

Middels praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek draagt de onderzoeksafdeling van LUMC Curium (kinder- en jeugdpsychiatrie) bij aan het ontrafelen van complexiteit en het doorbreken van patronen. Om zo gezinnen met kinderen met gestapelde en ernstige problematiek te ondersteunen.

Wij staan voor:



Systemisch



Innovatief & praktijkgericht



Co-creatie



Toekomstbestendig



Levend verbeteren



Kwalitatieve en kwantitatieve methoden

*Benieuwd naar de projecten? Kijk op onze website.* [O](#)

We innoveren de wijze van diagnostiek en behandeling van gezinnen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Door het onderzoeken van de ervaringen van kinderen, ouders en behandelaars en het ontwikkelen/toepassen van nieuwe inzichten en werkwijzen.

Focus op de kinder- en jeugdpsychiatrie

We benutten zorgdata om de doelgroep binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie, hun behoeften en de geleverde zorg beter te begrijpen.

Door het harmoniseren van data(verzameling) rondom intake en behandeling, en het implementeren van de geleerde lessen - samen met partners in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Nadruk op verhalen en context

**Gezinnen met kinderen met gestapelde en ernstige problematiek**

Nadruk op cijfers en statistieken

We werken aan integrale zorg, vanuit een brede blik en in samenwerking met andere (zorg)domeinen zodat we passende en samenhangende zorg kunnen bieden.

Door het onderzoeken van domeinoverstijgende vraagstukken in samenwerking met netwerkpartners, vanuit een brede blik.

Focus vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie

We detecteren risicogroepen en -factoren op populatieniveau, om meer zicht te krijgen op de doelgroep en met die kennis vroegtijdig te interveniëren en passende zorg te leveren.

Door het samenbrengen en analyseren van databronnen, zoals routinematig verzamelde data uit de zorgketen of CBS microdata.

# Het sociale domein van Anorexia Nervosa

## Invloeden van medepatiënten en sociale media

Tim Offringa, Michael Harkhoe, Levien Dekker

LUMC Curium

NAE 21/11/2024





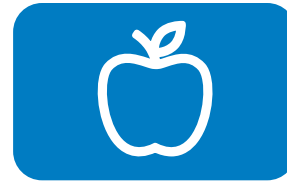
Afdeling O&O KJP, LUMC-Curium

Promotor: prof. dr. Robert Vermeiren, copromotor: dr. Laura Nooteboom

- Achtergrond
- Doel van onderzoek en methode
- Onderzoek naar sociale interactie op een kliniek
- Onderzoek naar sociale interactie online
- Discussie aan de hand van stellingen
- Opbrengsten



Vertekend zelfbeeld



Angst voor  
eten/aankomen



Egosyntoon



Onderdeel van identiteit

- Waarom is dwang soms nodig?
- Wat is de impact op patiënten?
- Wat is de impact op clinici?

11

Deelnemers

- Dwangbehandeling voor AN
- Tussen 12-24 jaar oud
- <5 jaar geleden
- Niet opgenomen
- Werving via Proud2BMe

16-25

Jaar oud

2,5

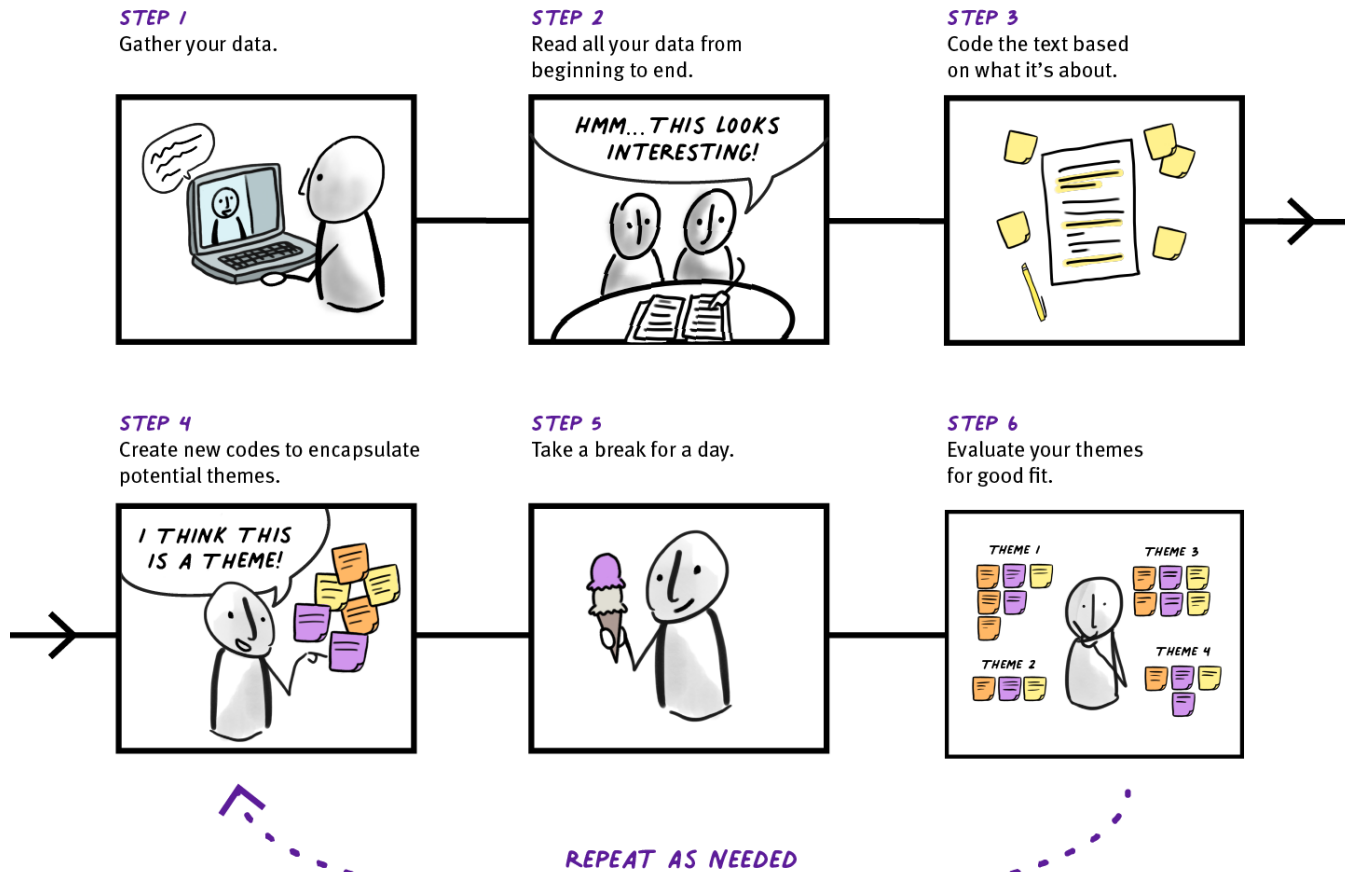
Uur

- Ontstaan en beloop AN
- Factoren van invloed
- Meningen en ervaringen
- Sociale interactie en sociale media

406

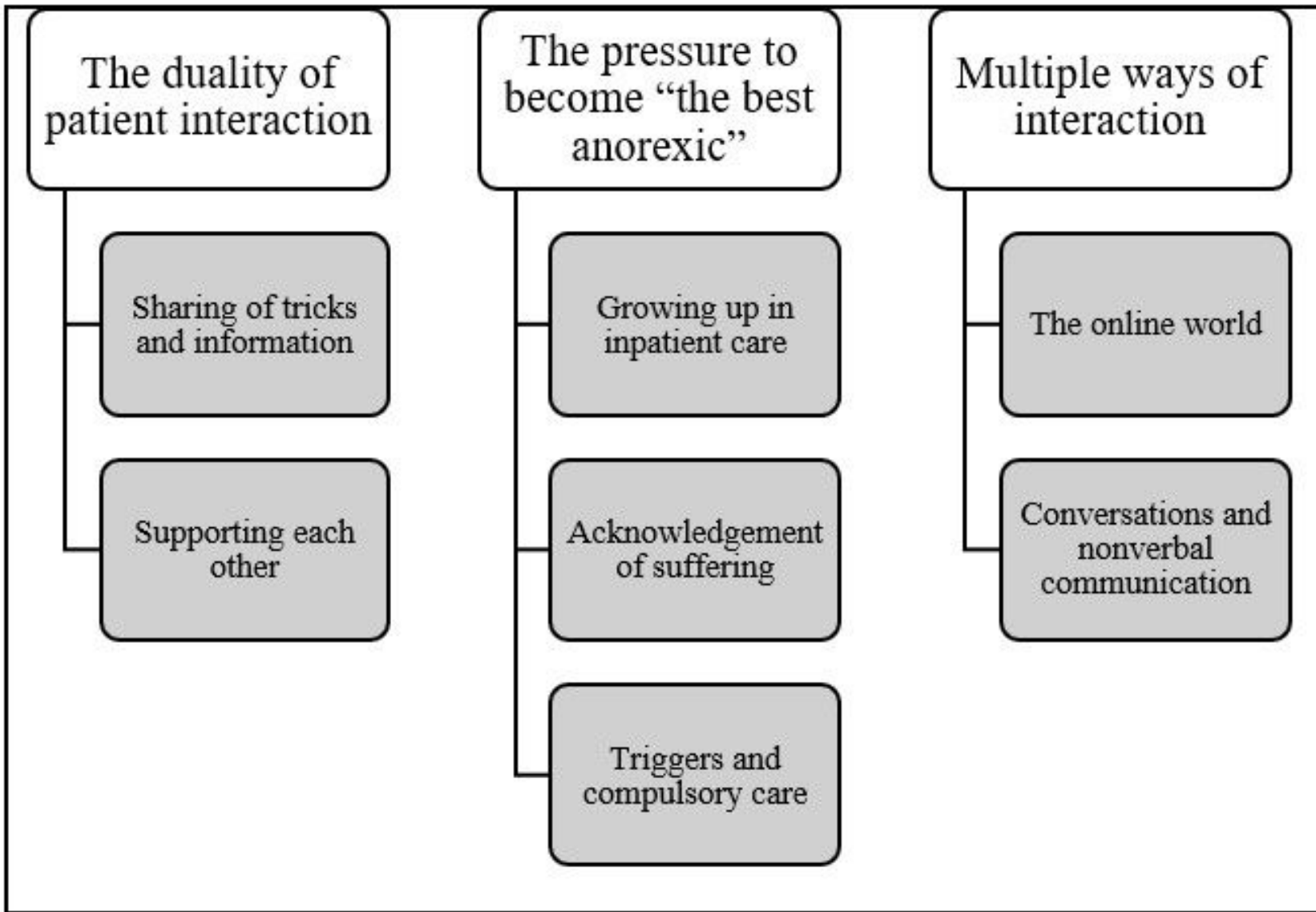
Pagina's

## 6 Steps to Doing a Thematic Analysis





- Ernstig zieke patiënten
- Intensieve behandeling
- Veel verschillende instellingen
- Gewoon pubers!



## Gelijktijdig positief en negatief effect

*“Meestal had ik zegmaar, de groep was niet helpend, maar bepaalde mensen wel. En als je alleen met die mensen was dan was het wel helpend.” (D7)*

## Delen van tips & tricks (stoornis)

*“Je leert heel veel in negatieve zin ook en zeker in zo’n groep met allemaal meisjes, soms een jongen, leer je heel veel van je eetstoornisdingetjes.” (D8)*

## Steun, begrip en voorbeelden

**Erkenning en erbij horen**

*“Ik denk sowieso dat als je naar een kliniek gaat dat je eerste gedachte ook is: ik ben niet ziek genoeg voor een kliniek. En dat je toch je eetstoornis net zo erg wil hebben als de medepatiënten denk ik.” (D8)*

**De beste zijn**

**Triggers en dwang**

*“... en uiteindelijk wil iedereen sondevoeding, want dan ben je ziek genoeg. Dus sondevoeding is eigenlijk voor iemand met een eetstoornis eigenlijk ook gewoon een reward, van je doet het goed.” (D9)*

**Opgroeien in de kliniek (adolescentie)**

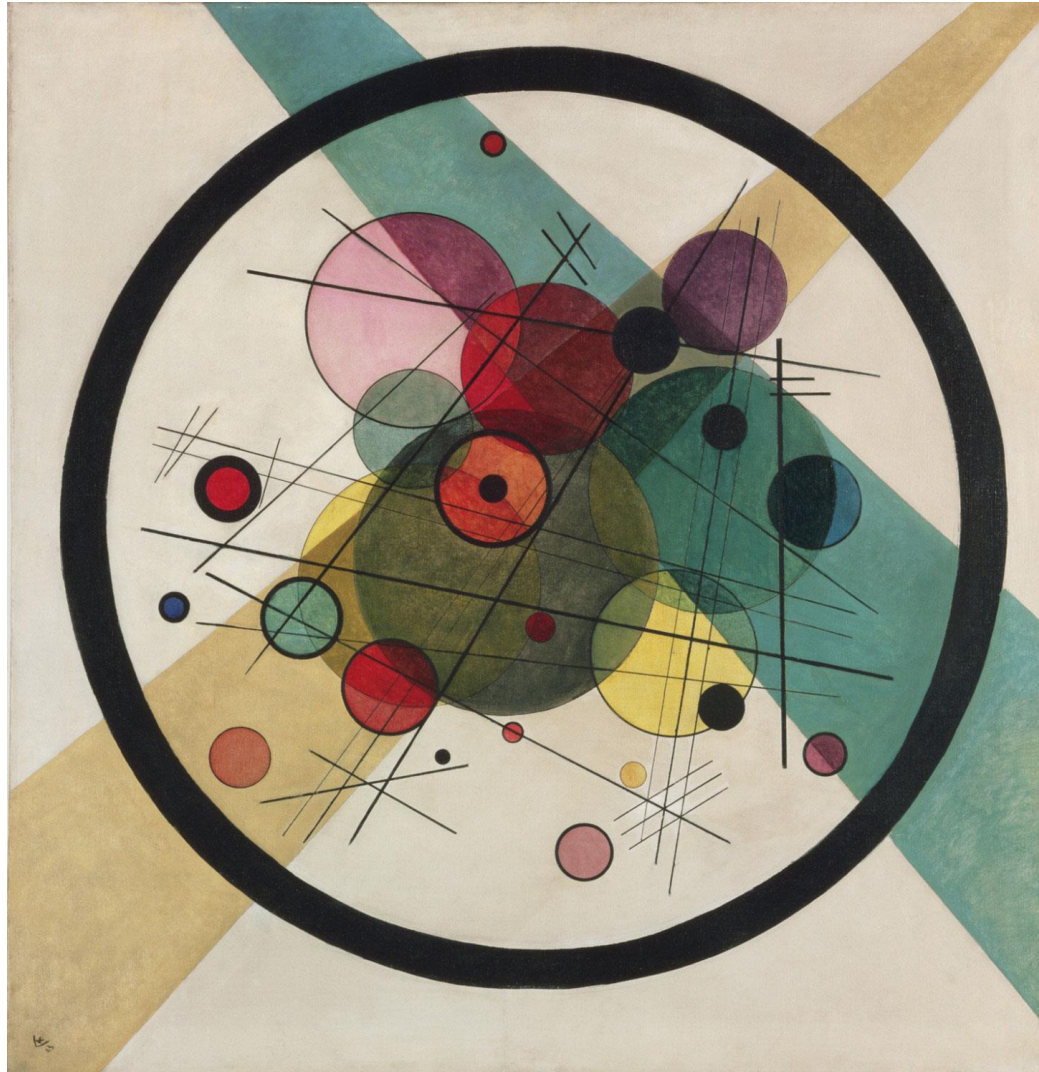
## Verbale communicatie

*“Natuurlijk als je binnenkomt bij de eetstoornissen kliniek krijg je van je mede groepsgenoten de hele vragenlijst van wat is je laagste gewicht, wat is je laagste BMI, ben je ooit in een ziekenhuis opgenomen, heb je ooit sonde gehad.” (D3)*

## Nonverbale communicatie

*“Het was eigenlijk wel een soort druk. En vooral met een eetmoment, je kijkt elkaar steeds aan, wie de kleinste hapjes neemt, wie het meeste kruimelt. Wie het meeste af gaat vallen en, ja.” (D9)*

## Online communicatie



Sociale media ontwikkeld zich zeer snel

→ Hyves → Facebook → Instagram / Telegram → TikTok → What's Next?

CBS 2020: 97% van jongeren 12-24 gebruikt sociale media

15-19 jarige: gemiddeld 161 minuten/dag, 5 verschillende platforms

Algoritmen verzorgen gepersonaliseerde content, maar zijn ook verslavend en schadelijk voor mentaal welzijn van jongeren

Echter sociale media zijn ook verbindend, met name rond adolescentie

# Eigen experiment op TikTok

30 minuten per dag op TikTok

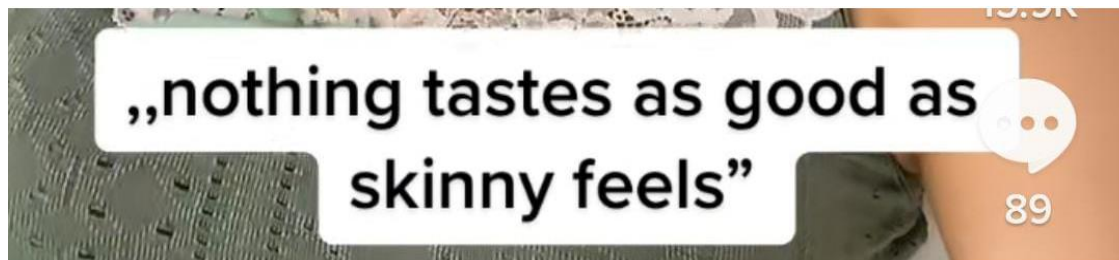
Week 1-2 random, vaak eten

Week 3-4 meer eet-focus + dieet

Week 5-6 meer diet focus + begin AN  
(Afbouwen 3x/week)

Week 7 TW, opnames

Week 8 TW, sondes en recovery





## Een verbindende factor

- Vervanging/aanvulling op sociale netwerk
- Begrip/erkenning eetstoornissen
- Escape uit onveilige situatie thuis/school

*Ik voelde mij dus al niet zo goed, en toen kwam ik in contact met die mensen online. Eerst was het echt wel een veilig wereldje. Ik was alleen op vakantie met m'n vader, dat was verschrikkelijk [alleen gelaten bij bergwandeling]. Maar toen had ik wel een paar mensen uit dat wereldje die mij daar echt doorheen hielpen. Ze waren altijd steunend.*  
(D7)

## Positieve gevolgen

- motivatie, steun, lotgenoten
- escape van competitie op kliniek
- contact met buitenwereld
- rolmodellen voor motivatie

*Ja, uiteindelijk kwam ik in die recovery wereld terecht en heb ik zelf ook zo'n account gemaakt. En ja, ik zag dat sommige mensen door hetzelfde heen waren gegaan of dat mensen hersteld waren, en ik ging dan vooral de mensen die hersteld waren volgens. Ja, het toonde dat het wél kon, ook voor mij. (D4)*

## Schadelijke gevolgen

- Indien zelf nog geen motivatie
- Vergelijkingen & onzekerheid
- Algoritmen versterken
- Meer triggers en negatieve tips

*“De Recovery [community] heeft één betekenis, elkaar omlaag halen. Niet altijd, maar de community waar ik in zat wel. Je hebt anorexia, dat is al een competitieve ziekte, en dan ga je het ook nog allemaal delen op Insta, soms met getallen, hoeveel je eet, hoeveel je weegt, foto’s van jezelf, en dan zeg je: ik post deze foto omdat ik me eindelijk iets minder dik voel, terwijl je eigenlijk gewoon bevestiging wil van ‘god, wat ben ik dun’.” (D5)*

*“En toen ik mijn telefoon weer terug kreeg, toen ging ik pas van dwangvoeding af. Omdat ik toen de vooruitgang zag van de meisjes waar ik eerder contact mee had. En toen werd ik gemotiveerd en dacht ik ja: we hebben allebei dwangvoeding gehad, dus als zij eruit kan komen, dan kan ik dat ook. Dus mijn telefoon heeft me aan de ene kant heel erg getriggerd, maar aan de andere kant hebben bepaalde contacten me juist heel erg geholpen.”*

*(D11)*

## Discussie in groepjes

10 min

1. We moeten de risico's van sociale media niet bespreken, zodat we jongeren niet op ideeën te brengen.
2. Telefoons moeten voor patiënten worden verboden binnen klinieken.
3. Patiënten mogen elkaar binnen de kliniek alleen nog spreken in bijzijn van een therapeut of ervaringsdeskundige.
4. Jongeren met een eetstoornis moeten altijd opgenomen worden waar ook jongeren met een normaal eetpatroon zijn.
5. Sociale interactie met lotgenoten hoort erbij, we kunnen er helemaal niets aan doen.

# Stelling 1: We moeten de risico's van sociale media niet bespreken, zodat we jongeren niet op ideeën te brengen.

## Voor:

- Als ze niks weten over pro eetstoornis info op sociale media, gaan ze ook niet op zoek
- Dan wordt de eetstoornis daardoor ook niet erger
- En het is makkelijker voor de hulpverlener

## Tegen:

- Ze onderschatten de risico's van sociale media en de negatieve effecten op de eetstoornis

## Conclusie: NIET EENS

Jongeren die een eetstoornis ontwikkelen zullen uiteindelijk hun weg naar eetstoornis gerelateerde content op sociale media wel vinden. Het is beter om het bespreekbaar te maken en ouders te betrekken zodat jongeren hierin kunnen worden begeleid. Wellicht is hier een waardevolle rol van 'weerbaarheidsmodule'?

## Stelling 2: Telefoons moeten voor patiënten worden verboden binnen klinieken.

### Voor:

- Hiermee zijn er mogelijk minder negatieve gevolgen van bijvoorbeeld TikTok
- Er worden minder (negatieve) vergelijkingen getrokken op sociale media
- Jongeren komen wellicht minder snel op nieuwe ideeën om de eetstoornis in de hand te werken
- Mogelijk zou het herstel bevorderen.

### Tegen:

- Het is ook motiverend om herstel bij lotgenoten te kunnen zien en volgen
- Sociale contacten en verbondenheid zijn juist belangrijk
- Het biedt ook afleiding
- “het roze olifanten effect” → de telefoon en content leidt af en neemt soms alle focus weg.

### Conclusie: NIET EENS, MAAR...

Het is belangrijk om het gebruik van telefoons, en met name sociale media of contacten daarop te bespreken. Het beperken kan isoleren, maar ook deuren openen voor gesprek.



## Stelling 3: Patiënten mogen elkaar binnen de kliniek alleen nog spreken in bijzijn van een therapeut of ervaringsdeskundige.

### Voor:

- Het zou wat rust geven voor de behandelaar (controle)
- Om te voorkomen dat de gereedschapskist niet met negatieve tools wordt gevuld
- Je zet ook familie en vrienden in
- Een patiënt kan in bepaalde fase mogelijk ervaringsdeskundige rol aannemen voor andere patiënten

### Tegen:

- De jongeren worden al zó geleefd
- Het is praktisch niet haalbaar
- Het beschadigt het zelfvertrouwen
- Vaker aansluiten is goed, maar verplichten niet
- Als het contact goed is, is het zonder therapeut erbij juist helpend
- Zo ligt alle verantwoordelijkheid juist bij het team.

### Conclusie: NIET EENS

Het is van belang voor de ontwikkeling van de eigen identiteit en autonomie dat er interactie mogelijk is. Buiten de kliniek zullen contacten ook zonder begeleiding plaatsvinden. Behandelaren hebben wel een rol in het behoud van de sfeer op een afdeling.

## Stelling 4: Jongeren met een eetstoornis moeten altijd opgenomen worden waar ook jongeren met een normaal eetpatroon zijn.

### Voor:

- Er zijn voorbeelden van normaal eetgedrag, en de eetmomenten kunnen daarmee meer worden genormaliseerd.
- De gespreksstof aan tafel zal mogelijk meer divers zijn.

### Tegen:

- Op een groep waar niemand een eetstoornis heeft zou het wellicht aan steun en met name begrip ontbreken.
- Bij een dergelijke groep zou wellicht aan expertise van het team kunnen ontbreken.

### Conclusie: AMBIVALENT

Er zijn valide argumenten vóór en tegen deze stelling. “Normale” voorbeelden zijn wellicht helpend in afwezigheid van competitie, maar er is ook kans op meer onbegrip en mogelijk minder professionele expertise. Misschien is het ook afhankelijk van de kenmerken/achtergrond van de patiënt en diens motivatie?

### Voor:

- Het bespreekbaar maken van dit onderwerp is hoe dan ook belangrijk. Het zal namelijk hoe dan ook gaan gebeuren.

### Tegen:

- Dit voorkomen vergroot het isolement van een jongere.
- Er ontstaat een grote kans op averechts effect door in een welles=nietes/kat-en-muis dynamiek te raken.
- Dit zou een grote aanslag zijn op de autonomie.

### Conclusie: NIET EENS

Het is van groot belang om jongeren te ondersteunen in hun autonomie. Interactie met lotgenoten kan helpend zijn, maar ook de eetstoornis juist erger maken, dus het is van meerwaarde om deze risico's met patiënten en ouders bespreekbaar te maken, met als doel de weerbaarheid voor negatieve gevolgen te vergroten.

## Vragen?

Tim: T.M.Offringa@lumc.nl

Michael: M.Harkhoe1@rivierduinen.nl

Levien: L.Dekker1@lumc.nl

Offringa TM, Nootboom LA, Versluijs BK, Vermeiren R. Why them? A systematic review on common factors among youth who receive compulsory treatment for anorexia nervosa. *J Child Adolesc Ment Health*. 2024;1-25.

Harkhoe MA, Offringa TM, Vermeiren RRJM, Nootboom LA. [The impact of social media on youths with anorexia nervosa]. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2024;168.

Dekker L, Offringa TM, Vermeiren RRJM, Krabbendam AA, Nootboom LA. A Blessing and a Curse: Social Interaction Between Youth Inpatients with Anorexia Nervosa. Preprint. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3491038/v1>

