complicaties, moet er voor verder onderzoek en beleid worden doorverwezen naar de huisarts.
- ?? Wanneer er geen aanwijzingen zijn voor een secundaire obesitas zal de CLB-arts en CLB-verpleegkundige aan de jongere bezorgdheid uiten en informeren over het belang van het vastgestelde overgewicht. Is de jongere ermee bezig? Zou hij/zij er iets aan willen doen? Zijn er al inspanningen gedaan om er iets aan te doen? Het is ook zinvol af te tasten wat de impact van het overgewicht is op het sociaal en emotioneel functioneren. Alvorens te verwijzen is het hier aan te raden om eerst te overleggen met het CLB-team, grote aandacht en bekommernis gaat naar het welbevinden van deze jongere. Een eenvoudige doorverwijzing via een verwijfsbrief naar de ouders met de vermelding de huisarts te raadplegen kan sensibiliserend werken maar dit is hier vaak té beperkt. Daarom zal de jongere voor een aanvullend gesprek uitgenodigd worden. Het is belangrijk dit zeer concreet te maken. Omdat de betrokkenheid van de ouders als bron van informatie en als ondersteuning van de jongere belangrijk is voor een optimale begeleiding zal er steeds naar gestreefd worden de ouders uit te nodigen.

Aanmelding gewichtsprobleem via het medisch consult



4.3 Gesprek met de leerling/ouders

- ?? Tijdens het gesprek tracht men te weten te komen wat de jongere concreet eet en drinkt, hoeveel, waar, wanneer, welke tussendoortjes er worden gegeten, hoe snel er wordt gegeten enz.. Het bijhouden van een eetdagboekje kan hierbij zeer nuttig zijn. Ook de eetgewoonten van het gezin worden besproken. Daarbij gaat men ondermeer na hoe de maaltijden georganiseerd worden of de maaltijden samen genuttigd worden enz.
- ?? Vervolgens wordt het energieverbruik van de jongere en het gezin in kaart gebracht. Wat doet de jongere in de vrije tijd? Hoe gaat hij/zij naar school? Doet hij/zij aan sport?
- ?? De ontwikkelingsgeschiedenis van het overgewicht wordt overlopen: Hoe en wanneer ontstond het overgewicht? Is er overgewicht in de familie?
- ?? Er wordt steeds gepeild naar de beleving van de jongere: hoe ervaart deze jongere het te dik zijn? Is er sprake van depressie? Heeft het last van pesterijen? Komen er periodes van overeten voor? Vermits overgewicht/ obesitas zowel oorzaak als gevolg kan zijn van verschillende problemen is het nuttig deze hypothesen te overlopen (secundaire obesitas; obesitas en depressie; obesitas en eetbuiestoornis; obesitas en medicatiegebruik);
- ?? Ten slotte wordt ook de motivatie tot verandering en de verwachtingen daaromtrent geëxploreerd.

Eerste gesprek

- ~~/~~ Eetgewoonten
- ~~/~~ Bewegingspatroon
- ~~/~~ Ontwikkelingsgeschiedenis van gewicht
- ~~/~~ Beleving van de jongere
- ~~/~~ Motivatie tot verandering

Enkele tips:

- ?? Jongeren met overgewicht zijn heel gevoelig voor afkeuring en voelen zich schuldig ('iedereen zegt dat het mijn fout is'). Tracht in ieder geval alert te zijn voor hun schuldgevoelens of zelfverwijten.
- ?? Heb respect voor de jongere en vraag steeds hoe zij/hij het 'dik-zijn' ervaart en hoe de ouders hierop reageren?

- ?? Wees voorzichtig wanneer de jongere vraagt naar de oorzaak van het gewichtsprobleem. Vraag wat ze zelf vermoeden. Benadruk daarbij dat er vaak meerdere factoren van belang zijn.
- ?? Het kan zijn dat de jongere aangeeft reeds inspanningen te hebben gedaan om zelf iets aan het probleem te doen, maar deze hadden niet het gewenste resultaat. Het is ook hier belangrijk dit met veel respect en begrip te beluisteren.
- ?? In ieder geval moet het duidelijk zijn dat, mits de juiste hulp, eet- en gewichtsproblemen behandeld kunnen worden. Het is van belang dat de jongere een hoopvol maar ‘realistisch’ perspectief wordt geboden op verbetering. Vermijd daarbij discussies zoals het bepalen van een streefgewicht.
- ?? Moedig het gezin aan om samen met een deskundige een nauwkeurig onderzoek te doen van de eet- en bewegingsgewoonten, wat kan helpen bij het streven naar gewichtscontrole.

4.4 Uitbouwen van de motivatie

Obese jongeren blijken vaak niet voldoende gemotiveerd voor behandeling. Het is belangrijk na te gaan of de jongere en zijn gezin wel degelijk verandering wil en wat de verwachtingen zijn. Soms kan het nodig zijn om de voor- en nadelen met de jongere grondig te bespreken.

Men moet ook de ouders motiveren want kinderen eten wat er thuis op tafel komt. Vaak hoort men ‘we zijn allemaal dik: er is niets aan te doen’ of ‘ik wil mijn kind geen honger laten lijden’....

Enkele tips

- ?? Zorg ervoor dat de jongere zich ernstig genomen voelt.
- ?? Bevraag de redenen om te veranderen.
- ?? Vergroot het bewustzijn van de risico’s van het niet veranderen.
- ?? Maak een balans op van de voor- en nadelen.
- ?? Geef objectieve informatie aan de leerling.
- ?? Ga na of de jongere, indien niet gemotiveerd om hulp te zoeken, bereid is zelf een aantal adviezen uit te proberen. Spreek in dit geval af wie dit zal opvolgen.
- ?? Indien er geen motivatie is: maak een afspraak met de jongere/de ouders vanaf welk gewicht er zal worden ingegrepen.

4.5 Begeleidings- en behandelingsplan

Bij het plannen van een behandeling zijn er twee criteria die steeds in rekening worden gebracht: de leeftijd en de ernst van het overgewicht. Deze criteria bepalen niet enkel het vooropgestelde doel maar ook de behandelingsvorm.

Behandelingsdoelen bij kinderobesitas		
Overgewicht	7 - 13 jaar	vanaf 14 jaar
120 – 140% overgewicht	gewichtscontrole	gewichtscontrole
140 – 160% matige obesitas	gewichtscontrole	behandeldoel bepalen na grondige multidisciplinaire diagnostiek
160 – 190% ernstige obesitas	behandeldoel bepalen na grondige multidisciplinaire diagnostiek	gewichtsverlies wenselijk
> 190% morbide obesitas	gewichtsverlies wenselijk	gewichtsverlies wenselijk

Rekening houdende met de leeftijd en de ernst van zwaarlijvigheid, volgens de consensus van de BASO (Belgian Association for the Study of Obesity).

?? Optimaal wordt de behandeling gestart op een moment waarop *gewichtscontrole* als doel volstaat. Onder gewichtscontrole verstaan we gewichtsstagnatie of, relatief minder in gewicht toenemen dan de lengtegroei, waardoor de mate van overgewicht vermindert. De nadruk ligt op gezonde, weinig caloriedense voeding (geen restrictief dieet) en gestructureerde maaltijden met vaste maaltijdmomenten. Daarnaast is het aanmoedigen van fysieke activiteit zeer belangrijk. Om de implementatie van de voedings- en bewegingsadviezen te garanderen is het belangrijk ook goede opvoedingsadviezen te verstrekken. Hierin wordt samen met de ouders gezocht naar antwoorden op de vraag hoe ze als ouders grenzen kunnen stellen en hoe zij deze kunnen laten respecteren. In overleg met de huisarts kan best verwezen worden naar een voedingsdeskundige met extra opleiding kindvriendelijke consultaties (zie bijlage in deel 3). Eens de jongere verwezen is voor gewichtscontrole is kan het soms belangrijk zijn contact te houden en de jongere te ondersteunen, liefst via een driemaandelijkse nazorg gedurende minimum een jaar.

Gewichtscontrole



door huisarts
en/of diëtist



Driemaandelijke nazorg door het CLB volgens noodzaak

- gewichtsstagnatie
- gezonde, weinig caloriedense voeding
- vaste maaltijdmomenten
- fysieke activiteit
- opvoedingsadviezen

?? Eens de obesitas erg uitgesproken wordt, is gewichtscontrole als behandeldoel onvoldoende en is *gewichtsverlies* wenselijk. Het blijkt moeilijk om echt gewichtsverlies te bekomen in een ambulante programma. Een opname is dan een optie.

?? Een aantal kinderen en jongeren zal zich in een *grijze zone* bevinden. Hier is uitvoerige diagnostiek aangewezen om samen met het kind en zijn gezin de meest passende optie uit te werken. Wanneer een kind nog steeds in gewicht bijkomt, is een multidisciplinaire aanpak nodig. Het CLB heeft de plicht om een zorgplan op te stellen. In overleg met de huisarts wordt er best verwezen naar een gespecialiseerde dienst (zie bijlage in deel 3).

?? Medicatie en chirurgie hebben géén plaats in de behandeling van obesitas bij kinderen.

Al is het voor een CLB-team niet haalbaar om zelf de begeleiding van een kind of jongere met overgewicht waar te maken, dan heeft het wel een belangrijke opdracht de jongere en zijn ouders te motiveren tot gedragsverandering en voor te bereiden op de doorverwijzing.

Met een eenmalig gesprek omtrent gezonde eet- en bewegingsgewoonten kan men al heel wat bereiken bij gemotiveerde ouders.

4.6 Preventie

Het is belangrijk om ouders, leerkrachten en opvoeders steeds opnieuw bewust te maken van het belang van gezonde voeding en een actieve levensstijl (30 minuten matig intensieve activiteit per dag). Het verdient aanbeveling bepaalde principes te blijven verdedigen zoals gezinsmaaltijden en vaste eetmomenten, en hierbij het ontbijt niet over te slaan. Ouders en opvoeders hebben hierin een belangrijke voorbeeldfunctie. Het is raadzaam dat het hele gezin goede eet- en leefgewoonten aanneemt.

Deel 3

Werkinstrumenten

Attitudetest voor leerkrachten en CLB-medewerkers	49
Begeleiding van jongeren met een eetprobleem	
Schema begeleidingsproces	51
Algemene tips	52
Risico- en beschermende factoren	53
Zichtbare en onzichtbare signalen	54
Somatische oorzaken	55
Inschatten van de ernst	56
Tips voor ouders	57
Checklist voor ouders	58
Checklist voor jongeren	60
Begeleiding van jongeren met overgewicht/obesitas	
Schema begeleidingsproces	62
Aanmelding via medisch consult	63
Eerste gesprek bij gewichtsprobleem	64
Eetdagboek	65
Bewegingsdagboek	66
Tips voor een gezonde gewichtscontrole	67
De voedingsdriehoek	68
Groeicurven (BMI percentielen) jongens	69
Groeicurven (BMI percentielen) meisjes	70
Interessante literatuur	71
Nuttige adressen	72

GEWICHT EN FIGUUR: EEN ATTITUDETEST

Voor leerkrachten en CLB-medewerkers

Ga na welke je eigen gevoelens en gedachten zijn in verband met gewicht en uiterlijk voorkomen. Geef door middel van een cirkeltje rond het getal van uw keuze aan wat er op u van toepassing is.

- 0= nooit of niet
- 1= weinig
- 2= soms of matig
- 3= regelmatig of behoorlijk
- 4= vaak of in sterke mate

DEEL 1

1. Als u traint doet u dat vooral om het voedsel dat u at te 'verteren' of om uw gewicht te beheersen.
0 1 2 3 4
2. Hoe vaak weegt u zich?
0 1 2 3 4
3. Als u in contact bent met erg dikke mensen beleeft u dat als negatief.
0 1 2 3 4
4. U bewondert slanke mensen en wilt zelf ook graag slank zijn.
0 1 2 3 4
5. Staat u vaak voor de spiegel om naar uw figuur te kijken?
0 1 2 3 4
6. U kleedt zich anders dan u zoudt willen, omdat u vormen of delen van uw lichaam waar u niet tevreden mee bent wilt verdoezelen.
0 1 2 3 4
7. Er zijn activiteiten die u leuk vindt, maar toch niet doet omdat u uw lijf niet wilt laten zien.
0 1 2 3 4
8. U denkt vaak aan uw figuur.
0 1 2 3 4
9. Uw gewicht en eten bepalen hoe u over uzelf denkt en hoe u uw persoonlijkheid beoordeelt.
0 1 2 3 4
10. U gebruikt de woorden 'dik' en 'vet' als u iemand wilt uitschelden of kwetsen.
0 1 2 3 4

DEEL 2

Zijn de volgende uitspraken WAAR of NIET WAAR voor u? Omcirkel wat van toepassing is:

1. Als u 5 kg zou kunnen afvallen en als die nooit meer terug zouden komen, dan zou dat 5 jaren van uw leven waard zijn.
0 (niet waar) 1 (waar)
2. Als u het woord 'onverzorgd' leest, verbindt u dat met een dik persoon.
0 (niet waar) 1 (waar)
3. U vindt dat leerlingen die optreden als danser of toneelspeler slank moeten zijn.
0 (niet waar) 1 (waar)
4. Het maakt voor u niets uit of u wat kilo's aankomt of afvalt, want u bent steeds uzelf en u voelt zich goed.
0 (waar) 1 (niet waar)

SCORE

Tel de getallen met een kringetje op en noteer het totaal: als u meer dan 26 punten scoorde in deel 1 en meer dan 2 punten in deel 2, moet u vragen stellen bij uw attitude.

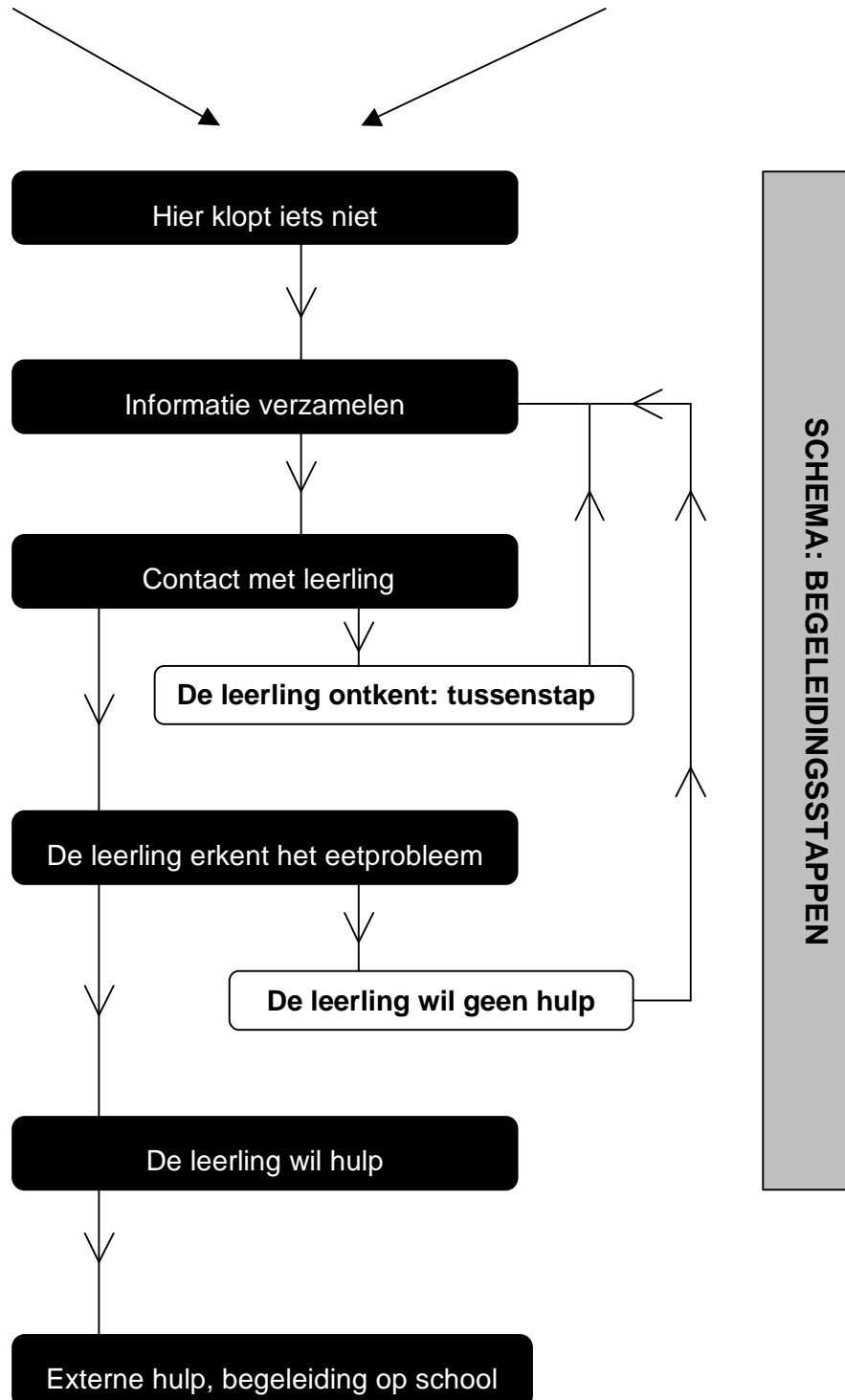
Deze test is bedoeld als een ruwe attitudetest. Onafhankelijk van de uitslag van de test is het belangrijk dat u uw eigen houding ten aanzien van voedsel, gewicht en lijf kent. We zijn wellicht meer beïnvloed door de hedendaagse overdreven aandacht voor het lichaam dan we zelf willen toegeven. Het is in ieder geval erg belangrijk dat u zichzelf goed bewust bent van uw attitude ten aanzien van eten en gewicht en dat u hiermee de attitude van anderen (leerlingen) kunt beïnvloeden, zonder dat dit uw bedoeling is.

Bron: Jeugd en eetstoornissen, voorlichtingsmap voor het basis en secundair onderwijs, ontwikkeld door Runi Borresen Gresko en Anna Karlsen, en vertaald door Ite van Til en Greta Noordenbos et al, uitgegeven door de vrienden van de Anorexia Nervosa Stichting te Arnhem, ISBN 90-9008686-2, p.1.4

Begeleiding van een jongere met een eetprobleem

vraaggestuurde werking

medisch consult



Algemene tips

- ?? Een goed *vertrouwelij*k contact vormt de basis. Dit vergt tijd en geduld.
- ?? Een jongere met een eet- en/of gewichtsprobleem is *gevoelig* voor afkeuring en voelt zich snel schuldig. Wees daarom bewust van je eigen reacties.
- ?? Wees *eerlijk* over je bezorgdheid, je mogelijkheden, je grenzen.
- ?? Heb *respect* voor de jongere. Luister goed, accepteer haar belevingswereld (bijv. ze voelt zich dik, terwijl ze dat in werkelijkheid niet is), toon oprechte interesse en vermijd het (ver)oordelen van haar gedachten, gedrag, gevoelens. Houd rekening met haar angsten.
- ?? Richt je aandacht niet alleen op eten en gewicht maar op de *hele persoon*. Praat ook over neutrale onderwerpen zoals hobby's.
- ?? Houd rekening met *stemmingswisselingen*. Het ene moment is de jongere vrolijk, daarna weer somber en gesloten. De ene keer deelt ze je bezorgdheid, de andere keer is er volgens haar niets aan de hand.

Risico- en beschermende factoren bij de ontwikkeling van eetstoornissen

	Persoonlijk	Omgeving
Risicofactoren	?? Weinig zelfvertrouwen ?? Negatief zelfbeeld ?? Negatief lichaamsbeeld ?? Perfectionisme ?? Faalangst ?? Afhankelijk van goedkeuring van anderen ?? Moeilijk uiten van gevoelens ?? Lijngedrag ?? Aanleg voor vetzucht ?? Aanleg voor depressie of verslaving	?? Prestatiegerichtheid ?? Gepest worden ?? Sterk accent op uiterlijk ?? Competitiesport, ballet ?? Emotionele verwaarlozing ?? Fysiek geweld ?? Seksueel misbruik ?? Weinig uiting van gevoelens in gezin ?? Depressie of verslaving in familie ?? Lijngedrag in de familie
Beschermende factoren	?? Voldoende sociaal vaardig ?? Bestendig tegen sociale druk	?? Aanwezigheid van een vertrouwensfiguur ?? Meer aandacht voor welbevinden dan uiterlijk

Zichtbare en onzichtbare signalen van eetstoornissen

	zichtbaar	onzichtbaar
lichamelijk	<ul style="list-style-type: none"> ?? gewichtsveranderingen ?? koude en blauwe handen ?? bleke gelaatskleur ?? flauwvallen ?? slappe/droge huid ?? haaruitval ?? donsbehaving ?? opgezwollen speekselklieren ?? schorre, hese stem ?? slecht gebit 	<ul style="list-style-type: none"> ?? onregelmatige of afwezige menstruatie ?? vermoeidheid ?? duizeligheid ?? obstipatie, maag- en darmstoornissen ?? trage hartslag, hartritmestoornissen ?? botontkalking
eetgedrag	<ul style="list-style-type: none"> ?? liever alleen eten ?? langzaam eten ?? vaste eetrituelen ?? caloriearm voedsel en drank ?? veel bezig met recepten, koken 	<ul style="list-style-type: none"> ?? allerlei voedsel is 'verboden' ?? veel aandacht voor 'gezond' eten, calorieën tellen ?? schuldgevoel over 'teveel' eten ?? gepieker over eten
algemeen	<ul style="list-style-type: none"> ?? zich meer afzonderen ?? overmatig sporten ?? verhullende kleding dragen ?? rusteloosheid, prikkelbaarheid ?? perfectionisme, dwangmatigheid ?? concentratieproblemen ?? weinig zelfvertrouwen ?? stemmingswisselingen 	<ul style="list-style-type: none"> ?? in gedachten veel met gewicht of uiterlijk bezig ?? gewicht bepaalt humeur ?? neerslachtige stemming ?? ontevreden over zichzelf ?? concentratiestoornis ?? zwart/witdenken

Somatische oorzaken van verstoorde eetlust en gewichtsverlies

Oorzaak	Opmerkingen
<i>Chronische pancreatitis</i>	Leidt tot malabsorptiesymptomen
<i>Pancreasinsufficiëntie</i>	Idem
<i>Laesies van de laterale hypothalamus</i>	Kunnen veroorzaakt worden door infectie, trauma, chirurgische ingrepen, een tumor of door degeneratieve afwijkingen
<i>Systemische candidiasis</i>	
<i>Mucoviscidosis</i>	
<i>Infecties</i>	Gaan vaak gepaard met een gebrek aan eetlust. Verder is er een katabole toestand door een verhoogde basale stofwisseling. Er treedt koorts op. De BSE (bezinkingssnelheid van de rode bloedlichaampjes) is verhoogd
<i>AIDS</i>	Idem
<i>Tumoren</i>	Hierbij kan cachexie optreden. Dit berust op een verminderde eetlust, een verhoogde basale stofwisseling en verlies van voedingsstoffen via stoelgang en urine
<i>Leukemie</i>	Idem
<i>Ziekte van Simmonds</i>	Berust op hypofyse-insufficiëntie door destructie van de adenohipofyse. Ook verlies van de secundaire geslachtskenmerken. Werd lang beschouwd als de primaire oorzaak van anorexia nervosa
<i>Ziekte van Addison</i>	Bijnierschorsinsufficiëntie. Gaat samen met gebrek aan eetlust, hypoglykemie, lage bloeddruk en extreme zwakte en vermoeidheid. Het serum-ACTH (adrenocorticotroop hormoon) is hoog
<i>Hyperthyreoïdie</i>	Hypermetabole toestand met onder andere gejaagdheid, nervositeit, hyperactiviteit, klamme warme extremiteiten, snelle ademhaling, hoge bloeddruk en een hoge, snelle pols. Dit is gemakkelijk te differentiëren van de hypometabole toestand die kenmerkend is voor anorexia nervosa
<i>Diabetes mellitus</i>	Geeft vaak gewichtsverlies door glucoseverlies via de urine. Kenmerkend zijn verder polydipsie en polyurie.
<i>Ziekte van Crohn</i>	Geeft aspecifieke symptomen zoals gewichtsverlies, gebrek aan eetlust, vermoeidheid, koorts, diarree, steatorroe, hypoalbuminurie door eiwitverlies
<i>Coeliakie</i>	Symptomen zijn diarree, buikklachten, vermoeidheid, vermagering en steatorroe bij goede eetlust
<i>Maagzweer, duodenumzweer, spastisch colon</i>	Kan leiden tot gewichtsverlies
<i>Medicijngebruik</i>	Thyroxine verhoogt de stofwisseling. Cafeïne, fenfluramine en amfetaminen verminderen de eetlust (bij kinderen denken aan rilatine)

Inschatten van de ernst van een eetstoornis

Een combinatie van volgende factoren kan aanwijzing zijn voor de *ernst van een eetstoornis*:

- ?? Een sterke gewichtsval in een relatief korte periode: > 15 % gewichtsverlies.
- ?? Een erg verstoord eet- en drinkpatroon: stoppen met drinken, niet meer aan tafel komen om te eten.
- ?? Excessief sporten of fitnessen.
- ?? Opvallend verslechterende schoolresultaten.
- ?? Geen grenzen meer kunnen stellen in de impulscontrole: bijv. plots heel kwaad worden naar medeleerlingen of leerkrachten toe.
- ?? Tekens van depressiviteit.
- ?? Suïcidaliteit; ook hier een risico-inschatting maken: Zijn er concrete plannen? Is er al iemand op de hoogte?
- ?? Draagkracht van het gezin: als de ouders aangeven 'we houden het niet meer uit'.
- ?? Frequent braken of gebruik van laxeremiddelen: kaliumgehalte moet steeds nagekeken worden.

Bij de inschatting van de ernst is het ook belangrijk de *beschermende factoren* te overlopen: Zijn de sociale contacten nog goed? Heeft ze nog een vertrouwenspersoon? Is er goede communicatie thuis? Geniet ze nog van vrije tijd en hobby's?

Tips voor ouders van een jongere met een eetprobleem

1. *Eet op regelmatige tijdstippen:* geef voldoende tijd aan de maaltijden en aan samen eten.
2. *Vermijd machtsspelletjes in verband met voedsel:* ouders zijn verantwoordelijk voor de soort maaltijden die ze aanbieden, het tijdstip waarop ze ze aanbieden en de plaats waar ze ze aanbieden. De kinderen zijn verantwoordelijk voor de hoeveelheid die ze eten, en of ze iets eten.
3. *Zorg voor een ontspannen en plezierige sfeer aan tafel:* eten is genieten van het gevoel en de kwaliteit van het voedsel en genieten van elkaars aanwezigheid, met aandacht voor een positief gesprek. De gesprekken tijdens de maaltijden gaan niet over het beperken van vetten, en ook niet over het aantal vitamines en mineralen.
4. *Vermijd voedsel te catalogeren als 'goed of slecht':* zorg voor een grote verscheidenheid aan voedsel. Eet als ouder zelf alles in normale omstandigheden.
5. *Vermijd de band te leggen tussen lichamelijke inspanning en eetgedrag:* zorg ervoor dat lichamelijke activiteit en eten gezien worden als twee verschillende activiteiten.
6. *Beschrijf je kinderen naar anderen niet op basis van hun uiterlijk, lengte of lichaamsvorm.* Vertel hoe ze zich voelen, wat ze zeggen en doen in plaats van hoe ze eruit zien. Deze tip geldt ook voor uzelf.
7. *Leg er de nadruk op dat mensen die zich goed voelen er ook goed uitzien en niet omgekeerd:* als ouder kan uw (gezond) gedrag in verband met voedsel, lichaamsbeeld, lichaamsvorm en fysieke activiteit een positief effect hebben op uw kind.

VERMOEDEN VAN EETSTOORNIS

Checklist voor de omgeving (ouders)

Doel: De checklist is een hulpmiddel om je eigen bezorgdheid/waarnemingen met gerichte informatie aan te vullen.

Indicatie: Te gebruiken bij (eerste) vermoedens van een eetstoornis. Enerzijds merken ouders, leerkrachten of anderen dat er met het eetgedrag iets niet in orde is. Anderzijds ontkent de jongere dit zelf (zij praat het goed, of probeert het te verbergen).

Werkwijze: Ga na welke uitspraken naar jouw mening van toepassing zijn.

- Je hebt bij elke vraag de keuze uit 'ja', 'nee' of '?' (? = bij twijfel, min-of-meer, enkel een vermoeden).
- Vervolgens scoor je als volgt: 'ja' = 2 punten, '?' = 1 punt, 'nee' = 0 punten.
- Na optelling kan de eindsom als volgt worden geïnterpreteerd:
 - ~~0~~ 0 – 10 = er is hoogstwaarschijnlijk (nog) niet echt iets abnormaals aan de hand;
 - ~~11~~ 11 – 20 = waarschijnlijk voorlopig nog geen reden tot bezorgdheid, maar herhaal deze test binnen twee maanden;
 - ~~21~~ 21 – 30 = hier mag men zeker vermoeden dat het om een eetstoornis gaat; raadpleeg in ieder geval een deskundige;
 - ~~31~~ 31 – 40 = zonder twijfel ernstige eetstoornis, waarvoor zo snel mogelijk deskundige hulp gezocht moet worden.

Opmerkingen.

- Ga niet voor detective spelen of de situatie dramatiseren.
- Bagatelliseer het probleem niet.
- Enkel een deskundige kan een juiste diagnose stellen.

		JA	?	NEE
1	Stelt het aan tafel komen of samen eten uit of tracht het te mijden	?	?	?
2	Is duidelijk gespannen tijdens de maaltijd	?	?	?
3	Is boos of agressief tijdens de maaltijden	?	?	?
4	Begint meestal met het voedsel in kleine stukjes te snijden	?	?	?
5	Klaagt over 'te veel' of 'te vet' eten	?	?	?
6	Is zeer kieskeurig wat voedsel betreft (wil altijd iets apart of bijzonders)	?	?	?
7	Probeert te onderhandelen over voedsel (bijv. ik eet dit wel als dat niet hoeft)	?	?	?
8	Eet traag, met kleine hapjes	?	?	?
9	Wil alleen magere spijzen of dieetproducten eten (zo min mogelijk calorieën)	?	?	?
10	Beweert zelden honger of eetlust te hebben	?	?	?
11	Wil graag helpen in de keuken of kookt graag	?	?	?
12	Gaat braken (overgeven) na het eten	?	?	?
13	Verstopt tijdens het eten voedsel in servet, kleding of handtas	?	?	?
14	Gooit in het geniep voedsel weg (buiten in vuilnisbak, toilet of gootsteen)	?	?	?
15	Verstopt of verzamelt (hamstert) voedsel of snoep (in eigen kamer, kast)	?	?	?
16	Eet op ongewone tijdstippen (bijv. heel vroeg in de ochtend of 's nachts)	?	?	?
17	Heeft een hekel aan bezoek of feestjes (om het 'moeten' mee-eten)	?	?	?
18	Eet soms overdreven veel (vreetbuien)	?	?	?
19	Klaagt veel over verstopping (obstipatie)	?	?	?
20	Neemt (of vraagt) vaak laxemiddelen	?	?	?
21	Voelt zich te dik (ook na vermagering)	?	?	?
22	Praat veel over slanke lijn of diëten	?	?	?
23	Staat dikwijls tijdens de maaltijd op (bijv. om iets te halen in de keuken)	?	?	?
24	Zit weinig stil, loopt veel	?	?	?
25	Moet altijd actief bezig zijn (bijvoorbeeld poetsen, opruimen)	?	?	?
26	Doet veel aan sport of lichamelijke inspanningen	?	?	?
27	Is zeer ijverig in studie of werk	?	?	?
28	Is zelden moe, neemt weinig rust	?	?	?
29	Vindt zichzelf 'gezond' of 'normaal'	?	?	?
30	Staat weigerachtig tegenover behandeling (vindt dit overbodig)	?	?	?

Bron: *Eetstoornissen* (Spreekuur thuis) W. Vandereycken

HEB IK EEN EETSTOORNIS?

Checklist voor jongeren

Doel

De checklist is een hulpmiddel om de leerling meer inzicht te doen krijgen in haar situatie en tot toenemende bewustwording te komen.

Indicatie

Wanneer de leerling erkent dat ze een eetstoornis heeft, maar nog niet doordrongen is van de ernst en de hulp die ze nodig heeft.

Werkwijze

- ?? Bij voorkeur wordt de checklist afgenomen door een vertrouwenspersoon of hulpverlener. Je kunt de leerling ook alleen de lijst laten invullen als ze het moeilijk vindt dit samen te doen.
- ?? De lijst bij voorkeur doorlopen tijdens een gesprek met de leerling.
- ?? Open sfeer en vertrouwen zijn belangrijk. Benadruk dat de leerling zo eerlijk en open mogelijk is, zodat je haar kunt helpen, maar vooral ook voor haarzelf.
- ?? Bij elke vraag de keuze uit 'ja', 'nee' of '?' (? = bij twijfel).
- ?? Geef volgende uitleg: Naarmate je op de vragen vaker 'ja' hebt geantwoord (aangenomen dat je eerlijk bent) neemt de kans toe dat je inderdaad een eet- of gewichtsprobleem hebt. Dit hoeft nog geen volledig ontwikkelde eetstoornis te zijn zoals anorexia nervosa of boulimia nervosa. Het is echter wel goed dat je op tijd een deskundige zoekt voor advies en hulp.
- ?? Nadat de leerling de antwoorden heeft gegeven, kun je haar vragen 'bij wijze van proef' ook de lijst in te vullen zoals ze denkt dat haar moeder of een goede vriendin voor haar zou doen. De verschillen bieden een goede aanleiding tot een gesprek.

Gewicht en uiterlijk		JA	?	NEE
1	Ben je ontevreden met je huidige gewicht?	?	?	?
2	Weeg je jezelf dikwijls?	?	?	?
3	Maak je binnen een week grote gewichtsschommelingen mee?	?	?	?
4	Reageer je ongelukkig als je in gewicht bent aangekomen?	?	?	?
5	Heb je vroeger problemen met je gewicht gehad?	?	?	?
6	Hecht je veel belang aan je uiterlijk?	?	?	?
7	Zijn er gewichtsproblemen bij naaste familieleden?	?	?	?
8	Let je in de spiegel speciaal op of je er 'dik' uitziet?	?	?	?
9	Is de omvang van je buik of heupen erg belangrijk?	?	?	?
10	Doe je lichaams oefeningen om er beter uit te zien?	?	?	?
11	Wil je met je kleding verbergen hoe je eruit ziet?	?	?	?
12	Zou je heel slank willen zijn of blijven?	?	?	?
13	Benijd je anderen omdat ze er slanker uitzien?	?	?	?

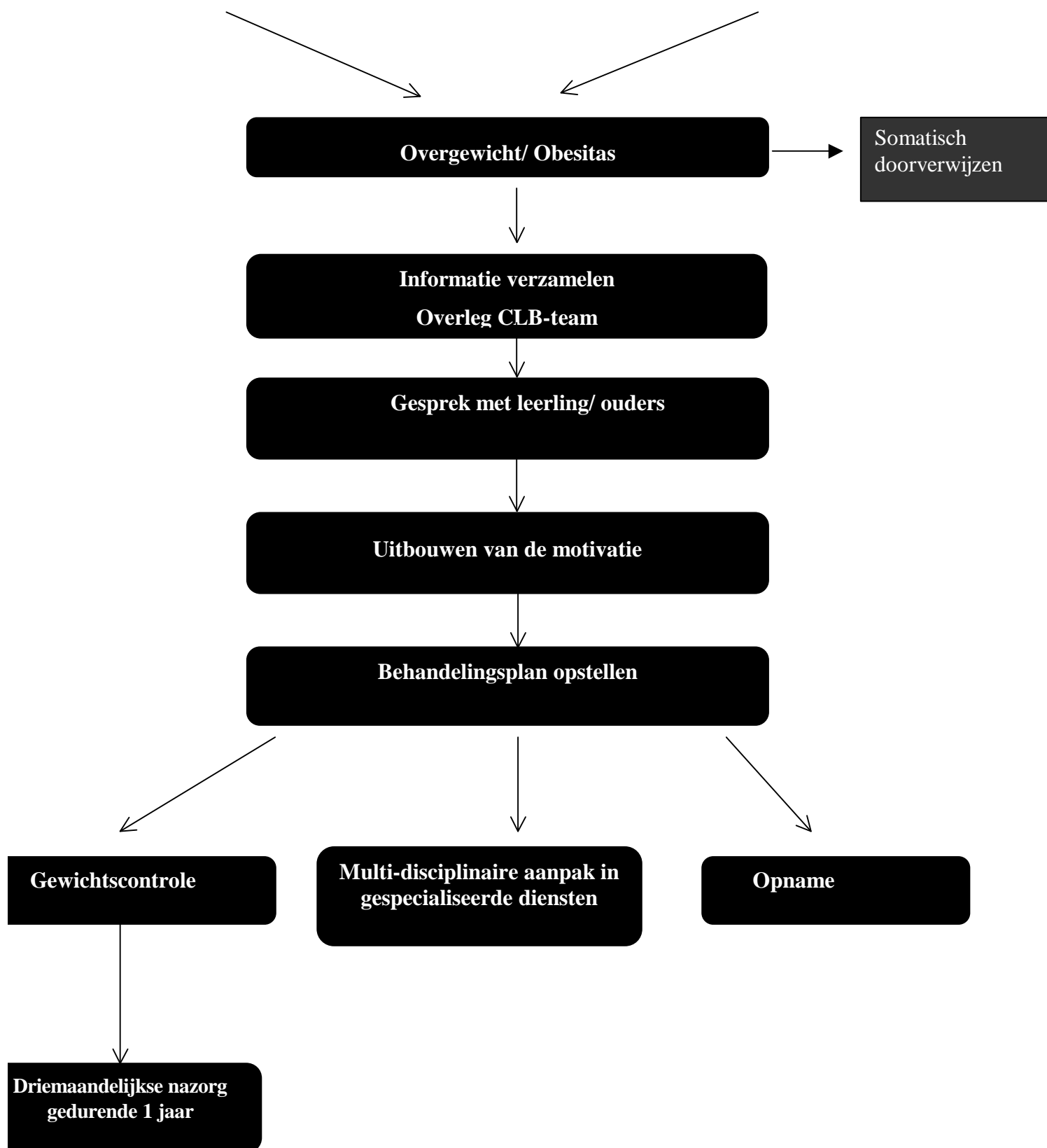
Eten en voedsel		JA	?	NEE
1	Sla je regelmatig maaltijden over?	?	?	?
2	Probeer je vetten en sauzen te vermijden?	?	?	?
3	Kijk je op de verpakking hoeveel calorieën iets bevat?	?	?	?
4	Probeer je een vermageringsdieet te houden?	?	?	?
5	Leg je een voorraad van bepaald voedsel aan?	?	?	?
6	Vind je het vervelend samen met anderen te moeten eten?	?	?	?
7	Denk je veel na over wat je eet of gegeten hebt?	?	?	?
8	Ga je soms braken na het eten?	?	?	?
9	Gebruik je regelmatig laxeermiddelen?	?	?	?
10	Gebeurt het dat je niet meer kunt stoppen met eten?	?	?	?
11	Lijkt het erop dat je verslaafd bent aan eten?	?	?	?
12	Neem je eetlustremmers of andere afslankmiddelen?	?	?	?
13	Schaam je je over je eetgewoonten?	?	?	?

Bron: *Eetstoornissen* (Spreekuur thuis) W. Vandereycken

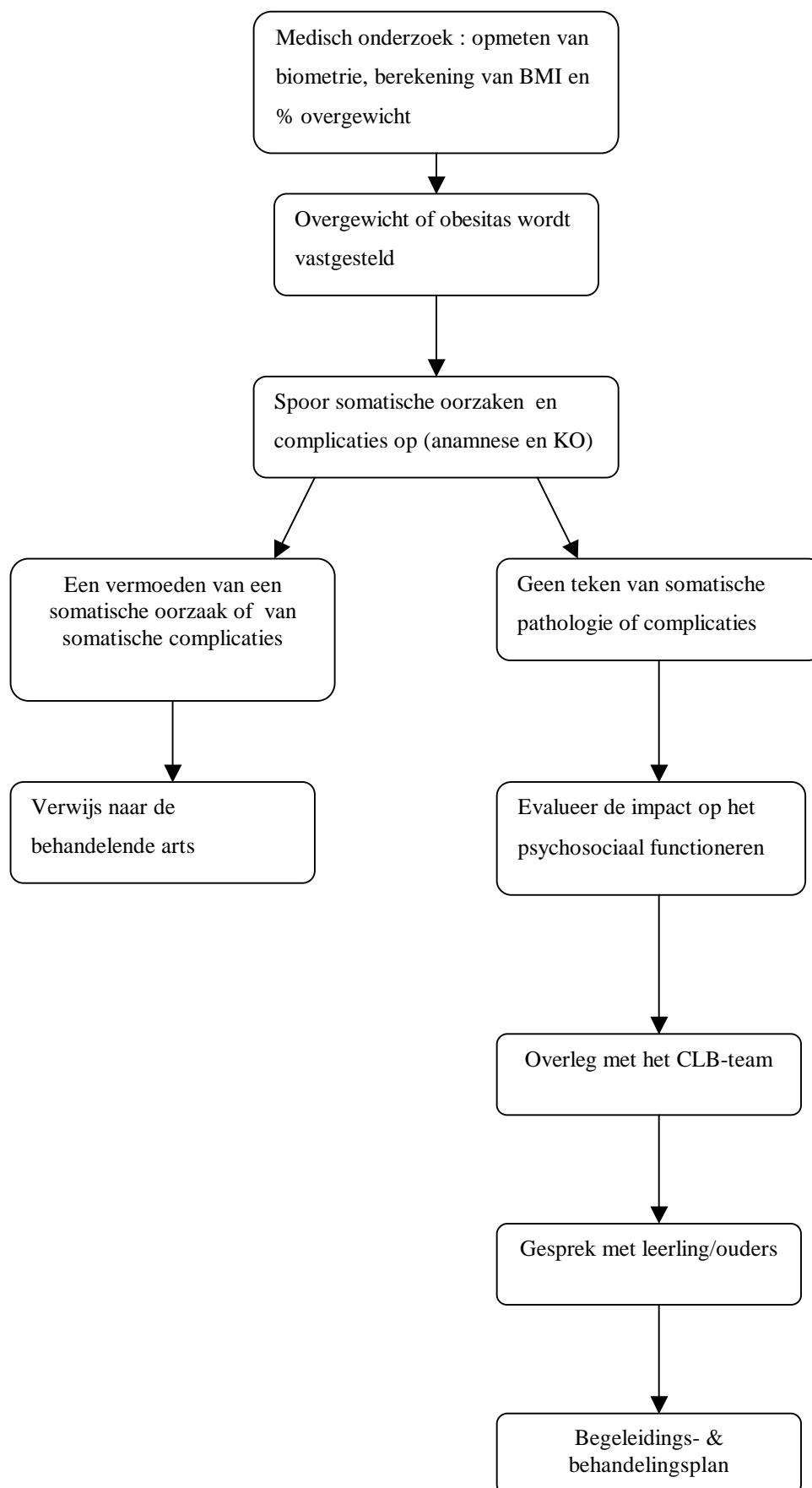
Begeleiding van een jongere met overgewicht/obesitas

Vraaggestuurde werking

Medisch consult



Aanmelding gewichtsprobleem via het medisch consult



Eerste gesprek bij gewichtsprobleem

~~de~~ eetgewoonten ? eetdagboek

~~de~~ bewegingspatroon ? bewegingsdagboek

~~de~~ ontwikkelingsgeschiedenis van het gewicht

~~de~~ beleving van de jongere

~~de~~ motivatie tot verandering

Eetdagboek

datum	wat heb ik gegeten en gedronken	hoeveel
	7-9 u	
	9-12 u	
	12-14 u	
	14-16 u	
	16-18 u	
	18-21 u	

Bron: *Behandelingsstrategieën bij kinderen met overgewicht* (2001)

Bewegingsdagboek

Wat deed ik van beweging en hoelang?

	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
--	---------	---------	----------	-----------	---------	----------	--------

week 1

's morgens							
's middags							
's avonds							

week 2

's morgens							
's middags							
's avonds							

week 3

's morgens							
's middags							
's avonds							

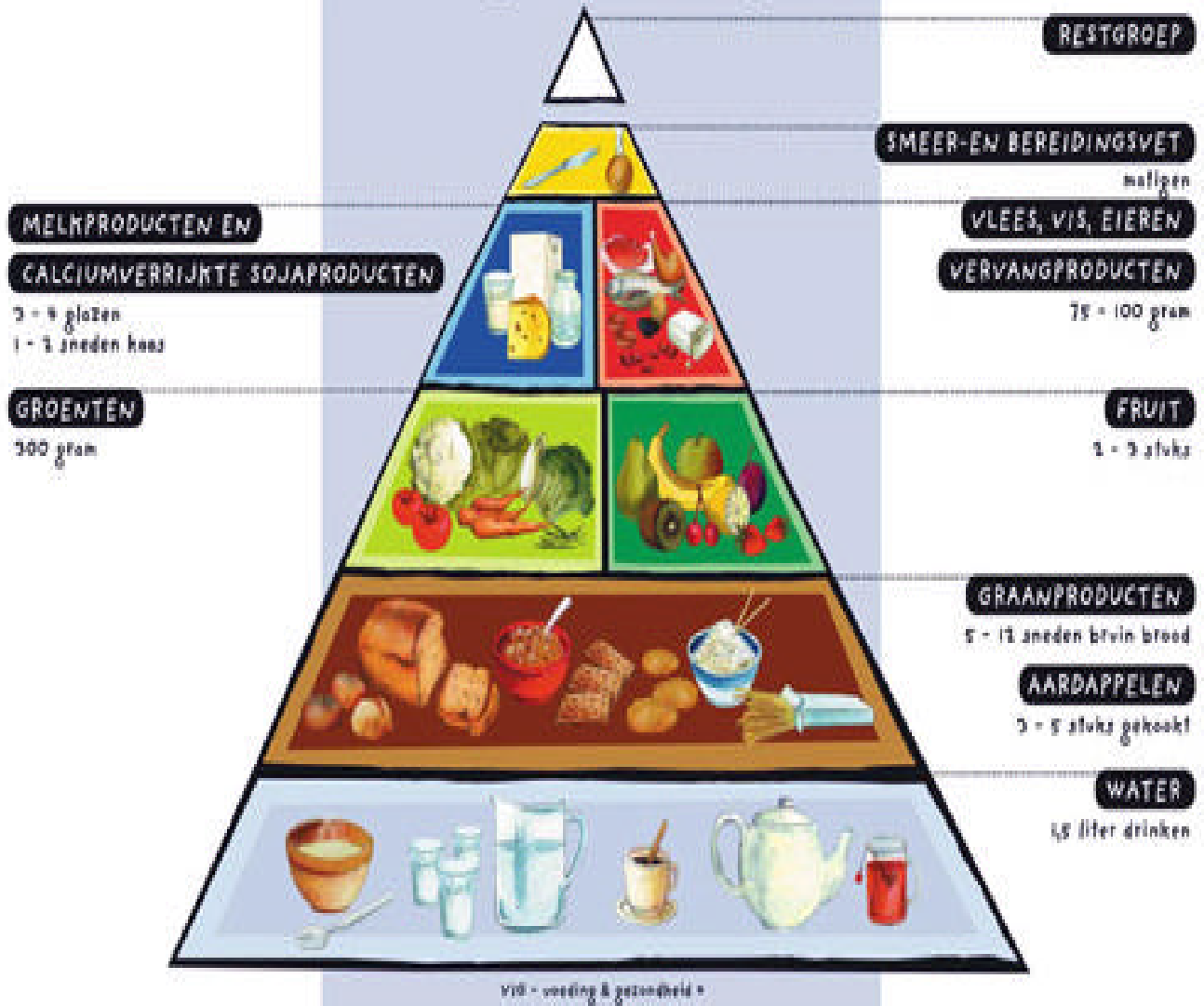
Bron: *Behandelingsstrategieën bij kinderen met overgewicht* (2001)

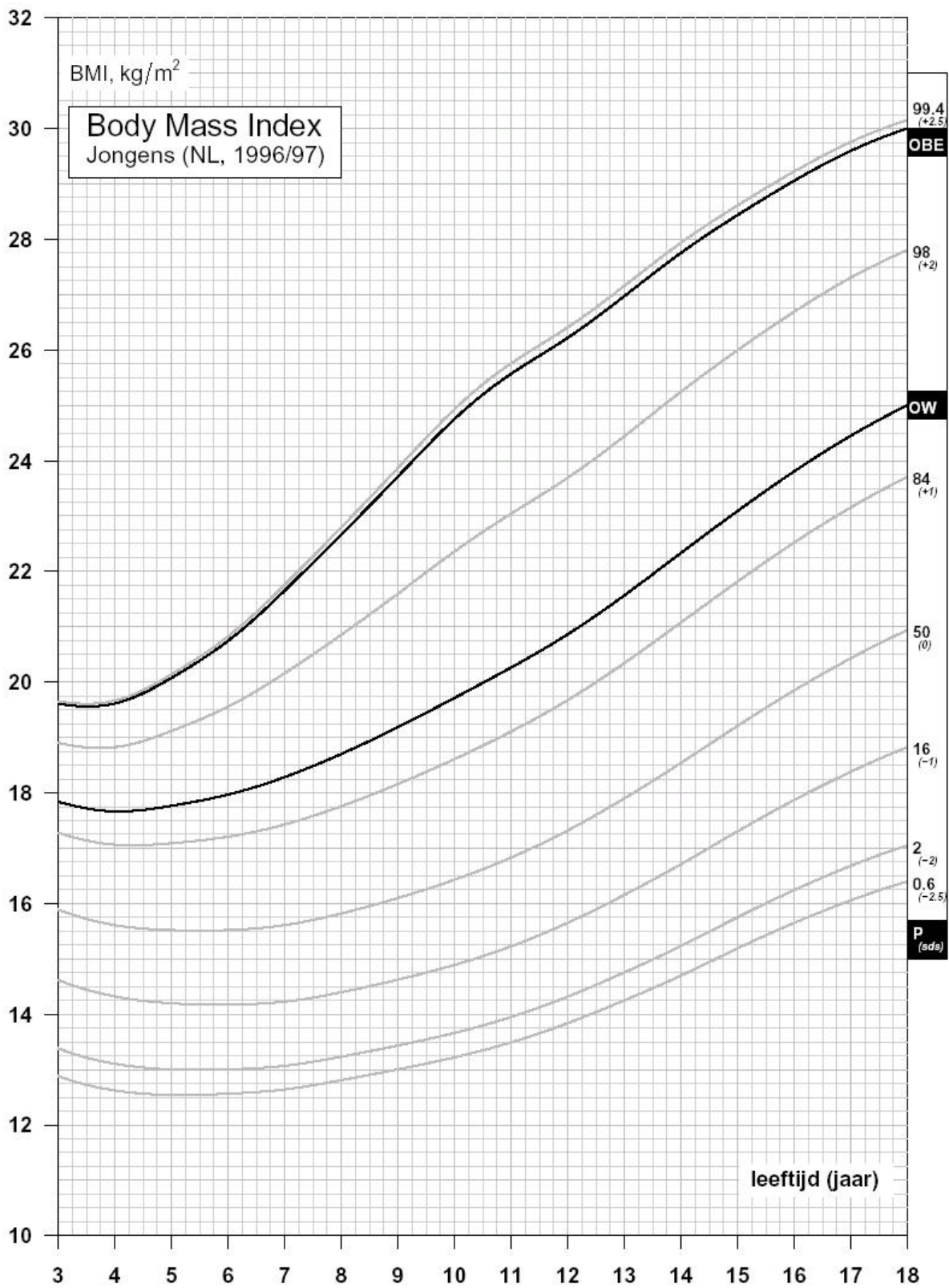
Tips voor een gezonde gewichtscontrole

- ?? Stel je maaltijd samen volgens de voedingsdriehoek.
- ?? Kies bij voorkeur magere producten in plaats van vette (vette vis mag wel).
- ?? Kies voor voedsel dat de eetlust verzadigt omdat het veel voedingsvezels bevat: rauwkost en fruit.
- ?? Eet langzaam.
- ?? Eet op regelmatige tijdstippen.
- ?? Sla het ontbijt niet over.
- ?? Zorg voor een ontspannen en prettige sfeer aan tafel, vermijd alleen te eten.
- ?? Drink veel water: zeker 1,5 liter per dag:
 - het voert de afvalstoffen goed af
 - het drinken van een glas geeft een gevuld gevoel.
- ?? Doe aan sport (30 minuten per dag).
- ?? Controleer je gewicht 1 maal per week telkens op hetzelfde ogenblik en in dezelfde omstandigheden.

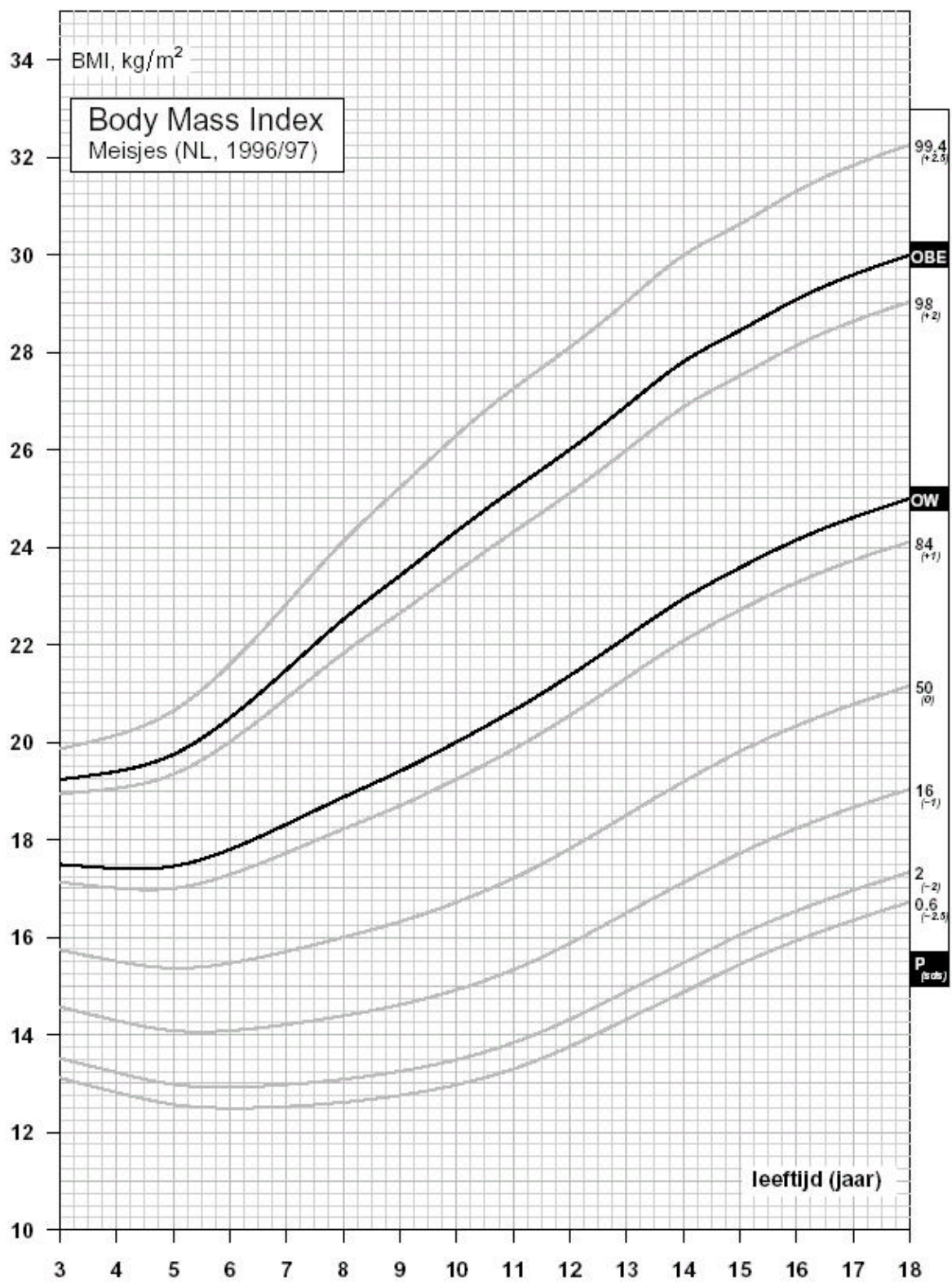
DE VOEDINGSDRIEHOEK

voor een dagelijkse evenwichtige keuze





Fredriks et al., Arch Dis Child, 2000
grafiek - Jeugdgezondheidszorg KULeuven



Fredriks et al., Arch Dis Child, 2000
grafiek - Jeugdgezondheidszorg KULeuven

Interessante literatuur

Eetstoornissen

Eetstoornissen - over anorexia en boulimia nervosa. Walter Vandereycken.

Inmerc, Krommenie. ISBN 90-6611-263-8.

Beknopte beschrijving van eetstoornissen, verhelderend voor iedereen die een (beginnende) eetstoornis heeft of hierbij in zijn naaste omgeving betrokken is.

Anorexia nervosa overwinnen. Johan Vanderlinden.

Lannoo, Tielt. ISBN 90-209-3980-7

Boulimia nervosa overwinnen. Johan Vanderlinden.

Lannoo, Tielt. ISBN 90-209-4324-3

Twee erg praktische zelfhulpboeken voor wie de problematiek bij zichzelf (h)erkent.

Slank, slanker, slankst. Jaap Spaans.

Boom, Amsterdam. ISBN 90-5352-341.

Een zelfhulpboek, voor als je anorexia nervosa hebt of daar veel mee bezig bent in gedachten.

Ik eet als niemand het weet. Jaap Spaans.

Boom, Amsterdam. ISBN 90-5352-458-4.

Een zelfhulpboek voor als je boulimia nervosa hebt, of daar veel mee bezig bent in gedachten.

Beetje bij beetje beter. Ulrike Schmidt.

SWP, Utrecht. ISBN 90-6665-233-0.

Een zelfhulpboek voor mensen met boulimia nervosa of eetbuistoornis.

Wat je moet weten over eetstoornissen. Rhoda Nootridge.

Ars Scribendi, Harmelen. ISBN 90-5495-174-5.

Eenvoudig, informatief boekje over eetstoornissen., geschikt voor lager onderwijsniveau.

Jeugd en eetstoornissen, voorlichtingsmap voor het basis en secundair onderwijs, ontwikkeld door Runi Borresen Gresko en Anna Karlsen, en vertaald door Ite van Til en Greta Noordenbos et al, uitgegeven door de vrienden van de Anorexia Nervosa Stichting te Arnhem, ISBN 90-9008686-2

Obesitas/overgewicht

Braet, C. (1995). *Dikke kinderen: praktijkboek voor deskundigen.* Leuven/Amersfoort: Acco.

Braet, C., & Van Leeuwen, K. (1995). *Mijn plan. Werkboekje voor dikke kinderen.* Leuven. Acco.

Braet, C., & Van Winckel, M. (2000). *Anders eten en bewegen: handleiding voor ouders van dikke kinderen.* Leuven/Heusden: Acco.

Braet, C., & Van Winckel, A.J.M. (2001). *Behandelingsstrategieën bij kinderen met overgewicht.* Houtem/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Dakman, I. (1995). *Dik, dikker, dikst.* Rijswijk: Uitgeverij Elmar B.V.

Moyson, N., & Roothoof, E. (2002). *Van eetlast naar eetlust. Eetproblemen van babyleeftijd tot volwassenheid.* Leuven/Leusden: Acco.

Nuttige adressen

Eetstoornissen

Vereniging Anorexia Nervosa & Boulimia Nervosa

F. Schoevaersstraat 24, 1910 Kampenhout

Tel 0486.188056, Website <http://welcome.to/an-bn>.

Ouders kunnen contact nemen met een 'ervaringsdeskundige' ouder; ook adressen van deskundige hulpverleners verkrijgbaar.

www.eetstoornissen.be : Een website met veel info over preventie en behandeling en een luik voor ouders; via deze website ook adressen van deskundige hulpverleners verkrijgbaar.

Obesitas/overgewicht

Anobese

p/a Drie Gezustersstraat 19 3800 Sint –Truiden Tel 011/671637

Nutricare

Beerveldedorp 11, 9080 Beervelde Tel 09/3567994.

Verkrijgbaar: lijst van diëtisten die zijn bijgeschoold in kindvriendelijke begeleiding.

VIG (Vlaams instituut voor gezondheidspromotie) -Dienst voeding en gezondheid

G.Schildknechtstraat 9, 1020 Brussel; tel 02/4224949; website: <http://www.vig.be>

Jongerenfoon – Kindertelefoon

Kinderen en jongeren kunnen hun verhaal kwijt, vragen stellen en problemen bespreken bij de vrijwilligers van deze jongerenfoon: 078.151413 (tussen 16 en 20 uur)

<http://www.kjt.org>

<http://www.kinderenjongerentelefoon.be>

brievenbus@kjt.org

brievenbus@kinderenjongerentelefoon.be

Dit draaiboek kwam tot stand dankzij :

De steun van het ministerie van Welzijn, Gezondheid, Gelijke Kansen, en
Ontwikkelingssamenwerking

Het redactiewerk van Dr. Stuyven (VWVJ), Prof. Vandereycken, en A. Vandeputte

De actieve medewerking van de stuurgroep eet- en gewichtsproblemen in het CLB met
Prof Braet (RUG), Prof Hoppenbrouwers (KUL), Prof Vandereycken (KUL), Dr.
Lakiere (administratie volksgezondheid), vertegenwoordiging van de CLB koepels
(Edgard Cocquet, Dr.Ria Vandenbroeck, Bernadette Paerewijck), vertegenwoordiging
van de CLB's (Dr. Cogghe, Dr. De Schampeleire, Dr. Verkinderen, Dr. Van Hoeck,
Lieve De Brabander, Dr. Devos, Dr. Christiaens, Dr; Vermeire) en An Vandeputte

En de vele CLBers die ons feedback gaven bij een eerste lektuur van het draaiboek.

Maart 2004