

Multidisciplinaire behandeling van kinderen met overgewicht



Caroline Braet, Ellen Moens en Saskia Mels

20.1 Inleiding

In Nederland en België komt overgewicht bij jongeren grofweg bij 15% van de kinderen voor, één op de zeven dus (Roelants, Hauspie & Hoppenbrouwers, 2009). Obesitas, hier gedefinieerd als ernstig overgewicht, komt bij 1 à 2% van de kinderen voor, maar dit cijfer neemt toe met de leeftijd. De Wereldgezondheidsorganisatie verklaarde dat obesitas een ernstige bedreiging vormt voor de gezondheid en, gezien de omvang ervan, spreekt men momenteel van een 'obesitas-epidemie' (WHO, 1998). Men schat dat alleen al in de Verenigde Staten zo'n vijftien miljoen mannen en achttien miljoen vrouwen er last van hebben (Dietz, 1998). Het is ruimschoots aangetoond dat obese mensen een hoge kostenpost betekenen voor de maatschappij, vooral vanwege de verhoogde kansen op fracturen, ontwikkeling van diabetes type 2, hypertensie, respiratoire en cardiovasculaire aandoeningen (Rössner, 2002).

De prognoses voor kinderen zijn bovendien niet goed, zeker niet wanneer ook één of beide ouders last hebben van zwaarlijvigheid. De kansen op spontaan herstel worden geringer met het stijgen van de leeftijd (Whitaker, Wright, Pepe, Seidel & Dietz, 1997). Naarmate de problemen vroeger beginnen of langer aanhouden, worden ook de gezondheidsrisico's groter. Bovendien rapporteren vele kinderen en adolescenten met overgewicht ook psychosociale problemen (Stern, Mazzeo & Gerhe, 2007). Dikke jongeren worden vaker gepest. Velen hebben al pogingen ondernomen om iets aan hun probleem te doen, maar zonder blijvend succes. Ze verliezen hierdoor hun motivatie en hun zelfvertrouwen. Ze kunnen emotionele of gedragsproblemen ontwikkelen of steeds meer geïsoleerd gaan leven. Dit kan gevolgen hebben voor de schoolse competentieontwikkeling, de sociale ontwikkeling, enzovoort. Men kan terecht stellen, dat de ontwikkeling van de jongere geschaad kan worden door de psychosociale gevolgen van langdurige obesitas. Vanuit verschillende instanties wordt er dan ook voor gepleit om het overgewichtprobleem duidelijk in kaart te brengen en aan te pakken.

Er is een duidelijke consensus over de etiologie van obesitas (Braet & Van Winckel, 2001; Dietz, 1998; Rössner, 2002; WHO, 1998). Obesitas verwijst naar een overtollige opstapeling van lichaamsvet als gevolg van een verstoord evenwicht tussen energie-inname en energieverbruik. Dit ontstaansmechanisme is voor kinderen en volwassenen identiek. Wanneer de energie-inname de behoeften van het lichaam overschrijdt, wordt bij sommigen de overtollige energie omgezet in vet, wat na verloop van tijd tot vetreserves en obesitas kan leiden. Dit betekent dat obese kinderen te veel eten of in ieder geval te veel calorieën innemen. Of ze méér eten dan hun slanke leeftijdsgenootjes is echter veel minder duidelijk. Obesitas alleen aan eetgewoonten toeschrijven zou een grove reductie van de werkelijkheid zijn. Er bestaat wel degelijk een familiale 'overdracht' van obesitas. Naarmate men meer obese genfracties heeft, stijgt de kans om obesitas te ontwikkelen. Deze gedeeltelijke opheldering van de genetische factoren die een rol spelen bij het ontstaan van overgewicht heeft tot nu toe echter niet tot therapeutische opties geleid. Op basis van studies bij tweelingen die apart van elkaar zijn (op)gevoed is bovendien aangetoond dat de omgeving ook een belangrijke rol speelt. Genetici wijzen erop dat een aanleg voor obesitas niet meer is dan een 'kwetsbaarheid', waarbij overgewicht alleen maar kan ontstaan wanneer iemand een tijdlang overvoed is. Dit is hoopgevend voor de





behandeling. Het komt er dus vooral op aan samen met de patiënt te zoeken naar een evenwicht tussen energie-inname en energieverbruik en aldus verdere overvoeding te voorkomen.

20.2 Behandeling van kinderen met overgewicht: onderzoeksbevindingen

In 1994 verscheen een interessant artikel in *Health Psychology* (Epstein, Valoski, Wing & McCurley, 1994). In het artikel wordt verslag gedaan van een multidisciplinair behandelingsconcept voor obese kinderen, waarmee goede successen worden geboekt die ook op lange termijn zichtbaar blijven. In deze follow-up studie, tien jaar na de behandeling, ontwikkelt één op de drie behandelde kinderen binnen een familiebenadering (behandeling kind + ouders) een niet-obese status, terwijl nog eens één op de drie een overgewicht van maximaal 20% behoudt. Daarbij blijkt het belangrijk te zijn dat de kinderen behalve een aangepast voedings- en bewegingspatroon ook gedragstherapeutische technieken en zelfregulatievaardigheden worden bijgebracht, met als doel tot een blijvende gedragsverandering te komen. Oude Luttikhuis, Baur & Jansen (2009) bevestigen in de recentste bespreking voor de Cochrane de significante effecten van deze gecombineerde behandeling voor kinderen en adolescenten in vergelijking met standaardzorg en/of zelfhulp. We kunnen dus spreken van een 'evidence-based' behandeling.

Ondertussen is een tweede onderzoeksgroep tot dezelfde bevinding gekomen (Braet, Van Winckel & Van Leeuwen, 1997; Braet & Van Winckel, 2000, Moens, Braet & Van Winckel, 2010). Het in dit hoofdstuk beschreven programma is hieruit ontstaan. Het programma omvat een combinatie van voedings- adviezen en een bewegingsprogramma, ingebed in een gedragstherapeutische aanpak waarbij de ouders als cotherapeut zijn betrokken. Bij 109 kinderen met overgewicht die in het Gentse Universitaire Ziekenhuis het behandelprogramma volgden, werd na een follow-up studie van 4,6 jaar vastgesteld dat 72% van de kinderen erin slaagde gewichtscontrole (d.w.z. geen verdere toename van het percentage overgewicht) te bereiken. Hierbij werd echter geen rekening gehouden met de drop-outs. Wel bleek dat van de kinderen die na het advies- gesprek afhaakten (om allerlei redenen, bijvoorbeeld vanwege het tijdstip van het groeps- programma) er zes op de tien toch gebruikmaakten van de tips, wat ook leidde tot gewichts- controle. Recent is het programma aangepast aan de jarenlang opgedane ervaring, wat geleid heeft tot drie aparte werkboeken voor kinderen, ouders en adolescenten (zie Braet, Joossens, Mels, Moens & Tanghe, 2007). We beperken ons hier tot een bespreking van het kindprogramma in groepsvorm.

20.3 Assessment

Bij dik zijn of obesitas is de lichaamsomvang de meest in het oog springende karakteristiek, maar de definitie van vetzucht verwijst naar een overtollige aanwezigheid van vet. Wanneer men bij een kind een schatting wil maken van het lichaamsvet, moet men rekening houden met een aantal factoren. Zo heeft het ene kind meer spiermassa, een zwaarder skelet, of een meer robuuste omvang dan het andere. Het is ook bekend dat kinderen in de puberteit in gewicht toenemen als voorbereiding op de laatste groeispurt. De diagnose 'dik zijn' gebeurt daarom bij voorkeur in overleg met een arts. In de praktijk hanteren artsen en hulpverleners het lichaamsgewicht als criterium. Daarbij wordt het gewicht vergeleken met een norm. De gewichtsnorm kan verschillen voor een bepaalde lengte en leeftijd, het puberteitsstadium en het geslacht.







Tegenwoordig worden BMI-normen aanbevolen waarbij de BMI als volgt berekend wordt: gewicht/(lengte)² (Braet & Van Winckel, 2001). Overgewicht wordt dan uitgedrukt als de percentuele verhouding van de huidige BMI tegenover de 'norm' (d.w.z. de vijftigste percentiel binnen een bevolkingsgroep; zie normen voor jongens en meisjes die overeenkomen met hun leeftijd in bijlage 20.2 en 20.3). Kinderobesitas bestaat uit een waaier van verschijningsvormen met hierin enerzijds matig obese kinderen (20-40% overgewicht), obese kinderen (40-60% overgewicht) en ernstig obese kinderen (> 60% overgewicht). Ambulante programma's lijken vooral effectief te zijn voor kinderen met een overgewicht < 80%.

De kinderarts bepaalt tijdens een *medische screening* het gewicht en de lengte, alsook het puberteitsniveau, de mate van overgewicht volgens de BMI, en geeft op de groeicurve aan wat het streefdoel is. Anamnese en klinisch onderzoek leren of andere oorzaken of neveneffecten van obesitas moeten worden uitgesloten. In dat geval zal de kinderarts nader onderzoek voorstellen, zoals bloed- of urineonderzoek.

De kinderdiëtiste bevraagt voor het opmaken van een *dieetanamnese* de voedingsgeschiedenis en geeft het gezin een eerste observatieopdracht mee. Het kind krijgt de opdracht gedurende één week een eetdagboek bij te houden. Het hoeft daarbij nog geen andere eetgewoonten aan te nemen, alleen te noteren wat het momenteel dagelijks eet, hoeveel en wanneer. In een tweede gesprek bespreekt de diëtiste dit dagboek uitgebreid.

De *psychologische anamnese* omvat twee onderdelen. In een eerste deel worden voornamelijk de ouders bevraagd. Zo komen aan bod: de familiale anamnese, de ontwikkelingsgeschiedenis van het overgewicht, de al ondernomen maatregelen voor gewichtscontrole die tot op heden gelukt of mislukt zijn, de eetgewoonten van het gezin (bijvoorbeeld: organisatie van de maaltijden; waar en wanneer wordt er gegeten, afspraken over tussendoortjes, afspraken over het uitgeven van zakgeld, afspraken over het nemen van voedsel of drank uit de koelkast enz.), de bewegingsgewoonten van het gezin en de opvoedingstradities in het gezin. Er wordt ook gevraagd naar de huidige psychologische belasting van het overgewichtprobleem voor het kind en het gezin, de manier waarop de omgeving kijkt naar het zwaarlijvige kind, de impact van bepaalde gebeurtenissen of andere spanningen die een invloed kunnen uitoefenen (of uitgeoefend hebben) op het eetgedrag van het kind, en ten slotte de motivatie tot verandering en de verwachtingen van zowel de ouders als het kind.

Een tweede onderdeel omvat een psychodiagnostische testing. Enkele suggesties: de Competentiebelevingsschaal (Perceived Competence Scale van Harter, 1985 – vertaald door Veerman, Straathof, Treffers, Van den Bergh & Brink, 1997). Deze vragenlijst geeft informatie over de zelfwaargenomen competentie van het kind op schools, sociaal, sportief, fysiek en gedragsmatig vlak. Ook wordt er een algemene score van het globale zelfbeeld verkregen. Aan de ouders kan gevraagd worden de Gedragsvragenlijst in te vullen (Child Behavior Checklist van Achenbach & Edelbrock, 1983 – vertaald door Verhulst, Koot, Akkerhuis & Veerman, 1990). Deze checklist geeft een eerste indruk van het voorkomen van emotionele en gedragsproblemen. In het geval van klinische scores op één of meerdere subschalen van psychologische problemen, kan het aangewezen zijn een meer gespecialiseerde diagnostiek uit te voeren.

20.3.1 Contra-indicaties

Er bestaat een aantal ziektebeelden waarbij obesitas slechts een symptoom is van een onderliggend syndroom (bijvoorbeeld prader-willi-syndroom, endocriene stoornissen). Voor deze ziektebeelden is dit programma niet geschikt. Deze syndromen komen echter zelden voor. Toch zijn de ouders vaak overtuigd dat er bij hun kind een medische 'oorzaak' is (zie Braet & Van Winckel, 2001).

Het onderhavige behandelprogramma is vooral bedoeld voor kinderen tussen acht en dertien jaar. Pubers en adolescenten ouder dan dertien jaar zullen zich er minder door aangesproken voelen en krijgen dan ook het advies een aangepast adolescentenprogramma







te volgen (zie Braet et al., 2007). Voor kinderen van zeven jaar of jonger wordt bij voorkeur alleen met de ouders gewerkt (zie Braet et al., 2007).

Bij enkele kinderen is vastgesteld dat er onderliggende emotionele problemen zijn, bijvoorbeeld de verwerking van een groot verlies of ernstige gezinsproblemen. Deze kinderen kunnen wel baat hebben bij een gewichtscontroleerend programma, maar dit zal nooit voldoende zijn. Hier wordt voor een tweesporenbeleid gekozen, namelijk tegelijkertijd klachtgericht werken aan het overgewichtprobleem en de onderliggende problemen aanpakken. Wanneer er opvoedingsproblemen zijn, wordt er parallel aan de begeleiding van het kind een aparte begeleiding voor de ouders bij de psycholoog geadviseerd.

Verder zal een meer geïndividualiseerde aanpak nodig zijn wanneer er eetbuien gerapporteerd worden. Een adequate screening vooraf is dus noodzakelijk. Het kan het kind, de ouders en de therapeut de frustratie van een mislukte therapie besparen. Richtlijnen voor screening zijn te vinden bij Braet en Van Winckel (2001).

Een positieve ondersteuning en 'goodwill' vanuit de omgeving zijn wenselijk. Wanneer ouders niet meewerken, kan men het kind of de jongere wel het programma laten volgen. Zo kunnen de jongeren inzicht krijgen in hun probleem en wat je er beter wel en beter niet aan kunt doen; de verwachtingen kunnen daarbij echter niet te hoog gesteld worden. Sommige ouders moeten bovendien een grote afstand afleggen om ons te bereiken. We raden aan om gezinnen die vijftig kilometer of verder van het behandelcentrum wonen door te verwijzen, zelfs al zijn ze gemotiveerd.

Bij het overwegen van het onderhavige behandelprogramma voor een bepaald kind, is overleg in een multidisciplinair team belangrijk. De informatie uit de verschillende invalshoeken is onontbeerlijk om tot een aangepast behandelingsplan te komen. In dit verband deden we een kleine dossierstudie op grond van 230 aanmeldingen op onze poli (zie ook bijlage 20.1). Ongeveer 38% van de kinderen beantwoordde aan één of andere contra-indicatie en werd doorverwezen; 62% van de jongeren blijkt dus in aanmerking te komen voor het programma (Moens, Braet & Van Winckel, 2010).

20.4 Rationale

Typerend voor het onderhavige programma is dat er niet langer wordt gestreefd naar gewichtsverlies maar naar gewichtsstagnatie, met in de beginfase een toegestaan gewichtsverlies van maximaal 10% (Wilson, 1994). Men hoopt op deze manier de neveneffecten van een streng dieet te beperken (Garner & Wooley, 1991). Vanaf de aanvang van de behandeling ligt de nadruk dan ook op het aanleren van een gezonde levensstijl, met de bedoeling dit een leven lang vol te houden. Aangezien kinderen nog groeien, zullen ze bij gewichtsstagnatie toch een normalisering van hun gewicht kunnen bereiken. Door de nadruk te leggen op zelfregulatie en gewichtsstagnatie, is het mogelijk te starten met kleine aanpassingen in de levensstijl van het kind; waarbij rekening kan worden gehouden met persoonlijke voorkeuren. Hierdoor zal de kans op succes toenemen evenals de kans dat het kind de therapie volhoudt. Stabilisering van het gewicht is dan als therapiedoel op korte termijn meer dan voldoende. Dit wordt als volgt aan ouder en kind samen overgebracht: *'Kennen jullie het verhaal van Doortje? Doortje is een meisje dat hier naartoe komt vanwege haar overgewicht. Ze heeft hier al veel geleerd. Zo leerde ze dat ons lichaam eigenlijk een weegschaal is. In de ene schaal liggen de calorieën die we innemen uit drank en voedsel. In de andere schaal liggen de calorieën die we verbruiken om te bewegen, te sporten, te groeien en om ons voedsel te verteren. Als er in beide schalen evenveel calorieën liggen, dan is de balans in evenwicht. Dan leven we gezond. Maar de balans kan ook uit evenwicht raken. Je kunt honger krijgen. Dat wil zeggen*



dat je meer verbruikt dan je inneemt. Maar het kan ook voorkomen dat je een bepaalde periode te veel gegeten hebt. Ook dan is je weegschaal niet meer in evenwicht. Dat teveel wordt in je lichaam opgeslagen in de vorm van vet. Wie regelmatig meer eet dan hij verbruikt wordt dikker. Dat wil niet zeggen dat alle dikke mensen méér eten dan mensen die niet dik zijn. Het kan zijn dat je lichaam zuinig omspringt met voedsel, omdat er bij jou minder energie verloren gaat bij het verteringsproces. Als je zo'n zuinig lichaam hebt, dan kun je daaraan weinig veranderen. Maar dat is geen reden om bij de pakken neer te zitten. Ook wie een zuinig lichaam heeft, kan de balans tussen inname en verbruik in evenwicht brengen door meer te bewegen en anders te gaan eten.'

De ouders van een obees kind zijn er vaak van overtuigd dat er bij hun kind een medische 'oorzaak' voor het obesitasprobleem is. De kinderarts kan deze twijfels het best voorafgaand aan de behandeling wegnemen. Een andere zorg van de ouders is dat hun kind misschien wel anorexia nervosa ontwikkelt. Deze kans is minimaal, zo blijkt uit verschillende studies. De kans op boulimia nervosa is iets groter, namelijk 5%, wat zou overeenstemmen met de normale kans die elk kind heeft (Epstein et al., 1994). De kansen nemen echter toe, wanneer een onverantwoord streng beperkend dieet wordt gevolgd.

20.5 Een behandelprogramma voor kinderen met overgewicht

Een behandeling voor obesitas betekent dat het kind en het gezin gedurende een jaar gevolgd worden. Gedurende de eerste vier maanden is er een intensieve begeleiding. Die periode omvat de assessmentfase (twee uitgebreide sessies), de voorbereiding op het programma (sessie 1 en 2) en het doorlopen van het programma (sessie 3 tot 8). Sommige sessies gebeuren bij voorkeur met het hele gezin, andere zijn alleen voor het kind bedoeld. De spreiding van de verschillende onderdelen in de tijd en wie daarbij het best kan worden betrokken, wordt geïllustreerd in tabel 20.1. Na het intensieve programma worden er maandelijkse follow-up sessies gepland. Tijdens deze bijeenkomsten wordt aan individuele werkpunten aandacht besteed. Een dergelijke behandeling omvat dus ongeveer twintig therapeutische contacten verspreid over één jaar. Elke sessie wordt geleid door één of meerdere leden van het multidisciplinaire team. De psycholoog is bij voorkeur een gedragstherapeut of indien deze nog in opleiding is, neemt een gedragstherapeut de supervisie op zich.

Aangezien bij een groot aantal kinderen dezelfde componenten moeten worden aangeleerd, is het ook mogelijk bepaalde kinderen in een groep te nemen en ze samen te behandelen, waarbij leerpunten aan bod komen die hun allemaal ten goede komen. Er kunnen ook meer speelse opdrachten worden ingebouwd. Dit werkt zeer motiverend voor de kinderen. Bovendien leren ze hierdoor veel van elkaar.

Tabel 20.1: Overzicht van de sessies verspreid over de tijd in de intensieve fase van de therapie.

	Maand 1	Maand 1	Maand 2	Maand 3	Maand 4	Maand 5-12
anamnese (ouders en kind)	intake 1 en 2					
deel 1: voorbereiding (ouders en kind)		sessie 1 en 2				
deel 2: programma (kind in groep)			sessie 3 en 4	sessie 5 en 6	sessie 7 en 8	
follow-up (ouders en kind)						7 tot 10 maandelijkse follow-up sessies



20.5.1 Inleiding

Deel 1: de therapievoorberedende sessie 1 en 2

De doelen van deze gesprekken zijn:

1. overbrengen van de rationale en psycho-educatie;
2. uitbreiden van de motivatie;
3. een eerste aanzet geven tot het experimenteren met nieuwe eet- en leefgewoonten.

In de eerste twee therapievoorberedende sessies wordt er gewerkt met een individuele startmap. Deze wordt samen met het kind en de ouder doorgenomen. De startmap bevat zes werkblaadjes:

1. *Een stripverhaal* ('het verhaal van Doortje'): hierin worden de doelen van de behandeling – 'gelijk blijven in gewicht, terwijl je groeit' – aan het kind uiteengezet.
2. *Een eetdagboek en een bewegingsdagboek*: elk kind wordt gevraagd twee observatieopdrachten uit te voeren. De eerste opdracht omvat het bijhouden van wat het kind zoal eet op een dag, hoeveel het hiervan eet en wanneer dat gebeurt. De tweede opdracht omvat het bijhouden van alle bewegingsactiviteiten en het aantal uur dat het kind tv kijkt of op de (spel)computer 'speelt'. De ouders wordt gevraagd hun kind te steunen in deze opdrachten.
3. *Een folder waarop gezonde tussendoortjes staan*: aan de hand van deze lijst vindt de eerste psycho-educatie plaats. De kinderen weten dat er van hen verwacht wordt dat ze hun huidige eetgewoonten veranderen. Een eerste stap naar een meer gezonde levensstijl is het nuttigen van gezonde tussendoortjes op vooraf geplande momenten. Daarbij mag het kind in de folder aanstippen wat het wel eens zou willen proeven en uitproberen. Ouders moeten dan wel beloven dit ook te kopen.
4. *Een contract*: de sessie wordt afgesloten met duidelijke afspraken waarbij precies aangegeven wordt wat er van het kind verwacht wordt. Er wordt gekozen voor een kleine, haalbare stap, een concrete afspraak met een haalbaar criterium (bijvoorbeeld: één keer per dag 20 minuten fietsen). Dit wordt op een contractformulier genoteerd. Per sessie wordt één voedingsadvies en één bewegingsrichtlijn aan het kind en het gezin gegeven. Enkele voorbeelden staan in tabel 20.2. Elke richtlijn wordt aan de vorige toegevoegd, waardoor er na verloop van tijd een afsprakenlijstje groeit. Alle partijen (het kind, de ouders én de therapeut) ondertekenen het contract. Duidelijke afspraken zijn belangrijk, ook waar het contract zal worden bewaard en wie het dagelijks met het kind zal uitvoeren of evalueren.
5. *Een beloningenlijstje*: dit lijstje wordt in de voorbereidende gesprekken samen met het kind en de ouders opgesteld. Het bevat motivators die het kind kan verdienen wanneer het erin geslaagd is de gemaakte afspraken uit te voeren. Het gezin wordt aangemoedigd vooral met actieve beloningen te werken (bijvoorbeeld: een springtouw of een muziek-cd waarop gedanst kan worden). De kinderen zelf kiezen spontaan voor sociale beloningen, zoals: samen gaan zwemmen, een fietstocht maken, een gezelschapsspel spelen. Deze verdienen de voorkeur boven materiële beloningen.

In de tweede therapievoorberedende sessie worden de opdrachten uit sessie 1 besproken en voortgezet. De volgende aandachtspunten staan centraal:

- Ì *Motivatie*. Heeft het kind de dagboeken ingevuld? Is het contract nageleefd? Hoe staan de ouders hiertegenover? Feedbackstrategieën moeten genuanceerd zijn, gericht op stimuleren van kleine veranderingsstappen en motivatiebevordering.
- Ì *Psycho-educatie en experimenteren*. Zijn de ouders en het kind op de hoogte van wat een gezonde levensstijl inhoudt? Zijn ze bereid te experimenteren? Zorg voor folders over gezonde voeding en bespreek ze met de ouders. Let erop dat het kind niet minder gaat eten,



maar wel anders (gezonder). Er wordt benadrukt dat het programma slechts één gewoonte per sessie aanpakt en verandert. Het is belangrijk dat de dingen die nog wel gegeten mogen worden ook benadrukt worden, in plaats van alleen datgene te benadrukken wat beter niet gegeten kan worden. Er is geen verboden voedsel. Liefelingsgerechtjes kunnen en moeten in ieder geval behouden blijven. Samen met het kind en het gezin zal gezocht worden naar uitbreiding van het menu met nieuwe voedingsproducten, waarbij er meer ruimte is voor groente en fruit, maar ook voor nog onbekende maar weinig calorierijke etenswaren. Schenk ook aandacht aan het eetgedrag (bijvoorbeeld geen maaltijden overslaan) en de beweging.

Ī *Contract.* De sessie eindigt met een nieuw contract. Er wordt uitgegaan van de gewoonten die het gezin al opgebouwd heeft. Van daaruit wordt een nieuwe, haalbare stap gezet wat betreft voeding (zie tabel 20.2 voor tips). Daarbij wordt er ook geëxperimenteerd met leuke en nieuwe vormen van bewegen die ingepast kunnen worden in het dagelijkse gezinsleven. Ook hieromtrent komt er een afspraak in het contract. Zorg voor werkbare evaluatiecriteria en realistische beloningen. De ouders worden aangemoedigd om het kind te steunen in zijn opdrachten.

Tabel 20.2: Mogelijke werkpunten voor een contract, werkbare evaluatiecriteria en voorbeeld van een beloningslijst voor kinderen.

Werkpunten voor een contract	Werkbare evaluatiecriteria	Beloningslijst
meer water drinken	5x (in 1 week) bij elke maaltijd	een bal
groenten eten	bij elke warme maaltijd één koude en één warme groente (= 1 punt) (start met één dag/week)	nieuwe outfit om te sporten (bij 20 punten)
minder snoepen	tussen 16 uur en 17 uur geen snoep; ik drink soep (5 dagen/week)	een cassette/cd met dansmuziek na één goede week
ontbijten	drie dagen een compleet ontbijt (een stuk fruit, koolhydratenbron, zuivel en weinig vet) (de 4 andere dagen in ieder geval iets eten 's morgens)	gezelschapsspel spelen met het hele gezin op zondag
gezonde tussendoortjes	elke dag één tussendoortje uit de lijst kiezen en om 10 uur opeten (= 1 punt)	per 5 punten: lezen uit het moppenboek bij de psycholoog
appel eten na het zwemmen	telkens wanneer ik met school of met mijn vrienden ga zwemmen	ik krijg het zakgeld dat ik aan snoep zou uitgegeven hebben
nieuwe groenten leren eten	ik proef één hap deze week van een groente die ik nog niet eet	na 4x proeven: een springtouw
stoppen na het eerste bord	bij elke warme maaltijd (6 van de 7 dagen)	met het gezin een uitstapje maken
minder tv kijken	ik kijk pas tv na 18 uur (7 van de 7 dagen)	na 20 gelukke dagen: ik krijg een huisdier waar ik voor kan zorgen
meer actief zijn	ik help bij een klus in huis (1)	mijn liefelingsgerecht wordt klaargemaakt
een wandeling na het avondeten	3 van de 7 dagen	per geslaagde week: een abonnement voor de fitness-club
lopend boodschappen doen of lopend naar school gaan	ik start met 1x per week, daarna doe ik dit 2x per week tot ik in de vijfde week de opdracht 5x kan	een half uurtje langer opblijven (1x per week)

Deel 2: een behandelprotocol (sessie 3 tot 8)

Hierna wordt een programma bestaande uit zes groepsessies van ongeveer anderhalf uur uiteengezet. Tabel 20.3 geeft een overzicht hoe zo'n multidisciplinair groepsprogramma kan

worden georganiseerd, alsook welke leden van het multidisciplinaire team daarbij aanwezig zijn en welke thema's er per sessie aan bod komen. Elke sessie bestaat uit zeven stappen:

1. verwelkomen, meten en wegen (curve invullen);
2. bespreking van de huiswerkopdrachten en de contracten;
3. programma-aanbod I: educatie (zie ook tabel 20.3);
4. programma-aanbod II: oefenen van copingtechnieken (zie ook tabel 20.3);
5. programma-aanbod III: een kort bewegingsmoment;
6. contracten aanpassen en nieuwe opdrachtjes meegeven;
7. afronden van de sessie; contact met de ouders.

Tabel 20.3: Overzicht van een ambulant groepsprogramma voor obese kinderen.

Sessie	Aanwezig	Het programma-aanbod I: educatie	Het programma-aanbod II: oefening
1.	psycholoog en diëtiste	mijn lichaam is een weegschaal	leren genieten van bewegen
2.	psycholoog en diëtiste	wat is gezonde voeding	samenstellen van gezonde maaltijden
3.	psycholoog en diëtiste	verpakkingen lezen	gedragsregels omtrent organisatie van de maaltijd
4.	psycholoog	probleemoplossingsstrategieën	gedragsoefening van de probleemoplossingsstrategieën via rollenspel
5.	psycholoog	gepest worden: hoe ermee omgaan	gedragsoefening van de probleemoplossingsstrategieën via rollenspel
6.	psycholoog en diëtiste	herhaling van de vorige sessies afspraken en afscheid	gedragsoefening: leren omgaan met een feestmaaltijd

20.5.2 Sessie 1

Doelstellingen

- Ì De kinderen leren elkaar en de begeleiders kennen.
- Ì De kinderen leren de rol van inname- en verbruiksprocessen in een balansmodel.

Methodieken

- Ì De kinderen worden aan het begin van de sessie gemeten en gewogen. Ze houden zelfstandig hun gewichtscurve bij. Hun eetdagboek geven ze aan de diëtiste. Het dagboek wordt besproken en van plussen en minnetjes voorzien. De gezonde keuzes die het kind al maakt worden geprezen, wat motiveert tot het volhouden ervan, en er wordt samen met het kind nagedacht over nieuwe realistische afspraken.
- Ì Educatie: een leergesprek. De eerste bijeenkomst begint met een kennismakingsspel. Vervolgens wordt er uitleg gegeven, ondersteund door de afbeelding 'Mijn lichaam is een weegschaal'. De kinderen leren inzien dat hun lichaam in disbalans is, dat hun inname groter is dan hun verbruik. Samen met de kinderen wordt er vervolgens gezocht naar oplossingen om de balans weer in evenwicht te brengen. Er wordt benadrukt dat er beter niet voor gekozen kan worden om minder te eten, maar wel voor gezondere voedingskeuzes en meer energieverbruik.
- Ì Oefenen: bewegen. Sessie 1 wordt afgesloten met een kort bewegingsmoment. Het doel hiervan is dat de kinderen alternatieve bewegingsvormen leren kennen die ze thuis gemakkelijk kunnen oefenen. Enkele voorbeelden zijn: aerobicsoefeningen, dansen op muziek, bewegingen uitvoeren aan de hand van een verhaaltje, touwtje springen. Zorg voor een prettige sfeer.

- Ì De kinderen worden ten slotte begeleid om één werkpunt van de voedingsgewoonten en één werkpunt van de beweging aan te strepen dat ze willen oefenen de komende twee weken. Dit wordt in een contract genoteerd. Er worden duidelijke en realistische criteria ter evaluatie opgesteld. Indien het kind erin slaagt zich aan de afspraken te houden, kan het in overleg met de ouders een beloning kiezen uit het eerder opgestelde beloningenlijstje. Om het contract goed te kunnen evalueren, worden de kinderen aangemoedigd hun eet- en bewegingsdagboek verder in te vullen. De ouders worden via een infoblaadje op de hoogte gebracht van de gemaakte afspraken (zie Braet et al., 2007).

20.5.3 Sessie 2

Doelstellingen

- Ì De kinderen kunnen de verschillende voedingswaren in de juiste categorieën onderbrengen en kunnen aangeven van welke groepen ze meer mogen en van welke ze minder moeten nemen.
- Ì De kinderen leren dat gezonde eetgewoonten uit steeds drie maaltijden per dag bestaan (ontbijt, middagmaal en avondmaal), met twee geplande tussendoortjes en anderhalve liter water.

Methodieken

- Ì Wanneer verwelkoming, wegen, meten en registreren achter de rug zijn, wordt er tijd vrijgemaakt voor het bespreken van de huiswerkopdrachten. Feedbackstrategieën moeten steeds motivatiebevorderend zijn (zie ook box 20.1).

Box 20.1 Feedbackstrategieën bij het bespreken van een contract

1. *Bekijk aandachtig het eet- en bewegingsdagboek.*
2. *Wees empathisch, schenk aandacht aan wat goed loopt en beloon de getoonde inzet.*
3. *Stip aan waar verandering noodzakelijk lijkt.*
4. *Haal hieruit een kleine, haalbare stap.*
5. *Bevraag deze vervolgens empathisch en exploreer.*
6. *Modelleer vervolgens verschillende alternatieven.*
7. *Stimuleer het kind hierbij tot zelfstandig oplossend denken.*
8. *Kies vervolgens de uitvoering en laat het kind deze zelf noteren.*
9. *Tot slot worden de werkpunten in contractvorm gezet.*

- Ì **Educatie:** een kringgesprek met opdrachten. De diëtiste leert de kinderen de vier verschillende groepen kennen waarin de voedingsstoffen ingedeeld worden. De kinderen leren dat het noodzakelijk is bij elke maaltijd iets te kiezen uit die vier groepen (groenten en fruit, vlees of vis, brood of aardappelen of pasta, vetten). De kinderen leren bovendien uit welke groepen ze beter keuzes kunnen maken (groenten en fruit) en uit welke groepen ze beter wat minder kunnen nemen (vlees en vetrijke snacks en sausen). Dit wordt onder meer geoefend door het plaatsen in de juiste categorieën van echte producten of lege verpakkingen ervan. Ook het maken van een collage bevordert de verwerking van deze voedingsinformatie.
- Ì **Oefenen:** keuzes maken. Ook de samenstelling van een maaltijd wordt besproken. Hiervoor wordt een cirkel opgedeeld (taartdiagram) in twee grote taartpunten en twee kleinere (net als een bord); waarbij ze meer uit de grote groepen kunnen nemen en minder uit de klei-

neren groepen, tot hun bord vol is. Vervolgens stellen de kinderen een gezond ontbijt, een middagmaal en een avondmaal samen.

- Ì De kinderen worden ten slotte opnieuw aangemoedigd om één werkpunt van de voedingsgewoonten en één werkpunt van de beweging te oefenen in de komende weken. Bijzondere aandacht moet deze week gaan naar de eetgewoonten van het kind. Het kind kan bijvoorbeeld een beloning verdienen als het elke morgen een gezond ontbijt neemt, of wanneer het anderhalve liter water drinkt. Dit wordt in het contract genoteerd. Ter ondersteuning krijgen de kinderen werkblaadjes mee en een infoblaadje voor hun ouders (zie Braet et al., 2007). Ook het invullen van het eet- en bewegingsdagboek wordt voortgezet.

20.5.4 Sessie 3

Doelstellingen

- Ì De kinderen leren voedingstabellen op verpakkingen lezen en interpreteren: zij kunnen de beste keuze maken uit verschillende mogelijkheden. Ze maken kennis met de volgende begrippen: calorieën, koolhydraten, eiwitten, vetten, enzovoort.
- Ì De kinderen kunnen een goede omschrijving geven hoe je het beste kunt eten: langzaam, goed kauwen, kleine hapjes nemen, niets anders tegelijk doen, slechts één keer opscheppen maar dan wel voldoende, pannen van tafel, niet vooraf proeven, bestek neerleggen tussen elke hap, niet natafelen.

Methodieken

- Ì Na de verwelkoming, het wegen, meten en registreren is er opnieuw een bespreking van de huiswerkopdrachten.
- Ì Educatie: een leergesprek. In deze sessie leren de kinderen de voedingswaardetabellen op verpakkingen lezen en interpreteren. De kinderen maken kennis met de begrippen: calorieën, eiwitten, koolhydraten, vetten, mineralen, enzovoort en leren de gezondste keuzes te maken uit verschillende soorten voedingswaren. Een kleine groep kinderen kan samen boodschappen doen, wat de verwerking van de informatie bevordert. De kinderen kunnen ook de opdracht krijgen als detective in een winkel rond te lopen, op zoek naar de gezondste koek, het gezondste tussendoortje, enzovoort.
- Ì Oefenen: hoe eten? Verder wordt in deze sessie aandacht besteed aan de manier waarop de kinderen het best kunnen eten. Breng voor deze sessie groenten en dipsausjes mee. Via gedragsoefening leren de kinderen langzaam te eten, goed te kauwen, kleine hapjes te nemen, niets anders tegelijk te doen, slechts één keer op te scheppen maar dan wel genoeg, niet vooraf te proeven, steeds met bestek te eten, de vork neer te leggen tussen elke hap, enzovoort.
- Ì De kinderen worden ten slotte uitgenodigd om opnieuw één werkpunt van de voedingsgewoonten en één werkpunt van de beweging te oefenen in de komende twee weken. Bijzondere aandacht moet deze week gaan naar de wijze waarop het kind eet. Het kind kan dan bijvoorbeeld een beloning verdienen als het in de tussenliggende periode niet meer voor de televisie eet. Dit wordt in het contract genoteerd. De kinderen krijgen in deze sessie ook de opdracht om in de tussenliggende periode mee te gaan met boodschappen doen en om aan de hand van de verpakkingen een lijst op te stellen van gezonde tussendoortjes. De kinderen worden aangemoedigd hun eet- en bewegingsdagboek goed in te vullen. De ouders worden via een infoblaadje betrokken bij het naleven van de afspraken (zie ook Braet et al., 2007).

20.5.5 Sessie 4

Doelstellingen

- Ì Kinderen kennen de verschillende stappen in het probleemoplossingsproces: ze kunnen een moeilijke situatie herkennen en analyseren en ze kunnen verschillende oplossingsalternatieven bedenken.
- Ì Kinderen oefenen de aangeleerde vaardigheden.

Methodieken

- Ì Na de verwelkoming, het wegen, meten en registreren is er veel aandacht voor de bespreking van de huiswerkopdrachten.
- Ì Educatie: probleemoplossend denken. Omdat zelfregulatie op de kinderleeftijd niet vanzelfsprekend is, wordt het proces via een probleemoplossingsstrategie in vijf stapjes opgesplitst en geoefend (Braet & Scholing, 1999; Braet & Van Winckel, 2001). Hiervoor worden de principes van het probleemoplossend denken gehanteerd. De eerste stap, de zelfobservatie, is door middel van de dagboekopdrachten in de vorige sessies al aan bod gekomen. Op basis van het eetdagboek zijn de situaties waarin de kinderen het moeilijk hebben geïdentificeerd. Samen met hen wordt nu gewerkt aan het formuleren van een probleemdefinitie (stap 2). Vervolgens zoeken de kinderen naar mogelijke oplossingen en alternatieven voor het probleem (stap 3); ze evalueren die mogelijkheden en ze kiezen de beste oplossing (stap 4). Wil men ten slotte dat de zelfregulatievaardigheden geïntegreerd worden, dan moet aandacht worden besteed aan zelfevaluatie en zelfwaardering (stap 5). Leer de kinderen tegen zichzelf te zeggen 'goed gewerkt' of 'ik ben trots op mezelf' of 'volgende keer beter'. Men kan cue-cards maken als visuele ondersteuning tijdens het doorlopen van het leerproces. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van verhalen, spelmateriaal en rollenspelen om het nieuwe gedrag te oefenen. Enkele voorbeelden van rollenspelen:
 - Mama vraagt me naar de winkel te gaan en met de rest van het geld mag ik iets kopen.
 - Na het zwemmen kopen al mijn vrienden snoepgoed, wat kan ik doen?
 - Ik ben alleen thuis en ik verveel mij.
 - Mijn zus zit voor de televisie te snoepen en ik krijg ook ontzettend veel zin in snoep.
 - Ik ga op bezoek bij oma en ik mag uit de kast nemen wat ik wil.
- Ì Oefenen. De rollenspelen verlopen als volgt. De kinderen worden in kleine groepjes verdeeld en elk groepje krijgt de opdracht één bepaalde situatie in een rollenspel om te zetten. Samen met een van de begeleiders wordt de situatie eerst helemaal uitgewerkt volgens de verschillende stapjes van het probleemoplossingsproces. Daarna worden de rollen verdeeld. Het is de bedoeling dat er per situatie steeds verschillende oplossingen 'gespeeld' en geëvalueerd worden. Ten slotte worden de verschillende situaties als toneeluitvoeringen 'geacteed' voor de rest van de kinderen en de begeleiders. Zo kunnen de kinderen de rol op zich nemen van een opdringerige grootmoeder of van een populair klasgenootje dat hun lekker snoepgoed aanbiedt. De aanwezigheid van verkleedmateriaal en een ruimte die flexibel in te richten is, maakt de oefening voor de kinderen nog veel leuker.
- Ì De kinderen worden opnieuw uitgenodigd om één werkpunt van de voedingsgewoonten en één werkpunt van de beweging te oefenen in de komende twee weken. Ze vullen nog steeds hun eet- en bewegingsdagboek in. Ze krijgen bovendien de opdracht om een moeilijke situatie waar ze voor komen te staan in de tussenliggende periode te analyseren, en hun gekozen alternatief uit te proberen en te evalueren. Hiervoor krijgen de kinderen vijf kaarten mee waarop de verschillende stappen van het probleemoplossend denken staan.

Ze kunnen die kaarten thuis ergens ophangen of bij zich houden. De ouders worden via een infoblaadje aangemoedigd om deze werkwijze toe te passen bij moeilijke gezinsmomenten.

20.5.6 Sessie 5

Doelstellingen

- Ì De kinderen leren pestgedrag te herkennen en te plaatsen.
- Ì De kinderen oefenen de techniek van het 'waardig weggaan'.
- Ì De kinderen reflecteren over personen bij wie ze steun kunnen vinden.

Methodieken

- Ì Na verwelkoming, wegen, meten en registreren is er de bespreking van de huiswerkopdrachten.
- Ì Educatie: een kringgesprek over omgaan met pesten. Een situatie waarin alle obese kinderen terecht komen is het gepest worden door leeftijdsgenoten op school en in de omgeving. Vaak zijn zij het mikpunt van de klas omdat 'dik zijn' geassocieerd wordt met 'dom, lui en lelijk'. Bovendien zijn obese kinderen vaak de laatste bij sportieve prestaties; een vaardigheid die hoog aangeschreven staat bij schoolkinderen. Er wordt gestart met een verhaal over een meisje dat gepest wordt en daar heel kwaad op reageert. Dit verhaaltje brengt een kringgesprek op gang. De verhalen van de kinderen die gepest worden, worden geïnventariseerd. De kinderen mogen vrij vertellen over de scheldwoorden en de opmerkingen die ze te horen krijgen. Kinderen zijn soms heel hard voor elkaar. Waak ervoor dat het gesprek daarom niet te zwaar wordt. Zo kan men de kinderen de scheldwoorden heel hard laten uitroepen, wat vaak tot een lachbui leidt.
- Ì Oefenen: er wordt uitgebreid ingegaan op mogelijk effectieve hantering van de pesterijen. Vaak vertellen de kinderen dat ze met kwaadheid of agressie reageren, maar ze weten tegelijkertijd dat dit de pesters niet laat ophouden. Via een rollenspel wordt de kinderen geleerd 'waardig' weg te gaan. Dit is weggaan van de pesterijen met een krachtige opmerking, bijvoorbeeld door hardop te zeggen: 'Ik vind dit vervelend!', en vervolgens met een stevige pas en opgeheven hoofd weg te gaan. Alle kinderen oefenen dit nieuwe gedrag per twee in, waarbij één iemand de pestkop speelt en de ander 'waardig' leert weggaan.
- Ì Oefenen. Vervolgens knutselen de kinderen een 'pesthandschild'. Dit schild, gemaakt van stevig papier kunnen ze via een elastiekje over hun hand schuiven. Dit kan de kinderen helpen om zich tijdens de pesterijen voor te stellen dat ze een schild dragen waarop alle scheldwoorden teruggekaatst worden. Zo komen de opmerkingen wel aan, maar worden ze er niet meer door geraakt. Zowel bommen en granaten, als vredetekens en antipestleuzen kleuren het handschild.
- Ì Oefenen: steun zoeken. De kinderen worden aangemoedigd om te leren nadenken over personen in hun omgeving bij wie ze terecht zouden kunnen met hun problemen. Met behulp van een werkblaadje wordt hun sociale netwerk in kaart gebracht. In het netwerk staan naast de ouders, vaak de leerkrachten, de grootouders, maar ook de knuffels, de huisdieren of de dagboeken. Het is ook nodig met het kind te bespreken hoe ze aan iemand kunnen zeggen dat ze een probleem hebben en dat ze erover willen praten. Dit wordt geoefend in groepen van twee.
- Ì De kinderen worden opnieuw uitgenodigd om één werkpunt van de voedingsgewoonten en één werkpunt van de beweging te oefenen in de komende twee weken. Ze houden hun eet- en bewegingsdagboeken verder bij. De ouders krijgen een infoblaadje en ze worden gevraagd hun kind te steunen in hun opdrachten.

20.5.7 Sessie 6

Doelstellingen

- Ì Oefenen en herhalen van de aangeleerde principes.
- Ì Formuleren van individuele werkpunten.

Methodieken

- Ì Oefenen. Sessie 6 is de laatste sessie en is een feestsessie. Na het meten, wegen en het inkleuren van de curven, worden de kinderen onmiddellijk aan het werk gezet, ter voorbereiding van het feest. Het lokaal wordt versierd met zelfgemaakte slingers, er worden gezonde drankjes bereid, en samen met de begeleiders worden er fruitbrochettes gemaakt. Tijdens de bereiding worden de tips herhaald, zoals niet vooraf proeven en geen grote porties nemen.
- Ì Ren-je-rot-quiz. Deze quiz biedt zowel het educatieve deel als het bewegingsmoment aan in één spel. De kinderen worden in verschillende teams opgedeeld en ze krijgen vragen over het programma van de voorbije sessies.
- Ì Oefenen. Vervolgens oefenen de kinderen met hun geplande gezonde keuzes. Ze proeven van zelfbereide gezonde hapjes en ze bewegen samen op muziek. De kinderen oefenen nogmaals met langzaam eten, goed kauwen enzovoort. Ook de ouders kunnen op het feestje uitgenodigd worden.
- Ì De begeleiders nemen van elk kind apart afscheid. De verworven, nieuwe gewoonten omtrent eten en bewegen worden nog eens herhaald en de laatste nieuwe werkpunten worden samen met de ouders bekeken en in contractvorm opgesteld. Ten slotte worden er afspraken gemaakt voor de maandelijkse follow-ups.

20.5.8 De follow-up sessies

Na het intensieve programma worden de kinderen en hun gezinnen verder gevolgd tijdens individuele maandelijkse follow-up contacten. Het belangrijkste doel van deze gesprekken is het controleren van eet- en bewegingsafspraken om gewichtscontrole te bereiken en het installeren van een gezonde levensstijl. Ook tijdens deze contacten worden de gezinnen vanuit de verschillende disciplines begeleid. De diëtiste blijft de eetgewoonten volgen, geeft advies en nieuwe richtlijnen. De psychologe maakt via een verkennend gesprek en op basis van het dagboek samen met het kind en het gezin een inventarisatie van de moeilijke momenten voor het kind. Deze situaties zullen daarna samen geanalyseerd worden via de principes van het probleemoplossingsproces. Hierbij neemt de psychologe een modelfunctie aan door stapsgewijs te komen tot een probleemdefiniëring, een opsomming te maken van mogelijke oplossingen, de alternatieven te evalueren en ten slotte samen een haalbare beslissing te nemen. De follow-up sessies zijn steeds opnieuw een zoekproces waarbij vaak op een creatieve manier gezocht moet worden naar het alternatief dat het best binnen het gezin en zijn gewoonten past. De nieuwe afspraken worden ten slotte opnieuw in een contract opgeschreven en besproken in de volgende follow-up sessie.

Casus Aster

Zo bleek uit het dagboek van Aster, een tienjarig meisje met ernstig overgewicht, dat zij het vooral moeilijk had wanneer haar twee zussen tussendoor snoepten. Eerder was al met Aster afgesproken dat zij twee snoepmomenten zou nemen op vaste dagen en tijdstippen. Moeder zou meewerken door het snoepaanbod sterk in te perken en ook voor de zussen afspraken te maken. Deze afspraken konden echter niet nagezet worden nagekomen, zodat Aster nog heel vaak in de verleiding werd gebracht. Uiteindelijk werd het idee van een 'snoepzakje' geïntroduceerd. Iedere zaterdag zouden Aster en haar moeder samen een zakje maken met enkele snoep- en koeksoorten, waaronder gezonde en minder gezonde koeken. Uit dit zakje kon

C 20.1

Aster kiezen telkens als ze iets wilde nemen. Wanneer het zakje leeg was, moest ze wachten tot de volgende zaterdag. Op die manier kreeg Aster de verantwoordelijkheid over de snoepmomenten en moeder had tegelijkertijd zicht op de hoeveelheid extraatjes die Aster nam. ■

20.6 Hoe de ouders erbij te betrekken?

In dit programma is ervoor gekozen om de ouders als therapeut-helpers te betrekken bij de behandeling. Aan hen wordt gevraagd om thuis voort te zetten wat in de therapie aan bod kwam en mee te helpen met de opdrachten. Wanneer men merkt dat de ouders er niet in slagen om zich aan de afspraken te houden, worden er aparte oudergesprekken georganiseerd waarin deze knelpunten aan bod kunnen komen.

De ouders worden in deze behandeling vooral betrokken bij de voorbereidingsfase en de maandelijkse follow-up sessies. In deze fasen worden de gesprekken steeds met het gezin gevoerd. Hoewel het hele gezin uitgenodigd is, komt het er in de praktijk vaak op neer dat gedurende de maandelijkse follow-up sessies alleen de moeder en het obese kind naar de sessies komen. Toch lijkt het belangrijk om zoveel mogelijk de beide ouders bij de behandeling van hun kind te betrekken.

Tijdens het intensieve programma is het contact met de ouders beperkt. Omdat er, naast een korte mondelinge evaluatie van het contract voor of na elke sessie weinig tijd rest, krijgen de ouders na elke sessie een infobladje mee. De brochure bevat informatie over de sessies, praktische tips voor de ouders omtrent bijvoorbeeld inkopen doen of bereidingswijzen, en ten slotte staan er tips in ter ondersteuning van de motivatie (zie ook: Joossens & Elslander, 2007; Braet et al., 2007).

Ook bij het betrekken van de ouders blijft een multidisciplinaire benadering wenselijk. Bij de ouders van obese kinderen leven vele vragen omtrent de voeding en het gewicht van hun kind. De diëtiste of de kinderarts is vaak de meest aangewezen persoon om hierop te antwoorden en aldus de ouders op maat gemaakte adviezen te geven. De psycholoog let erop dat de ouders hun kind op een positieve manier blijven steunen. Steeds opnieuw wordt de aandacht erop gevestigd dat de verwachtingen realistisch moeten zijn, en dat het aanleren van een gezonde levensstijl het belangrijkste therapiedoel moet blijven (en niet gewichtsverlies). Ze moeten oog hebben voor kleine stappen en vooral de inzet van het kind telt. Verder moeten de ouders in deze fasen aangemoedigd worden om zelf model te staan en te helpen, door bijvoorbeeld samen met hun kind boodschappenlijstjes te maken of eens samen te gaan zwemmen of fietsen op zondag.

Indien er vragen zijn over de (opvoedings)aanpak van het obese kind of over het omgaan met moeilijke momenten, kan de psycholoog algemene gedragstherapeutische adviezen verstrekken. Hoe dit aangepakt moet worden staat onder meer toegelicht in een beschreven behandeling van een obees meisje bij Braet (1999).

20.7 Evaluatie

Iedere zichzelf respecterende deskundige beoogt een evaluatie van zijn handelen. We bevelen daarom ten zeerste aan om elke behandeling te evalueren. De volgende criteria kunnen hierbij gehanteerd worden:

- Ì aanwezigheid van de deelnemers per sessie;
- Ì tevredenheid van de deelnemers (per sessie en aan het einde van de training);
- Ì evaluatie van de kennis van de deelnemers, vooraf en na de training;



- Ì gewichtsevolutie van het kind/de jongere, liefst wekelijks gemeten;
- Ì overgewicht van het kind (uitgedrukt in procent) voor en na de behandeling;
- Ì fitheid voor en na de training;
- Ì eetgewoonten (geregistreerd via dagboekmethode) voor en na de training;
- Ì posttestmeting op psychologisch vlak met dezelfde tests als tijdens de screening.

Momenteel blijkt een multidisciplinaire behandeling van obesitas bij kinderen tot een werkzaam concept te leiden, met gunstige prognoses. Naast de al gerapporteerde 4,6 jaar evaluatie van het hier besproken programma, blijkt verder uit follow-up na acht jaar, dat nog steeds 66% van de kinderen de gewichtscntrole handhaaft (Moens et al., 2010). Of alle behandelingscomponenten in de huidige vorm moeten blijven bestaan, is echter nog niet onderzocht. Verder onderzoek zou dit kunnen uitwijzen.

Drop-out is en blijft een probleem, zelfs bij gemotiveerde gezinnen. Indien het kind in aanmerking komt voor de groepsbehandeling, moet het gezin zich op een vast moment in de week kunnen vrijmaken. Dit blijkt niet altijd haalbaar te zijn: voor sommige ouders is het organisatorisch niet mogelijk om hun kind wekelijks naar de behandeling te brengen. Op grond van grondig dossieronderzoek (zie ook bijlage 20.1) hebben wij gemerkt dat 38% van de kinderen die in behandeling zijn minder dan de helft van alle sessies bijwoont.

20.8 Discussie

Dit programma heeft enkele kwetsbare plekken. Zo moet het aan het obese kind goed duidelijk gemaakt worden dat het zich ook na de intensieve behandelingsperiode aan de opdrachten moet houden. De maandelijks follow-up sessies tot één jaar na de aanmelding zijn dus geen overbodige luxe. Een nog langere follow-up kan in sommige gevallen nodig zijn. Neiging tot het ontwikkelen van overgewicht blijft immers levenslang bestaan. Uit bijlage 20.1 blijkt dat ongeveer 62% van de kinderen die door ons behandeld zijn blijvend hulp zoekt: in de vorm van aangepaste bewegingsprogramma's, bijkomende dieetadviezen, maar ook: opnames in ziekenhuizen of chirurgische ingrepen zoals maagverkleining. Onderzoek naar de wijze waarop de kinderen blijvend gemotiveerd kunnen worden een gezonde levensstijl vol te houden, blijft nodig. Initiatieven uit de praktijk, zoals het maandelijks uitbrengen van een kinderkrant, of het organiseren van een telefonische consultatie blijken op een positief onthaal van de kinderen te kunnen rekenen. **Obesitasbehandelingen bij jongeren worden, evenals interventies bij volwassenen, vaak gekenmerkt door beperkte gewichtsveranderingen, terugval en een grote drop-out (Goldfried et al., 2004).** Uit onderzoeksbevindingen wordt gesuggereerd om vooraf te identificeren wie baat heeft bij een bepaalde behandeling. Zo wordt de effectiviteit van de behandeling beïnvloedt door een aantal gedragsmatige en psychologisch kenmerken (Byrne, 2002; Teixeira, et al., 2005), evenals intrapersoonlijke (Van Egmond-en Froelich et al., 2013) en gezinsfactoren (Cislak et al., 2012). Deze elementen identificeren en hierop anticiperen vergroot de kans op gewichtsveranderingen, maar waakzaamheid blijft.

Rekening houdend met de inzichten in de rol van fysieke activiteit in de behandeling van obesitas, zou het multidisciplinaire karakter van dit programma nog geoptimaliseerd kunnen worden door de bewegingscomponent verder uit te bouwen (zie ook Braet et al., 2007).

De wijze waarop de ouders bij dit behandelingsprogramma worden betrokken is ontstaan op grond van ervaring en praktische overwegingen. Ondertussen heeft de onderzoeksgroep positieve effecten aangetoond voor een programma waarin intensief en exclusief met de ouders van het kind met overgewicht gewerkt wordt (Moens & Braet, 2012). Dit programma omvat naast een voedings- en bewegingsluik ook een belangrijke opvoedingscomponent. Samen met de ouders wordt gezocht hoe zij stapsgewijs een gezonde levensstijl in hun gezin kunnen installeren. Positieve, ondersteunende opvoedingsvaardigheden vormen hierbij de basis, maar ook afgrenzende en disciplinerende strategieën komen aan bod. Op die manier trachten ouders hun kind vaardigheden bij te brengen die hen helpen om te gaan met verleiding en een overaanbod aan ongezonde snacks. Soms is het ook nodig ook met andere



belangrijke personen contact te hebben, bijvoorbeeld met de grootouders, de schoolbegeleidingsdienst of de sportleraar. Als een kind tijdens de behandeling plotseling niet meer komt opdagen, is het raadzaam zelf contact op te nemen met het gezin en dan samen met hen uit te zoeken of de (veelal praktische) hindernissen alsnog uit de weg te ruimen zijn.



De beschreven behandeling staat of valt bij de opdrachten die het kind moet uitvoeren. Hoewel zowel de voedingsafspraken als de opgelegde bewegingsactiviteiten slechts gradueel worden geïntroduceerd en daarbij steeds aansluiten bij de persoonlijke keuzes van het kind, is het nodig om lang stil te staan bij de generalisering van de opdrachten naar de thuissituatie. Ook kan het helpen om samen met het kind na te gaan waar het contract thuis kan worden bewaard en wie het kind kan helpen om de afspraken niet te vergeten.

Voor kinderen met zéér ernstig overgewicht (> 80%) en voor adolescenten die volgroeid zijn, is de behandeling in zijn huidige vorm niet geschikt. Een residentiële behandeling is bij deze jongeren een te verkiezen alternatief. Er zijn echter wel goede ervaringen met een geïndividualiseerde versie van deze aanpak voor de ouders van jonge kinderen (tussen 5 en 7 jaar), bij licht geretardeerde kinderen, bij kinderen met een fysieke handicap, bij kinderen die lijden aan een bepaalde ziekte zoals diabetes type 2, gewrichtsreuma, groeistoornissen, of bij kinderen die opgevoed worden in internaten of binnen de bijzondere jeugdzorg. Voor het ambulant werken met adolescenten met matig overgewicht adviseren we een aangepast werkboek (zie Braet et al., 2007).

Samenvattend kan worden gesteld dat de zoektocht naar een optimale aanpak van obese kinderen tot een multidisciplinair behandelprogramma heeft geleid waarbij zowel in de screeningsfase, de intensieve interventiefase als in de follow-up verschillende deskundigen ieder vanuit hun expertise een waardevolle bijdrage leveren. Het team heeft een kindvriendelijke, positief-motiverende houding met één gemeenschappelijk doel, namelijk een herstel van de inname-verbruikbalans en gewichtscontrole (geen gewichtsverlies) via duurzame gedragsveranderingen.

Literatuur

- Braet, C. (1999). Behandeling van kinderen met overgewicht. *Directieve Therapie*, 19, 240-259.
- Braet, C., Joossen, L., Moens, E., Mels, S. & Tanghe, A. (2007). *Kinderen met overgewicht. Handleiding voor begeleiders en werkboek voor ouders, kinderen en adolescenten (4-delig)*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Braet, C. & Scholing, A. (1999). Cognitieve therapie bij kinderen en jeugdigen. In: S.M. Bögels & P. van Oppen (red.), *Cognitieve therapie: theorie en praktijk* (pp. 331-369). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Braet, C., Van Winckel, M. & Van Leeuwen, K. (1997). Follow-up results of different treatment programs for obese children. *Acta Paediatrica*, 86, 397-402.
- Braet, C. & Van Winckel, M. (2000). Long-term follow-up of a cognitive behavioral treatment program for obese children. *Behavior Therapy*, 31, 55-74.
- Braet, C. & Van Winckel, M. (2001). *Behandelingsstrategieën bij kinderen met overgewicht*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Byrne, S.M. (2002). Psychological aspects of weight maintenance and relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1029-1036.
- Cislak, A., Safran, M., Pratt, M., Gaspar, T. & Luszczynska, A. (2012). Family-related predictors of body weight and weight-related behaviours among children and adolescents: A systematic umbrella review. *Child Care Health and Development*, 38(3), 321-331.
- Dietz, W.H. (1998). Prevalence of obesity in children. In: G.A. Bray, C. Bouchard & W.P.T. James (red.), *Handbook of obesity* (pp. 93-102). New-York: Marcel Dekker.
- Egmond-Froehlich, A. van, Claussnitzer, G., Dammann, D., Eckstein, E., Brauer, W. & Zwaan, M. de (2013). Parent reported inattention and hyperactivity/impulsivity as predictor of long-term weight loss after inpatient treatment in obese adolescents, *International Journal of Eating Disorders*, 46, 39-46.
- Epstein, L.H., Valoski, A., Wing, R.R. & McCurley, J. (1994). Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity. *Health Psychology*, 13, 373-383.
- Garner, D.M. & Wooley, S.C. (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clinical Psychological Review*, 11, 729-780.
- Goldfried, G., Raynor, H. & Epstein, L. (2004). Treatment of pediatric obesity. In: T. Wadden & A. Stunkard (eds.), *Handbook of obesity treatment*. New York: Guilford Press.
- Joossens, L. & Elslander, L. (2007). *Een goed gewicht voor je kind*. Antwerpen: Standaard uitgeverij.
- Kendall, P.C. & Braswell, L. (1985). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*. New York: Guilford Press.





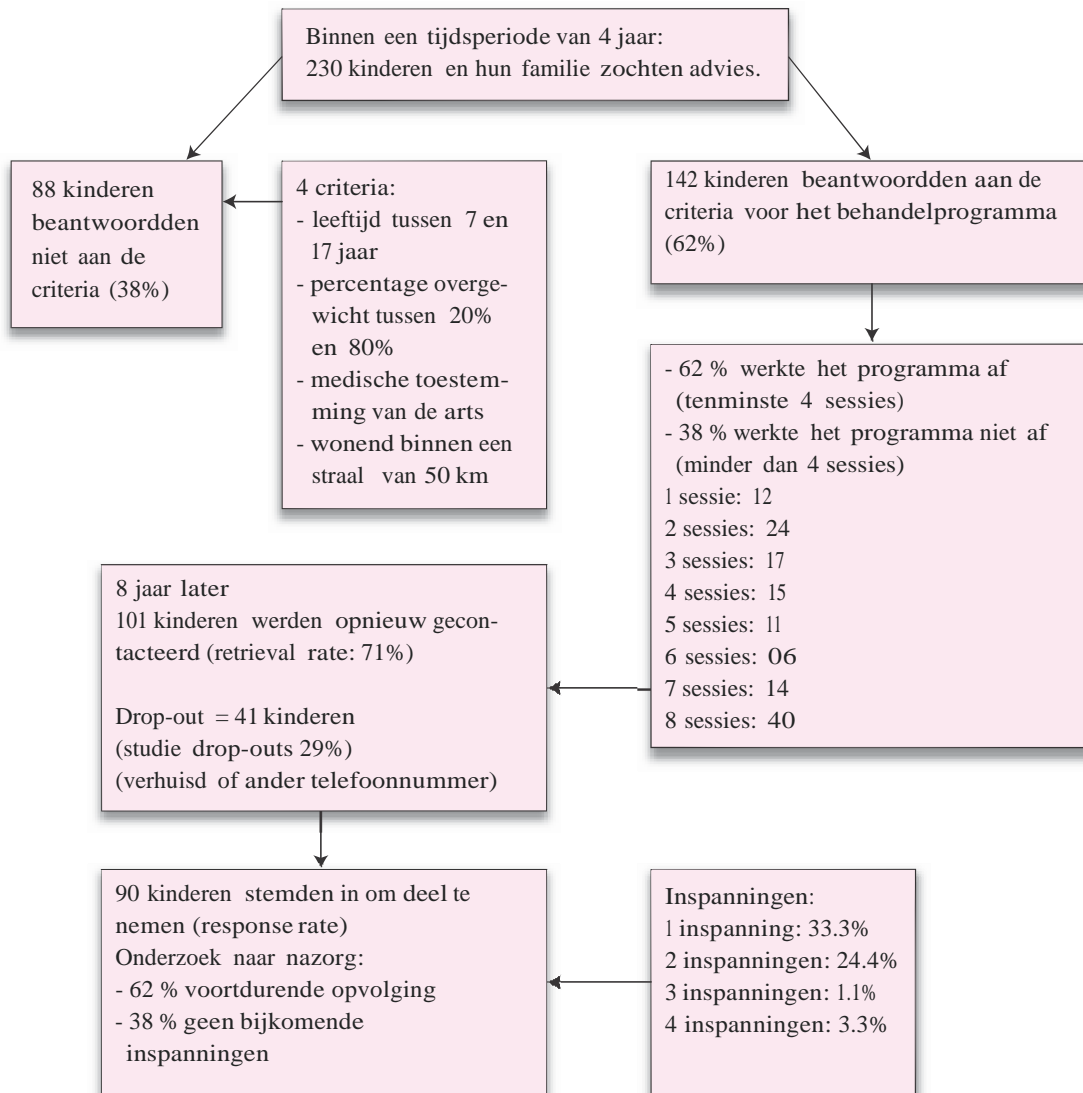


- Moens, E., Braet, C. & Van Winckel, M. (2010). An 8-year follow up of treated obese children: children's, process and parental predictors of successful outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 7, 626-633.
- Oude Luttikhuis, H., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V.A., O'Malley, C., Stolk, R.P., Summerbell, C.D. (2009). Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Roelants, M., Hauspie, R. & Hoppenbrouwers K. (2009). Refernces for growth and pubertal development from birth to 21 years in Flanders, Belgium. *Annals of Human Biology*, 36, 680-694.
- Rössner, S. (2002). Obesity: the disease of the twenty-first century. *International Journal of Obesity*, 26, S2-S4.
- Stern, M., Mazzeo, S.E., Gerke, C.K., Porter, J.S., Bean, M.K., & Laver, J.H. (2007). Gender, ethnicity, psychosocial factors, and quality of life among severely overweight, treatment-seeking adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 90-94.
- Teixeira, P.J., Going, S.B., Sardinha, L.B. & Lohman, T.G. (2005). A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obesity Reviews*, 6, 43-65.
- Veerman, J.W., Straathof, M.A.E., Treffers, D.A., Van den Bergh, B.R.H. & Brink, L.T. (1997). *De competentie-belevingsschaal voor kinderen (CBSK). Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Verhulst, F.C., Koot, J.M., Akkerhuis, G.W. & Veerman, J.W. (1990). *Praktische handleiding voor de CBCL*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Whitaker, R.C., Wright, J.A., Pepe, M.S., Seidel, K.D. & Dietz, W.H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine*, 37(13), 869-873.
- WHO (1998). *Obesity, preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity*. Genève: World Health Organization (WHO).
- Wilson, G.T. (1994). Behavioral treatment of obesity: Thirty years and counting. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 16, 31-75.





Bijlage 20.1 Onderzoek naar het hulpverleningstraject van kinderen, aangemeld met overgewicht



Bron: Moens, Braet & Van Winckel, 2010.

Bijlage 20.2 Gemiddelde BMI (P50) voor een bepaalde leeftijd

Jongens BMI (kg/m ²)	Leeftijd jaren	Meisjes BMI (kg/m ²)
17.2	1	16.6
16.5	2	16.0
16.0	3	15.6
15.8	4	15.4
15.5	5	15.3
15.4	6	15.3
15.5	7	15.5
15.7	8	16.0
16.0	9	16.6
16.6	10	17.1
17.2	11	17.8
17.8	12	18.3
18.4	13	18.9
19.1	14	19.4
19.7	15	19.9
20.5	16	20.2
21.2	17	20.7
21.9	18	21.1
22.5	19	21.4

Bron: NHANES: National Health And Nutrition Examination Survey, USA <http://www.cdc.gov/growthcharts/>

Bijlage 20.3 Gemiddelde BMI (P50) voor een bepaalde leeftijd in Vlaanderen (2004)

Jongens BMI (kg/m ²)	Leeftijd jaren	Meisjes BMI (kg/m ²)
15.9	3	15.8
15.6	4	15.6
15.5	5	15.4
15.4	6	15.4
15.5	7	15.5
15.8	8	15.9
16.1	9	16.4
16.6	10	16.9
17.0	11	17.5
17.6	12	18.1
18.2	13	18.8
18.8	14	19.5
19.5	15	20.2
20.1	16	20.8
20.6	17	21.1
21.0	18	21.4
21.4	19	21.5
21.7	20	21.7
21.9	21	21.8

Bron: Roelants, Hauspie & Hoppenbrouwer (2009)