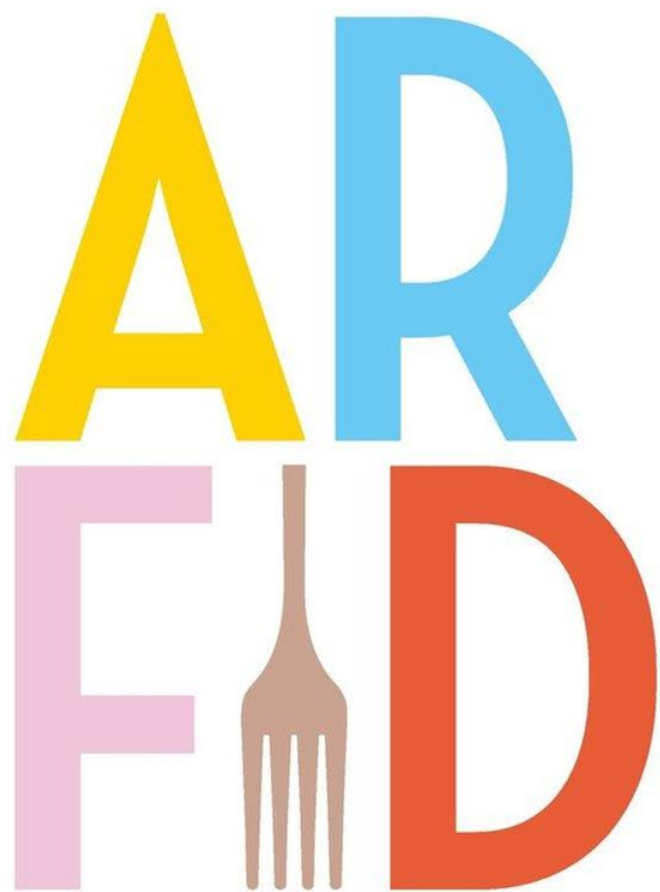




BIJ KINDEREN, JONGEREN EN VOLWASSENEN
DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

We laten ons horen voor ARFID!
Toepassen van CGT bij alle profielen
van
Avoidant/Restrictive Food Intake
Disorder

Sandra Mulkens
Renate Neimeijer
Eric Dumont
Diana Kroes

Disclosure/belangen spreker

Wel belangenverstrengeling

Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties

- Sponsoring of onderzoeksgeld²
- Honorarium of andere (financiële) vergoeding³

Bedrijfsnamen

- Sandra Mulkens kreeg een subsidie van Stichting tot Steun waarmee ze onderzoek doet naar CGT bij volwassenen
- Alle sprekers ontvangen royalties van het boek "ARFID bij kinderen, jongeren en volwassenen; Diagnostiek en behandeling"

ARFID

BIJ KINDEREN, JONGEREN EN VOLWASSENEN
DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

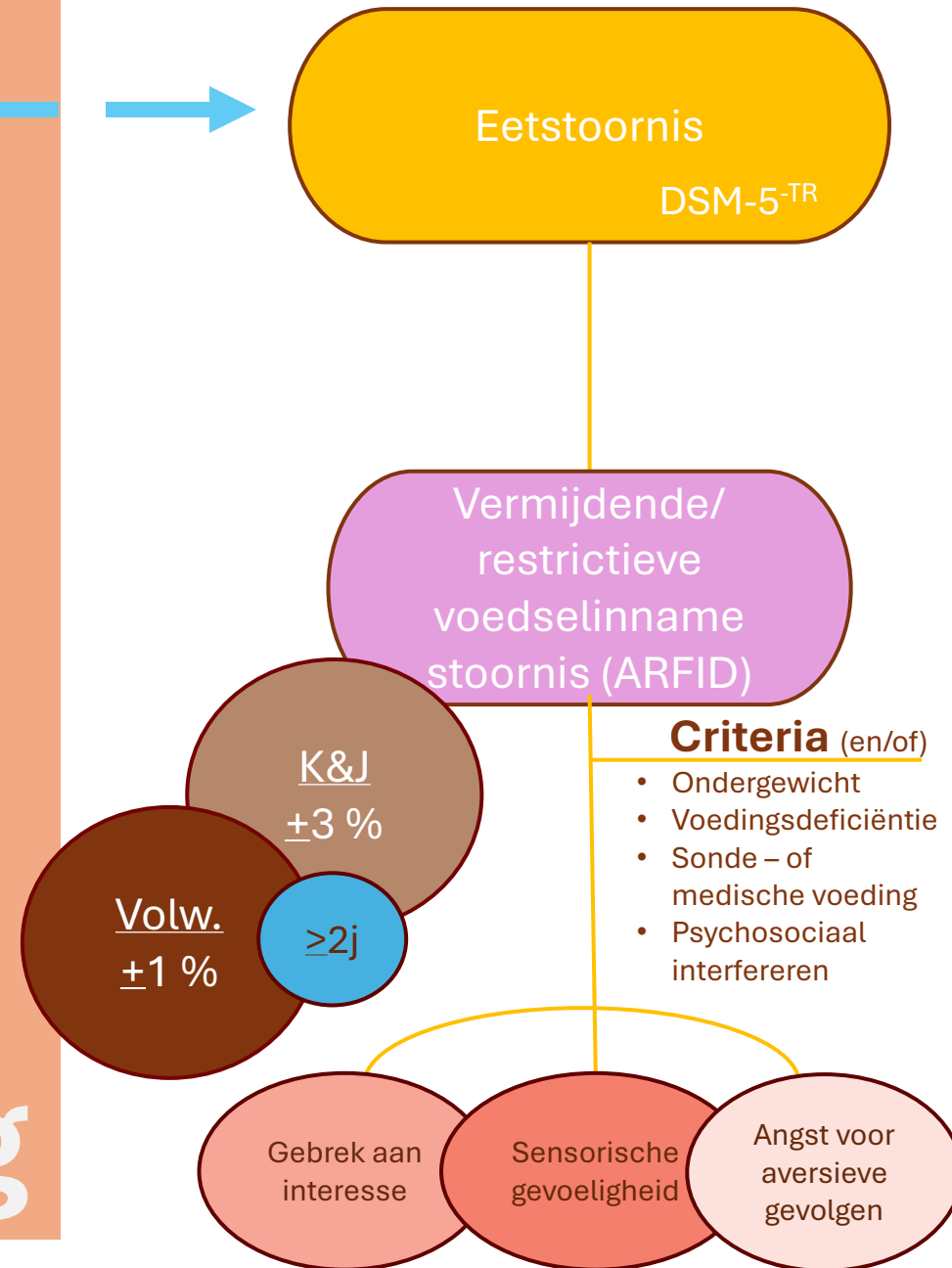
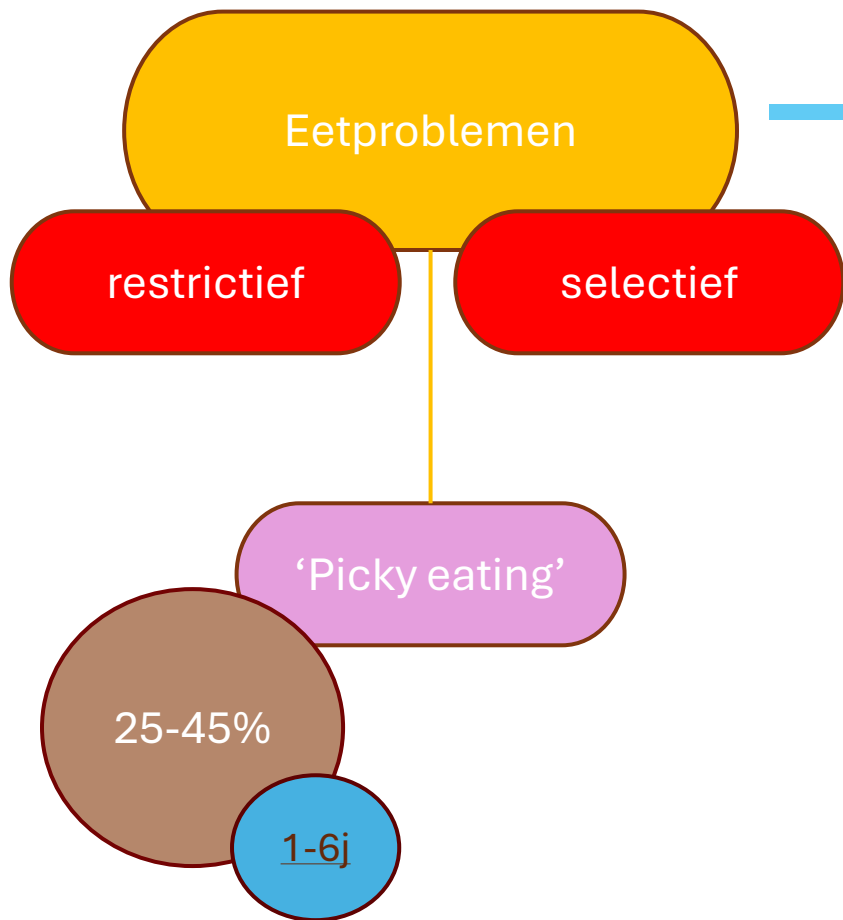
AGENDA

1. Inleiding: wat is ARFID? wetenschappelijke inzichten
1. Diagnostiek
1. Behandeling met CGT: algemene uitgangspunten
2. Exposure: uitleg en aandacht voor toepassing bij doelgroepen en leeftijden
3. Exposure: rollenspel adolescent
4. Exposure: deelnemers oefenen
5. Gedragsexperiment: uitleg en aandacht voor toepassing doelgroepen/leeftijd
6. Gedragsexperiment: rollenspel volwassene
7. Gedragsexperiment: deelnemers laten oefenen
8. Valkuilen/comorbiditeit
9. Vragen?

WELK VLEES HEBBEN WE IN DE KUIP?

- Wie is CGT, arts, diëtist, psycholoog, iets anders?
- Wie werkt met heel jonge kinderen (tot 8)
- Wie werkt met pubers?
- Jongvolwassenen/volwassenen ?
- Heb je al eens met ARFID gewerkt?







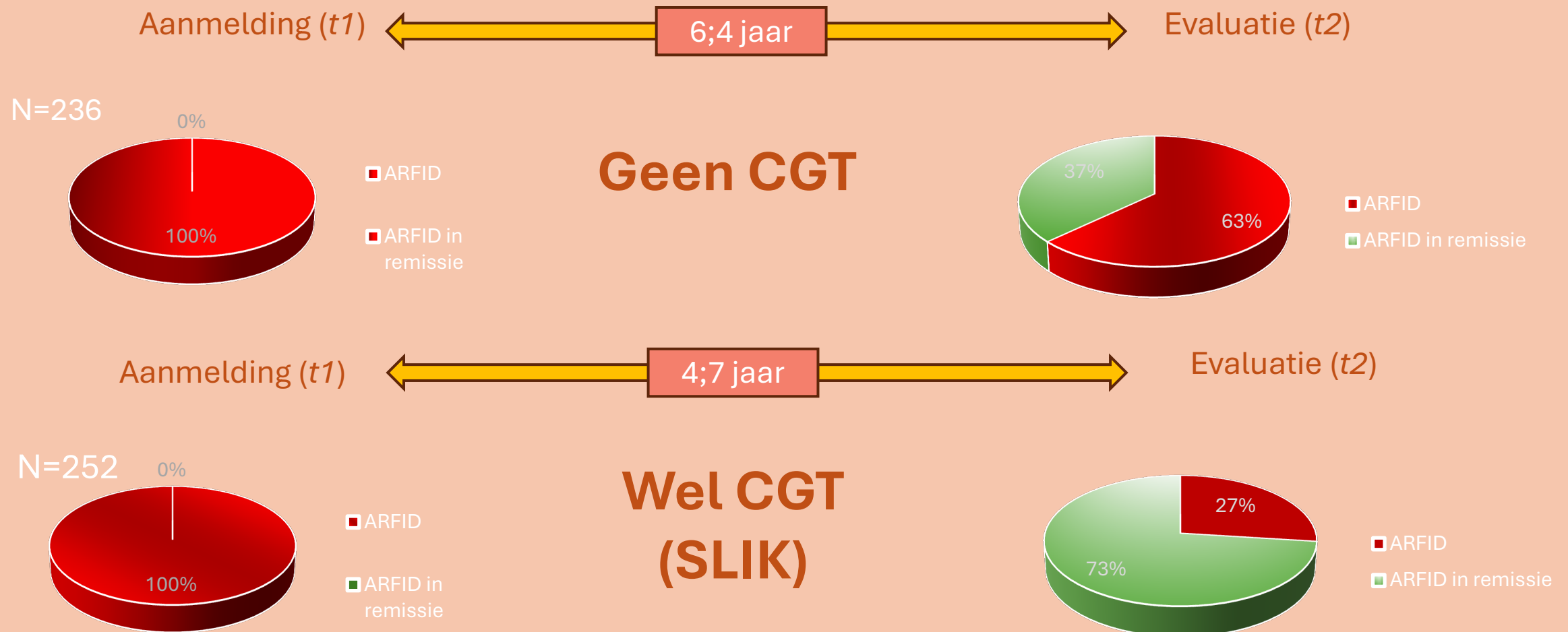
BIJ KINDEREN, JONGEREN EN VOLWASSENEN

**WETENSCHAPPELIJKE
INZICHTEN**

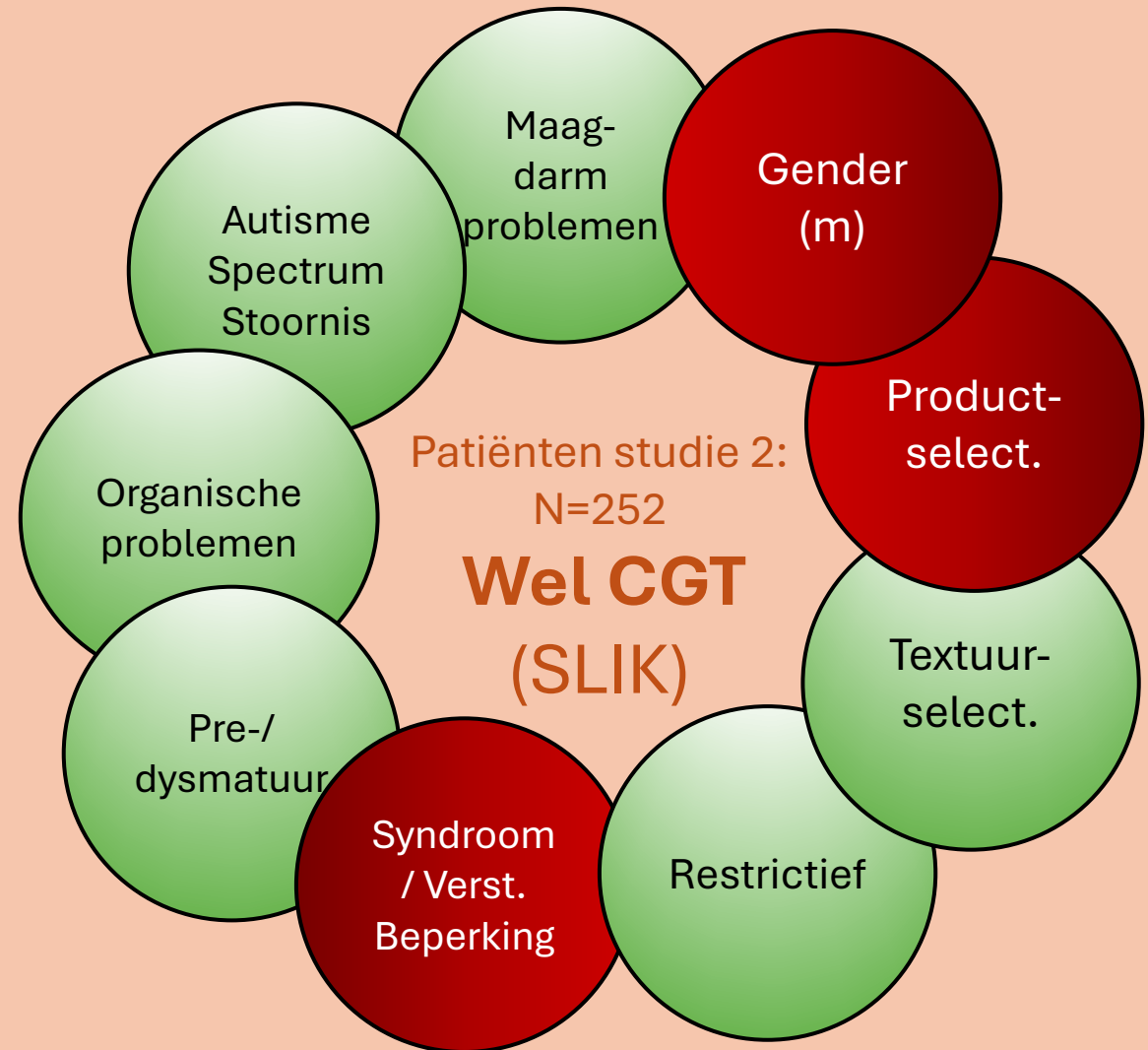
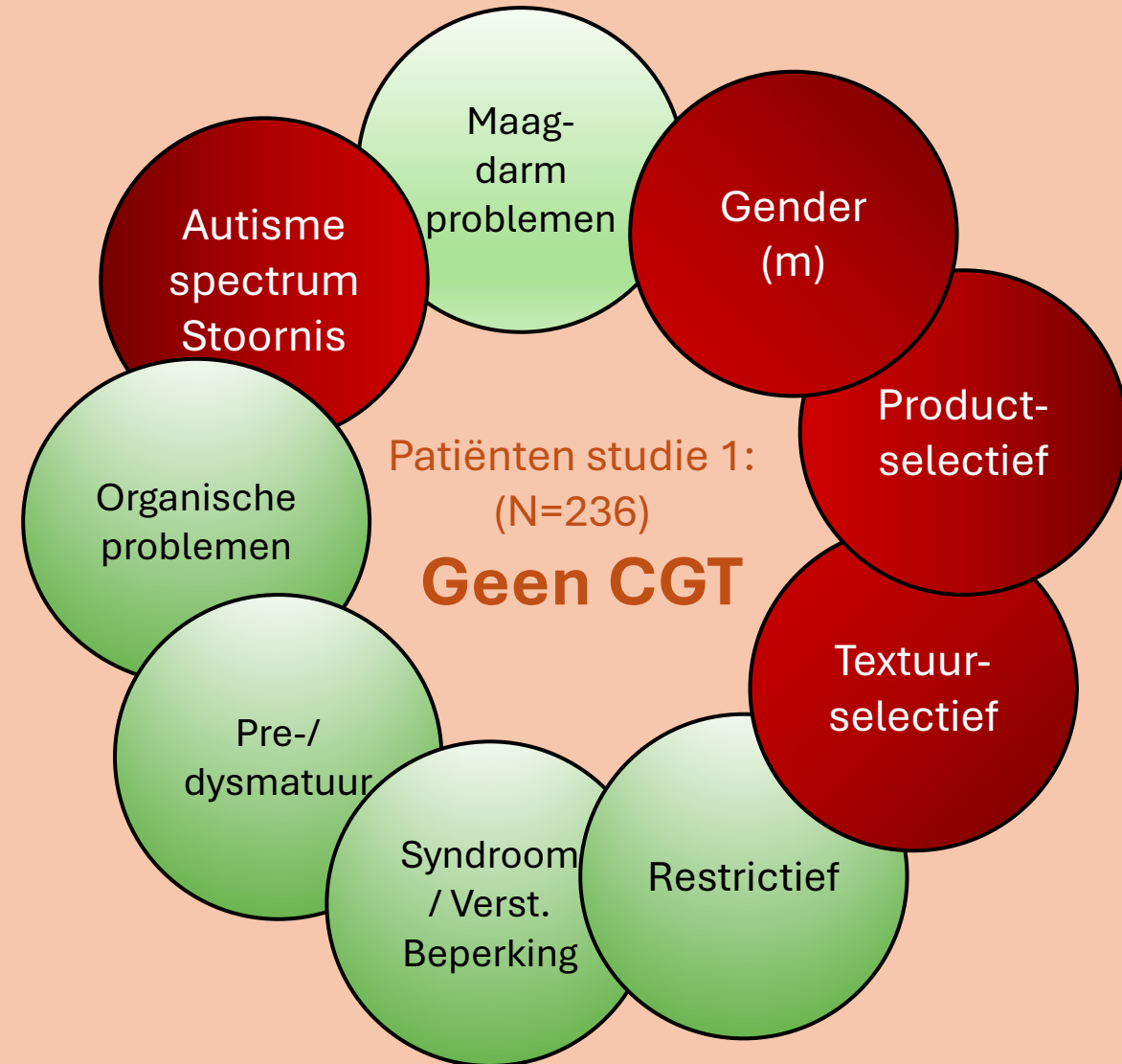
SANDRA MULKENS - RENATE NEIMEIJER - ERIC DUMONT - DIANA KROES

**Behandelen,
wel/niet?**
*Wie wel...wie
niet?*

Leeftijd-adequaat eetpatroon; ARFID in remissie?



Voorspellers voor slechter herstel op t_2





BIJ KINDEREN, JONGEREN EN VOLWASSENEN

**WETENSCHAPPELIJKE
INZICHTEN**

SANDRA MULKENS - RENATE NEIMEIJER - ERIC DUMONT - DIANA KROES

EMDR bij kinderen met ARFID

Impact en haalbaarheid

Problematisch
Eetgedrag

Voedingsintake

Post-
traumatische
stress
symptomen

Gedrags- en
emotionele
problemen


EMDR *N=3*
Herhaalde metingen

+ ↓

+ ↑

+ ↓

+ / -


SLIK + EMDR *N=3*
Herhaalde metingen
SCED

+ ↓

++ ↑

+ ↓

+ / -

Resultaten



BIJ KINDEREN, JONGEREN EN VOLWASSENEN

**WETENSCHAPPELIJKE
INZICHTEN**

SANDRA MULKENS - RENATE NEIMEIJER - ERIC DUMONT - DIANA KROES

CGT bij syndromale aandoeningen



Geen significante verschillen in klinische kenmerken en bijkomende problemen tussen beide groepen voor behandeling



Beide groepen verbeterden nagenoeg even goed op ARFID-kenmerken *na* behandeling



Klein verschil in gemiddelde behandelduur en sondevoedingsafhankelijkheid ten nadele van de *NS related RASopathy* groep



Resultaten



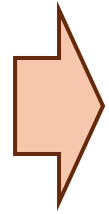
BIJ KINDEREN, JONGEREN EN VOLWASSENEN

**WETENSCHAPPELIJKE
INZICHTEN**

SANDRA MULKENS - RENATE NEIMEIJER - ERIC DUMONT - DIANA KROES

CGT bij ADOLESCENTEN

Op basis van inhibitoire
leermodel



Bij 10 van de 11 deelnemers was de ARFID in remissie



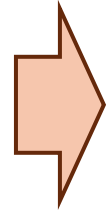
Leeftijd adequaat eetpatroon met voldoende nutriënten inname



Gezond lichaamsgewicht



Afname van de selectiviteit



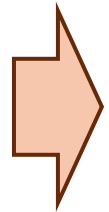
Verwachtingsdisconfirmatie en angstbeleving



Afname van irrationele verwachtingen gedurende behandeling

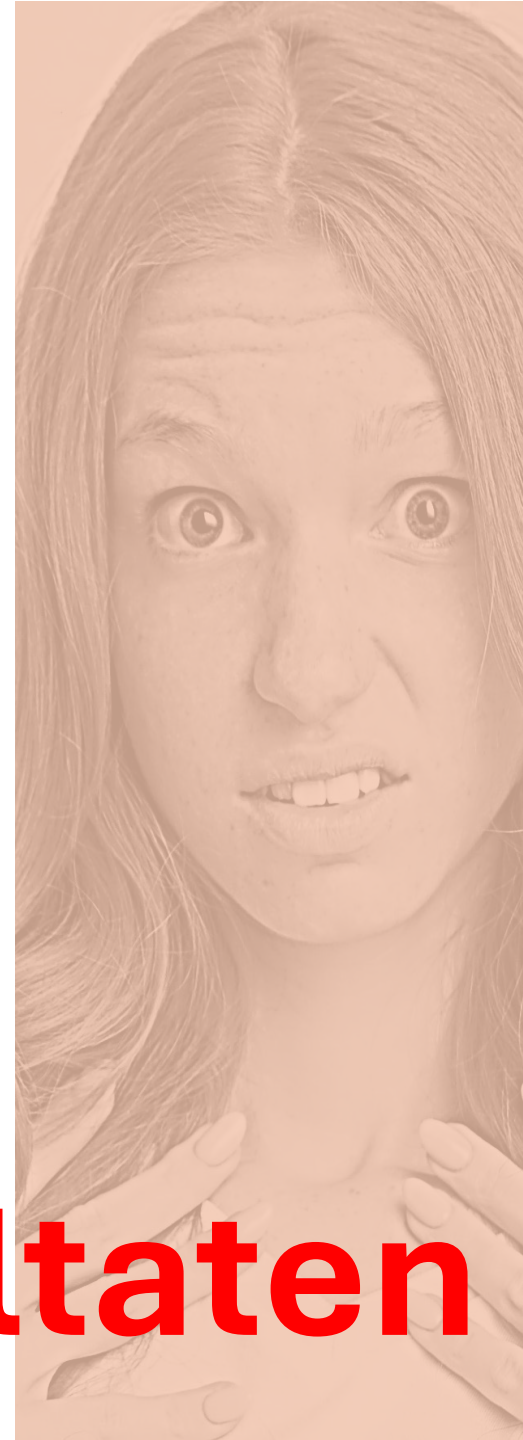


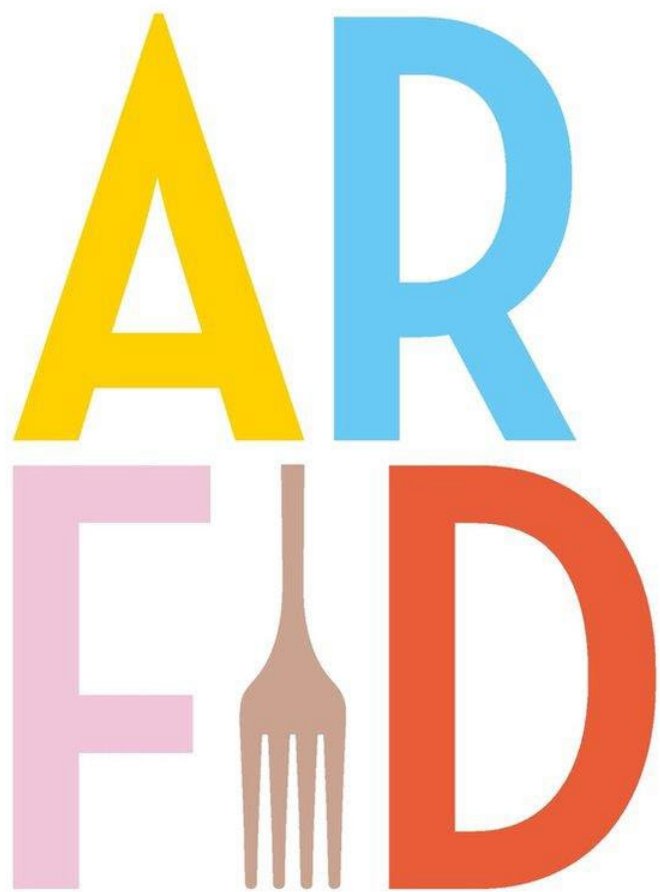
Afname van angst gedurende behandeling



Effect werd gezien bij alle ARFID profielen

Resultaten





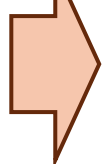
BIJ KINDEREN, JONGEREN EN VOLWASSENEN

**WETENSCHAPPELIJKE
INZICHTEN**

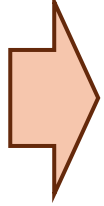
SANDRA MULKENS - RENATE NEIMEIJER - ERIC DUMONT - DIANA KROES

(Jong) VOLWASSENEN

**Op basis van inhibitoire
leermodel**



Nihil, exploratief



Thomas et al., 2021. N=15(14) CBT-AR

Positieve outcome: intake , variatie en lichaamsgewicht



MacDonald, Liebman & Trottier. (N=42). Verschillende vormen: ambulant, dagbehandeling en 24-uurs opname.

Positieve outcome : ervaren van minder beperking van de eetstoornis. Veel PTSD als comorbiditeit



Pilot (N=4), (Mulkens, Kroes en Dumont) CGT-JOVO Inhibitoire exposure.
2 weken dagbehandeling, 4 weken ambulant.

Positieve outcome: intake, variatie, angstafname en veranderde cognities.



Lopend onderzoek: PhD; Malou Masereel. Multicentered onderzoek:
Psy-Q, Novarum, Co-eur, Youz, Emergis en MUMC

Resultaten



Bijkomende
problemen zijn
geen belemmering!

EMDR alleen
of als
aanvulling
helpt !

Bij ARFID?
Behandelen!

CGT-bij kind,
jeugd en
volwassenen
is effectief

Inhibitoire exposure
bij ARFID
veelbelovend!

Algemene conclusie



BIJ KINDEREN, JONGEREN EN VOLWASSENEN

SANDRA MULKENS - RENATE NEIMEIJER - ERIC DUMONT - DIANA KROES

Diagnostiek

van ARFID



QUIZ - STELLINGEN

1) Bij ARFID is er sprake van ondergewicht



QUIZ - STELLINGEN

2) Een van de oorzaken/kenmerken van ARFID is een verstoord lichaamsbeeld



QUIZ - STELLINGEN

3) ARFID komt alleen voor bij kinderen

SCREENING & DIAGNOSTISCHE INSTRUMENTEN

■ Screeners-self report (vertaald in NL):

- NIAS - Nine Item ARFID Screen; *Zickgraf & Ellis*
- EDY-Q - Eating Disorders in Youth Questionnaire; *van Dijk et al.*
- PARDI-AR-Q - PARDI-ARFID-Questionnaire; *Bryant-Waugh et al.*
- SAS - Short ARFID Screen; zelf/ouder/clinician

■ Diagnostisch Interview (vertaald in NL):

- PARDI - Pica, ARFID and Rumination Disorder Interview

REVIEW



Assessment of avoidant restrictive food intake disorder, pica and rumination disorder: interview and questionnaire measures

Lisa Dinkler^a and Rachel Bryant-Waugh^{b,c}

Purpose of review

This article reviews available assessment instruments for three of the feeding and eating disorder diagnostic categories: avoidant restrictive food intake disorder (ARFID), pica, and rumination disorder (RD). It includes an overview of the current status of screening tools, questionnaire measures, and diagnostic instruments.

Recent findings

Screening instruments are available for all three disorders; however, for pica and RD, these typically include single screening items only and do not cover any specific features of these presentations. Only one questionnaire suitable for clinical populations is included, covering ARFID only. Standardized diagnostic interviews are limited to two covering both pica and RD, only one of which provides further clinical information. Of the five diagnostic instruments for ARFID described here, two include diagnostic items as well as allowing more detailed assessment of clinical features.

Summary

There are a limited number of assessment measures available for all three disorders, with instruments for ARFID being the greatest in number and widest in terms of scope. A commonly encountered difficulty is that many assessment instruments do not adequately cover diagnostic exclusion criteria, which raises the likelihood of false positive findings. All currently available measures require further study to determine their reliability and validity.

Keywords

assessment, avoidant restrictive food intake disorder, pica, rumination disorder, screening

Geef bij elke uitspraak aan in hoeverre deze op jou van toepassing is.

0 = helemaal mee oneens

1 = mee oneens

2 = een beetje oneens

3 = een beetje mee eens

4 = mee eens

5 = helemaal mee eens

1.	Ik ben een kieskeurige eter	0	1	2	3	4	5
2.	Ik vind de meeste voedingsmiddelen die andere mensen wél eten, niet lekker	0	1	2	3	4	5
3.	De lijst met etenswaren die ik lekker vind en zal eten is korter dan de lijst met etenswaren die ik niet eet	0	1	2	3	4	5
4.	Ik ben niet erg geïnteresseerd in eten; het lijkt wel alsof ik een kleinere eetlust heb dan andere mensen	0	1	2	3	4	5
5.	Ik moet mezelf dwingen om regelmatig te eten door de dag heen, of om voldoende te eten tijdens de maaltijden	0	1	2	3	4	5
6.	Zelfs als ik voedsel eet dat ik echt lekker vind, vind ik het moeilijk om er voldoende van te eten tijdens de maaltijd	0	1	2	3	4	5
7.	Ik vermijd eten of stel eten uit omdat ik bang ben voor een onaangenaam gevoel in mijn maag of darmen, of om te stikken, of om over te geven	0	1	2	3	4	5
8.	Ik beperk mezelf tot bepaalde voedingsmiddelen omdat ik bang ben dat andere voedingsmiddelen een vervelend gevoel in mijn maag of darmen zullen veroorzaken, of dat ik zal stikken of overgeven	0	1	2	3	4	5
9.	Ik eet kleine porties omdat ik bang ben voor een vervelend gevoel in mijn maag of darmen, of om te stikken, of om over te geven	0	1	2	3	4	5

¹ Zickgraf & Ellis, 2018. Nederlandse geautoriseerde vertaling: Mulkens, Kroes en Neimeijer, 2019.
Zickgraf, H.F. & Ellis, J.M. (2018). Initial validation of the Nine Item Avoidant/Restrictive Food Intake disorder screen (NIAS): A measure of three restrictive eating patterns. *Appetite*, 123, 32-42.

NL NIAS

(MULKENS, KROES & NEIMEIJER, 2019)

ZIE OOK AKWA GGZ
(DOWNLOAD)

EN VIA HET
LEDENDEEL VAN DE
NAE WEBSITE

SCREENERS

EDY-Q EATING DISORDERS IN YOUTH - QUESTIONNAIRE

Hilbert, A. & van Dyck, Z. (2016). Eating Disorders in Youth-Questionnaire. English version.

Nederlandse geautoriseerde vertaling: Mulkens, S. & Rooswinkel, M. (2020). Maastricht University

2 VERSIES: EDY-Q (ZELF) & P-EDY-Q (OUDER VERSIE)N)

14 items, gebaseerd op DSM-5 criteria

- 7-punt likert scale (0-6)
- 4 subschalen/ 1 totaalscore

Neemt niet alleen de profielen, maar ook de exclusiecriteria (andere eetstoornissen) in overweging

DIAGNOSTIEK

PARDI: PICA, ARFID, & RUMINATION DISORDER INTERVIEW

Ontwikkelaars/Auteurs:

- Rachel Bryant-Waugh
- Kamryn Eddy
- Nadia Micali
- Lucy Cooke
- Jennifer Thomas

Nederlandse, geautoriseerde vertaling:

- Renate Neimeijer, Rijksuniversiteit Groningen
- Sandra Mulkens, Universiteit Maastricht

- 4 versies, afhankelijk van de leeftijd van de patiënt
- 'Interviewer based', semigestructureerd interview (cf EDE)
- Onderzoekt diagnoses ARFID, pica en ruminatiestoornis vlg. DSM-5 criteria: ernstscores (0-6)
- Geeft inzicht in aanwezigheid van 3 profielen:
 - 1) 'sensorische gevoeligheid' (0-6)
 - 2) 'gebrek aan interesse in voeding of eten' (0-6)
 - 3) 'angst voor de aversieve gevolgen' (0-6)

PARDI-AR-Q is vragenlijst, hiervan afgeleid (NL vertaling: Mulkens & Neimeijer): 32 vragen

Gratis e-learning: WWW.ACCARE.NL/PARDI



Onderzoeken Kennisdomein Publicaties Opleidingen

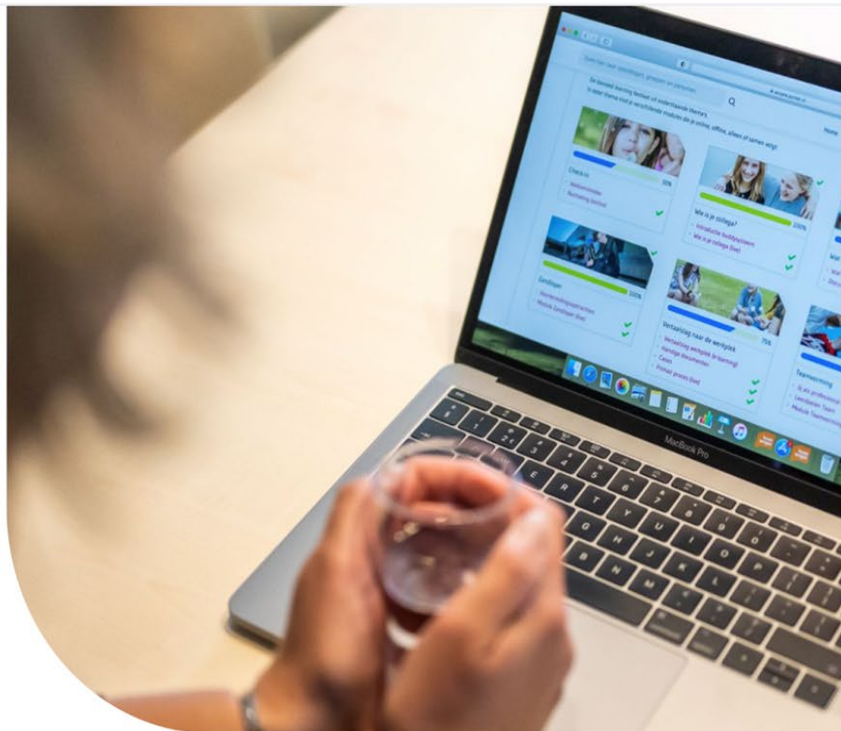
[Child Study Center](#) › [Kennisdomein](#) › E-learning PARDI

E-learning PARDI

Voor de diagnostiek van ARFID

De e-learning PARDI is bedoeld voor gedragswetenschappers die weleens werken met mensen met (een vermoeden van) ARFID (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder). In de e-learning leer je hoe je het 'Pica, Arfid, and Rumination Disorder Interview' (PARDI), het instrument dat je inzet voor de diagnostiek van ARFID, goed gebruikt.

Naar de e-learning (let op: je gaat een account aanmaken)



Deze e-learning is ontwikkeld door Accare en SeysCentra en tot stand gekomen met financiering van **K-EET**.



LANDELIJKE KETENAANPAK
EETSTOORNISSEN

Signalenkaart Eetstoornissen

voor de huisartsenpraktijk



Signalenkaart eetstoornissen voor de huisartsenpraktijk

Stichting
Kiem

Soorten eetstoornissen

De DSM-5 beschrijft onder andere:

Anorexia Nervosa: meestal ondergewicht, angst om aan te komen, verstoord lichaamsbeeld

Boulimia Nervosa: eetbuien en compensatiegedrag (purgeren/restrictief eten), verstoord lichaamsbeeld maar meestal wel een gezond gewicht

Eetbultstoornis: eetbuien zonder compensatiegedrag, mogelijk overgewicht

ARFID: restrictief en/of selectief eten; vanwege verlies van interesse, sensorische overgevoeligheid, angst voor gevolgen van eten; geen verstoord lichaamsbeeld; elk gewicht mogelijk

Andere gespecificeerde voedings- en eetstoornissen: symptomen van een eetstoornis zonder te voldoen aan alle diagnostische criteria

Signalen

Mogelijke signalen eetstoornis

- Angst om te eten
- Angst om aan te komen in gewicht
- Altijd bezig met lijnen, eten en calorieën
- Vertekend lichaamsbeeld
- Weinig zelfvertrouwen/laag zelfbeeld

Mogelijke signalen eetgedrag

- Eten weggooien, minder eten of eetbuien
- Liegen over eten en wat gegeten is
- Braken, laxeren, maaltijden overslaan
- Regels en rituelen rondom eten en wegen
- Kcal tellen, lijnen, geen vette/zoete dingen willen eten
- Overdreven interesse in voeding
- Schuldgevoel als er te veel gegeten is
- Vreemde combinaties eten
- Treuzelen met eten of veel te snel eten
- Te veel drinken of te weinig drinken
- Niet met anderen/buitenshuis eten
- Selectief in soort, textuur, merk, geur, kleur...
- Geen honger of vergeten te eten

Mogelijke signalen bewegingsdrang

- Toename van sporten, inclusief wandelen
- Toename van gebruikelijke activiteiten (zoals huishouden doen)
- Niet kunnen stilzitten
- Schuldgevoel als er niet bewogen is
- Strikte regels bij het bewegen en hoeveel er bewogen moet worden

Risicofactoren

- Angstige aanleg
- Sterk prestatiegericht
- Diabetes mellitus
- Problemen in de gezinssituatie
- Taboe op uiten van gevoelens
- Focus op afvallen bij vrienden en/of familie
- Eetstoornissen en/of obesitas in de familie
- Sporten waarbij gewicht een rol speelt

Triggers

- (Seksueel) trauma
- Stressvolle gebeurtenis
- Pijn, misselijkheid, verslikincident (bij ARFID)
- Grote veranderingen (COVID, verandering school e.d.)

Signalen type mens

- Perfectionistisch
- (Faal)angst
- Gevoelig
- Competitief
- Controlefreak
- Pleaser
- Onzeker

Comorbiditeit

- Angst
- Somberheid/depressie
- Suicidegedachten
- Automutilatie
- Dwang
- Autismespectrumstoornis
- AD(H)D

Diagnostiek

- Patiënten melden zich met weinig specifieke klachten zoals psychologische klachten, obstipatie, uitblijven menstruatie, vermoeidheid, e.d.
- Vertrouwen en empathie bevorderen openheid patiënt; patiënt ervaart angst om eetstoornis los te laten
- Laag ziektebesef en inzicht: betrek familieleden en andere zorgprofessionals
- Diagnostiek bestaat uit twee stappen: anamnese (aard, ernst, beloop) en lichamelijk onderzoek (vaststellen mate ondervoeding, herkennen complicaties, uitsluiten andere oorzaken ondervoeding, ondergewicht of overgewicht)
- Aanvullend onderzoek is gericht op stellen diagnose eetstoornis, uitsluiten ander onderliggend lijden, inschatten ernst en mogelijke (metabole) complicaties
- Maak gebruik van de vragenlijst SCOFF
- Raadpleeg Zorgstandaard Eetstoornissen voor uitgebreide informatie rondom diagnostiek en zorg
- Bij ARFID testen op deficiënties & Fe, K, Zink

Anamnese

- Eetpatroon en braken
- Lichaamsbeeld van de patiënt zelf
- Gedachten over eten en gewicht
- Minimum- en maximumgewicht in de laatste jaren, gewichtsverloop in de laatste weken
- Obsessief bewegen of sporten/hyperactief
- Andere klachten, in het bijzonder betreffende de menstruatie
- Gebruik van medicijnen (met name medicijnen met een eetlust stimulerende of remmende werking), laxeremiddelen, psychofarmaca, diuretica, afslankpillen; supplementen
- Gebruik van alcohol en/of drugs
- Indien er sprake is van obesitas: gewicht op de kindertijd en hyperfagie

Lichamelijk onderzoek

Lengte, gewicht, bloeddruk en pols regelmatig meten. Bij braken letten op opgezette speekselklieren.



Deze kaart is tot stand gekomen met medewerking van K-EET, PsyQ en individuele experts. Voorstellen tot wijzigingen sturen naar info@stichtingkiem.nl

www.stichtingkiem.nl

Aanbevolen laboratoriumonderzoek

Bepaling	Ratio
leukocyten, HB, trombocyten	beenmergonderdrukking bij ondervoeding
Na, K, bicarbonaat, Cl	verstoord bij purgeren, laxeren, waterloading
ureum, creatinine	kunnen normaal/verhoogd zijn bij dehydratie
ASAT, ALAT	kunnen stijgen tot 2x de normaalwaarde bij ondervoeding
albumine	vaak hoognormaal bij eetstoornispatiënten
glucose	Hypoglykemieën

* Bij ARFID kan er sprake zijn van ernstige deficiënties van mineralen en vitaminen.

Triage en verwijzing

Alarmsymptomen: direct verwijzen

- Volledige vocht weigering
- > 5 dagen < 500 kcal/dg
- Aan bed gemeten lage bloedsuiker (< 3,2 mmol/l)
- Bradyfrenie, hartkloppingen, flauwvallen
- Trage pols < 40 slagen per minuut
- Gewichtsverlies > 1 kg per week of > 20% in 3 maanden

Binnen week verwijzen:

- Groei of rijping gestopt
- Elke dag braken of laxeren
- Gestopte menstruatie

Wat kunt u doen?

- Bouw vertrouwen, vraag of er sprake is van een eetstoornis
- Focus niet te veel op het eten, maar bespreek angst, onzekerheid, somberheid/stemming e.d.
- Versterk naasten gedurende wachtijd
- Zie de persoon, niet de eetstoornis

Doorverwijzing

- Zie [Eetstoornissen Netwerk](#) voor actueel aanbod en info
- Vermeld lengte, gewicht, hartslag en bloeddruk bij doorverwijzen
- Kind < 12 jaar: doorsturen naar kinderarts en GGZ Jeugd
- Raadpleeg intercollegiale advieslijn [K-EET](#)

Quote van ervaringsdeskundige: "Toen ik een eetstoornis had kwam ik vaak bij de huisarts met vage klachten: vermoeidheid, uitblijven van menstruatie, darmkolieken, bloedarmoede, psychische klachten. Ik durfde het zelf niet bespreekbaar te maken, maar wist diep van binnen dat mijn eetgedrag het probleem was. Helaas duurde het hierdoor nog jaren voordat ik zelf mijn huisarts durfde te benaderen met de vraag voor een doorverwijzing naar hulp voor eetstoornissen."

Stichting
Kiem

Tabel 2.1 Overzicht van screeningsinstrumenten en vragenlijsten over gestoord eetgedrag

instrument	aantal items	leeftijd/respondent	kenmerken/indicatie voor afname
<i>screeners ARFID</i>			
NIAS	9	< 12 jaar door ouder; vanaf 12 jaar door persoon zelf	korte screening; geeft inzicht in profielen, niet in algemene ARFID-klachten/ernst
PARDI-AR-Q	32	zelfversie (vanaf 14 jaar); ouderversie (over kind vanaf 4 jaar)	geeft zowel ARFID-ernstscore als score van profielen; te gebruiken als screener en voor behandelbeoordeling
SAS	7	drie versies: zorgverlener, zelf en ouder/verzorger; vanaf 2 jaar	korte screening op ARFID (algemene ernst, geen profielen)
EDY-Q	14	8–13 jaar; echter ook geschikt voor > 13 jaar (en volwassenen)	meet ARFID-kenmerken en kenmerken van andere soorten gestoord eetgedrag
<i>gerelateerde vragenlijsten gestoord eetgedrag</i>			
FNS en CFNS	10	zelf- en ouderversie	meet voedselneofobie
CEBQ	35	ouders	dient ter onderscheiding van variaties in eetgedrag (breder dan ARFID)
BPFAS	35	ouders	in kaart brengen van problematisch gedrag bij kinderen tijdens de maaltijden
STEP-child	15	ouders/verzorgers, leerkrachten/begeleiders	inventarisatie van frequentie en intensiteit van verstoord eetgedrag bij kinderen
Pedi-EAT	78	ouders	inventarisatie en beoordeling van eet- en drinkproblemen bij kinderen tussen 0;6 en 7 jaar
SOV	12	clanicus/interviewer	screent de mate van ingrijpendheid bij het voeden (sonde-oraalratio), de mate van variatie en textuur van de geaccepteerde voeding bij (in ontwikkeling gestoorde) kinderen

ARFID

**Screeningsinstrumenten/
vragenlijsten over verstoord eetgedrag**

→ **Zie ook het boek**

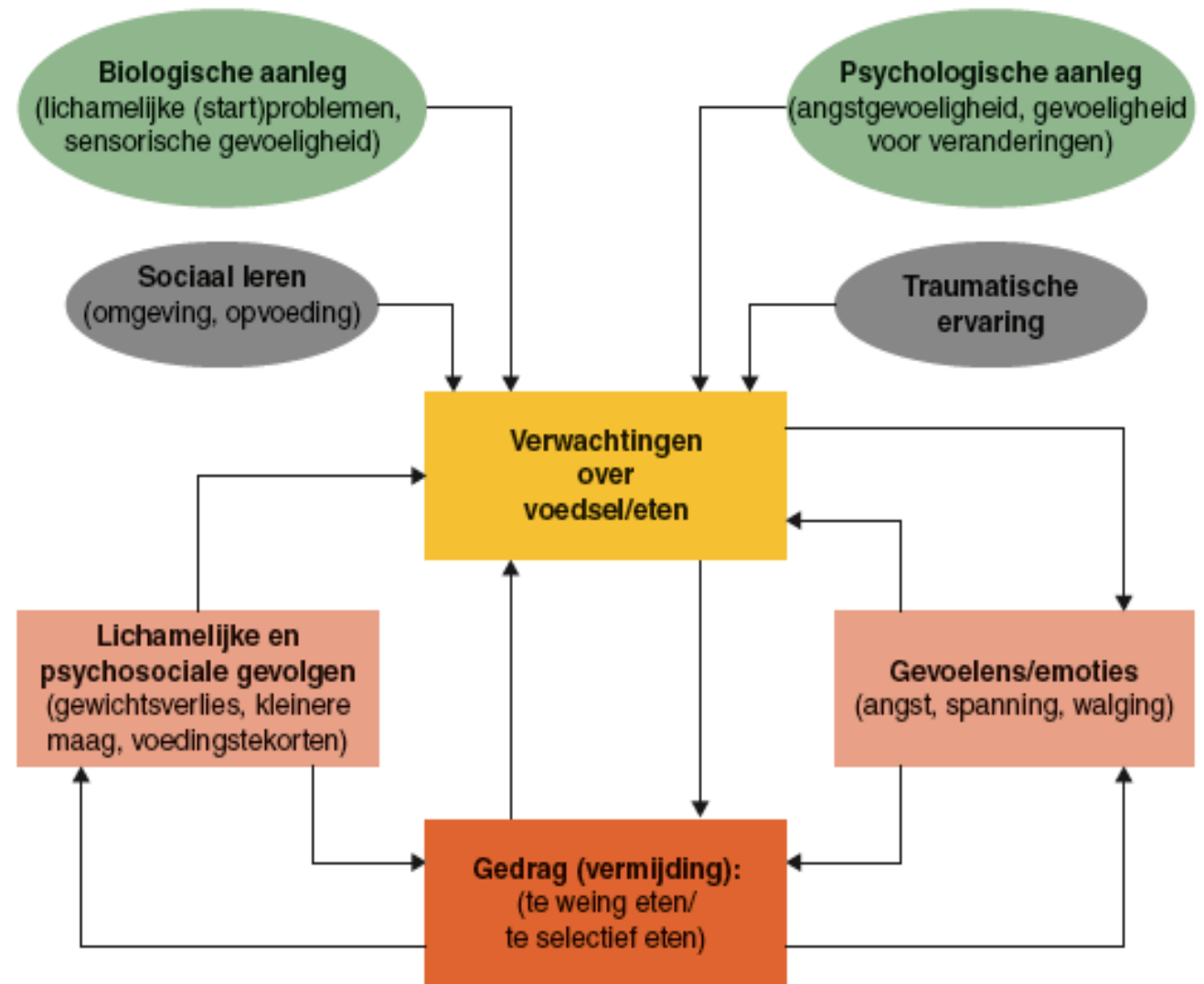


BIJ KINDEREN, JONGEREN EN VOLWASSENEN

Behandeling met CGT

Algemene uitgangspunten

Model ontstaan en instandhouding **ARFID**



▣ **Figuur 6.1** Model ter ondersteuning van de uitleg van de rationale

Model ontstaan en instandhouding ARFID

Verwachtingen staan centraal

3 profielen: voorbeelden:

- 1) Weinig interesse: “Ik kan zoveel niet eten”/ “ik krijg dat niet op”
- 1) Sensorische gevoeligheid: “ik kan die textuur niet verdragen”/ “Ik moet het uitspugen”
- 1) Zorgen over de aversieve gevolgen van eten: “Ik zal dit niet kunnen doorslikken”/ “Ik zal stikken”

Cognitieve gedragstherapie

Exposure
blootstelling

(Geleidelijke)
gewenning

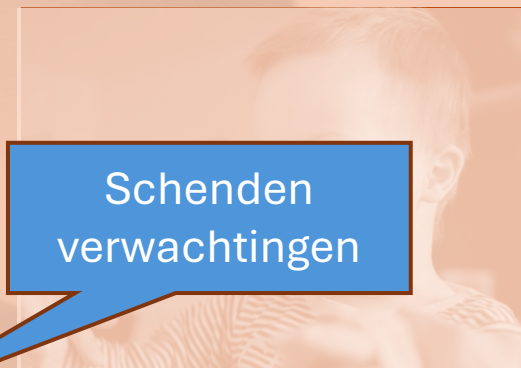
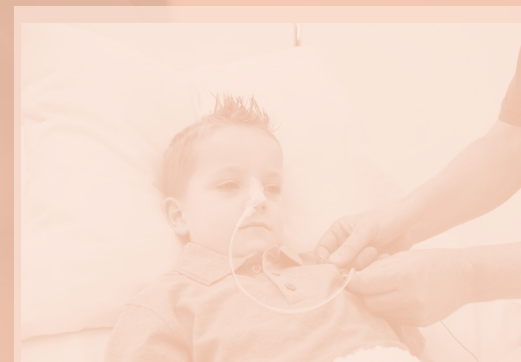
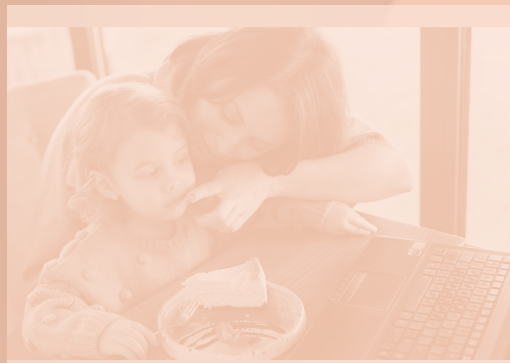
Habituëel leermodel

Schenden
verwachtingen

Inhibitoire leermodel

SLIK

CGT-ados





BIJ KINDEREN, JONGEREN EN VOLWASSENEN

EXPOSURE

**Uitleg en aandacht leeftijd &
doelgroepen**

SLIK

Programma

(Jonge) Kinderen

SLIK (Dumont et al., 2020)

1. Graduele exposure
2. Extinctie van negatief belonend verzet
3. Positieve/negatieve bekrachtiging

Gedragsverandering op basis van 5 stappen:

- acceptatie van vloeibare voeding naar vastere voeding
- acceptatie van kleine hoeveelheden voeding naar grotere, leeftijd adequate porties
 - acceptatie van voedings-instrument
 - acceptatie van variatie en temperatuur
- generalisatie van geaccepteerde voeding naar context en personen

SOS

Approach to feeding

Kinderen met sensorische
verwerkingsproblemen

Sensory Oral Sequence-approach to feeding (Toomey & Ross, 2011)

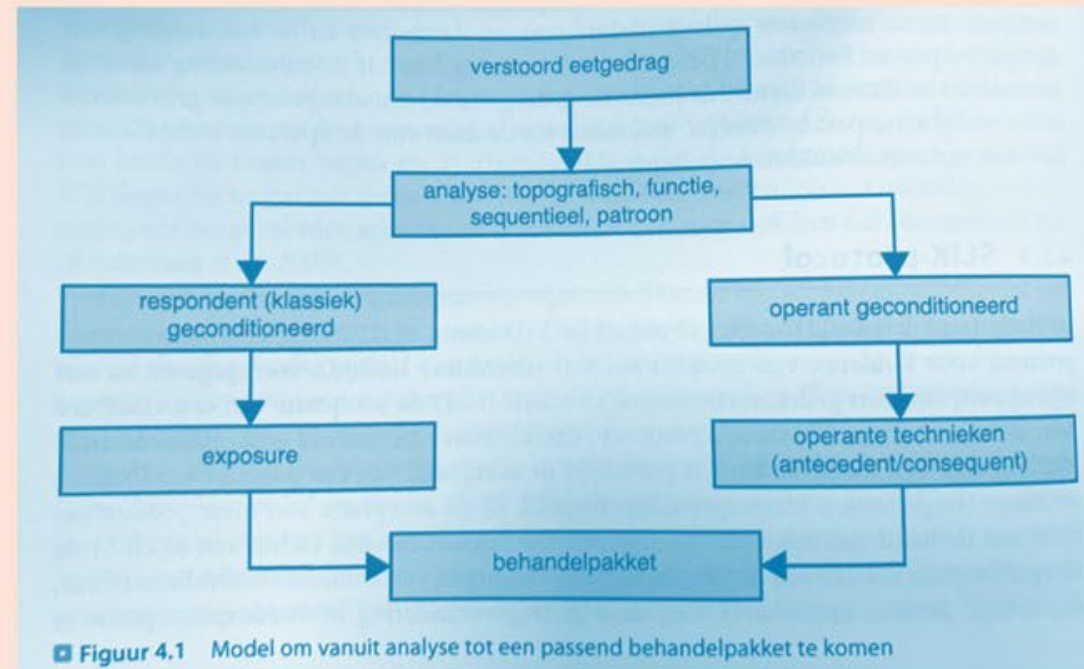
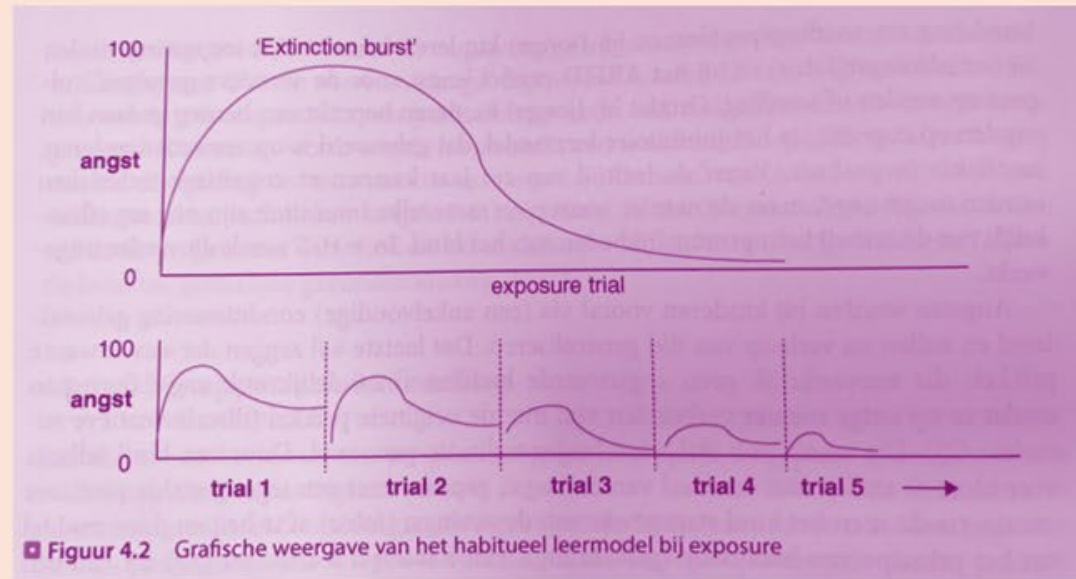
**Gedragsverandering bij sensorisch
gerelateerde eetproblemen op basis van
graduele blootstelling aan de
sensorische eetprikkel:**

- eerst andere sensorische modaliteiten
dan mond/keel zoals geur en tast
- via shaping richting doelgedrag

Graduele
exposure

&

behandelpakket



CGT-

BS

Basisschool kinderen 6-12 jaar

CGT voor Basisschool kinderen i.o.
(Kroes, Römer & Broekhuizen, 2024)

Exposure bij kinderen van 6-12 jaar

- Beginnende mogelijkheden tot cognitieve technieken, beginnende autonomie ontwikkeling
- Aanpassingen aan cognitieve en emotionele ontwikkeling
- Heterogene groep met/zonder bijkomende ontwikkelingsproblemen



- In kaart brengen van voedingspatroon en selectiviteit
- Opstellen van een weerstandhiërarchie
- Introductie van G-schema
- Formuleren van helpende gedachten en helpend gedrag



Exposure

Disconfirmatie

Afname angst

Verwachting

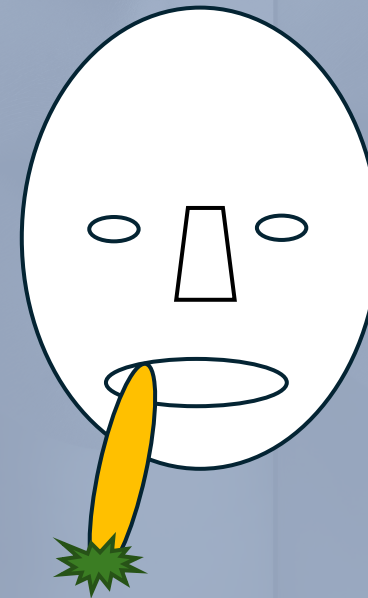
Als ik die
wortel moet
eten ga ik
braken

Exposure +
Mismatch

Braken blijft
uit

Nieuwe associatie

Als ik die
wortel eet
hoef ik niet te
braken



CGT- Ados & JoVo

Adolescenten en volwassenen

CGT voor Adolescenten met ARFID
(Dumont, Jansen, Kroes, de Haan & Mulkens, 2019)
CGT voor Jong Volwassenen i.o.
(Mulkens & Kroes, 2022)

**Gedragsverandering op basis van
inhibitoire exposure, *schenden van
verwachtingen.***

- Autonomieontwikkeling, wat is wiens verantwoordelijkheid
- Faseovergangsproblematiek
- Comorbiditeit
- Wie zijn de belangrijkste naasten

AR FID

BIJ KINDEREN, JONGEREN EN VOLWASSENEN
DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

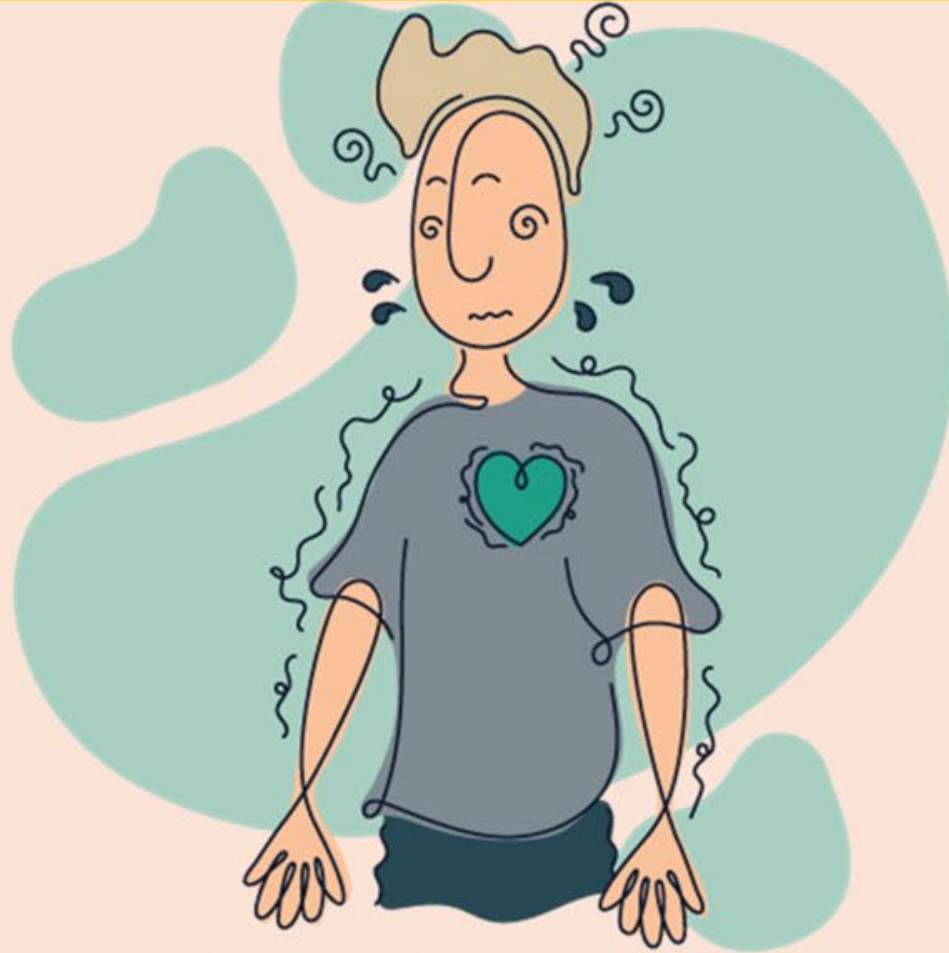
EXPOSURE

Rollenspel

DEMO exposure



Zelf aan de slag



EXPOSURE



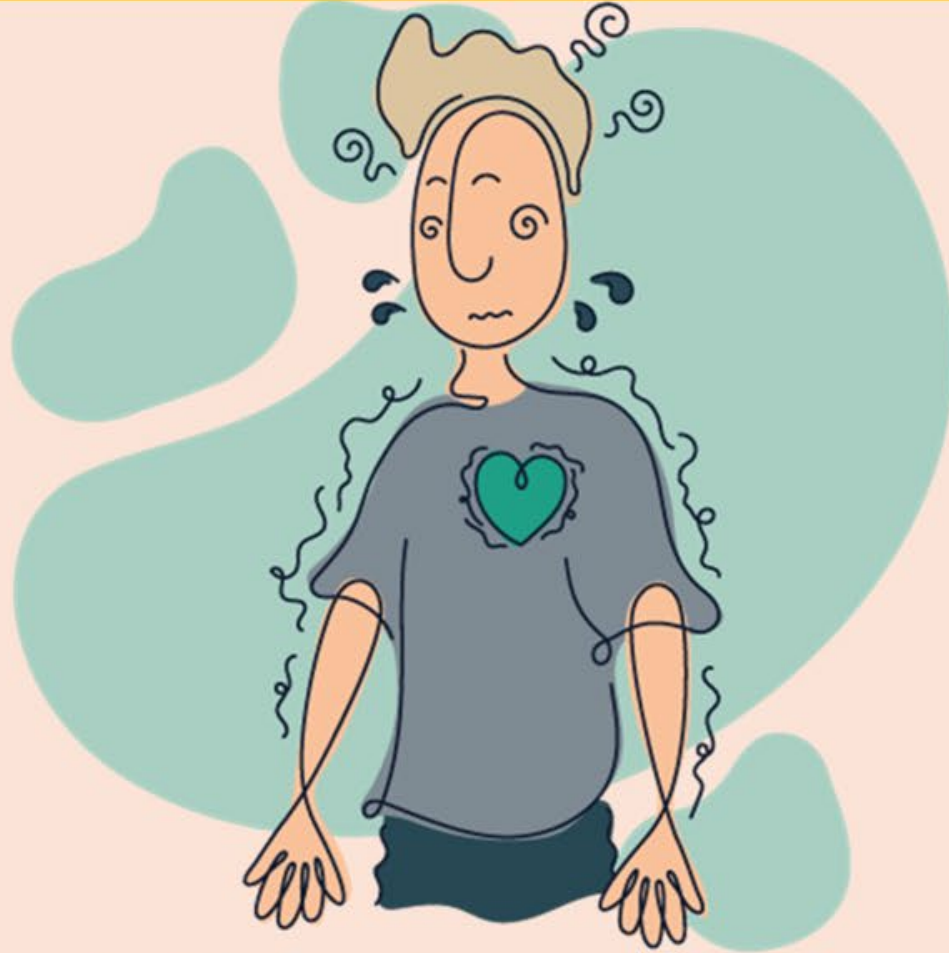
BIJ KINDEREN, JONGEREN EN VOLWASSENEN
DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

GEDRAGS- EXPERIMENT

DEMO Gedragsexperiment



Zelf aan de slag



GEDRAGSEXPERIMENT



BIJ KINDEREN, JONGEREN EN VOLWASSENEN
DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

SANDRA MULKENS - RENATE NEIMEIJER - ERIC DUMONT - DIANA KROES

Comorbiditeit & valkuilen

- **Gastro- Intestinale Problemen en ARFID (Vica Versa)**
- **Metabole ziekten: GSD, nierziekten**
- **Cystic fibrosis**

Somatische comorbiditeit

- Silver Russel syndroom
- Down Syndroom
- Noonan Syndroom en gerelateerde RASopathiën
- Velocardiofaciaal syndroom

Syndromale aandoeningen



- **Autisme spectrum stoornis**
- **Angststoornissen**
- **ADHD**
- **Stemmingsstoornissen**
- **Persoonlijkheidsstoornissen**

Psychiatrische comorbiditeit

VALKUILEN

Veiligheidsgedrag
aanhouden

Therapeutische dwaling

Primaire versus secundaire
eetproblemen

Kindermishandeling door
falsificatie



AR FID

BIJ KINDEREN, JONGEREN EN VOLWASSENEN
DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

SANDRA MULKENS - RENATE NEIMEIJER - ERIC DUMONT - DIANA KROES

