

## **Drop-out bij de behandeling van kinderen met overgewicht**

Jeannin<sup>1</sup>, R., Braet<sup>2</sup>, C., Mels<sup>3</sup>, S., Moens<sup>2</sup>, E., & Van Winckel<sup>3</sup>, M.

<sup>1</sup>Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek, Universiteit Leuven

<sup>2</sup>Vakgroep Ontwikkelings-, Persoonlijkheds- en Sociale Psychologie, Universiteit Gent

<sup>3</sup>Kinderpolikliniek, Universitair Ziekenhuis Gent

Correspondentie:

Rozemarijn Jeannin, doctoraatsstudent

Universiteit Leuven, Andreas Vesaliusstraat 2, 3000 Leuven

Rozemarijn.Jeannin@ped.kuleuven.be

### Samenvatting

*Probleemstelling.* De behandeling van overgewicht bij kinderen kampt met problemen zoals vroegtijdig stoppen. Deze pilootstudie exploreert de redenen die gezinnen zelf aangeven om een behandeling te stoppen, gebaseerd op het ‘Barrières tot Behandeling’ model van Kazdin en collega’s (1997) en onderliggende mechanismen voorgesteld door Garcia en Weisz (2002). *Methode.* Kind- en gezinskarakteristieken werden verzameld van 72 gezinnen die behandeling zochten voor een kind met overgewicht, 47 van hen vulden ook na afloop vragenlijsten in m.b.t. waargenomen barrières. *Resultaten.* Barrièrescores verschilden weinig tussen gezinnen die de behandeling afwerkten en gezinnen die uitvielen. Kinderen die vroegtijdig stopten, waren ouder, hadden meer overgewicht, en vertoonden meer gewichtsverlies. Deze gezinnen ervaarden de behandeling als minder noodzakelijk. Gezinnen met een lage SES rapporteerden meer problemen van praktische aard die het volgen van een behandeling bemoeilijkten. *Discussie.* Hindernissen in de motivatie worden besproken. Verder betekent voor sommige jongeren het stopzetten van een behandeling niet noodzakelijk een falen van de therapie.

## Inleiding

Overgewicht vormt een toenemend probleem in onze Westerse maatschappij. Ook bij kinderen en jongeren neemt het percentage dat lijdt aan overgewicht en obesitas meer en meer toe. Naast een vergrote kans op verscheidende gezondheidsproblemen in de volwassenheid, zoals diabetes type 2 en hart- en vaatziekten, vormt overgewicht een belasting voor het sociaal en emotioneel welzijn van de jongere (Braet, Mervielde & Vandereyken, 1997). Aanvaarding door leeftijdsgenoten is heel belangrijk, en jongeren met overgewicht hebben vaak te kampen met stigmatisatie, welke wordt opgenomen in hun zelfbeeld (Wang, Brownell, & Wadden, 2004). Het vormt dus een niet te onderschatten probleem met diverse gevolgen. Hoewel werkzame gedragstherapeutische programma's werden ontwikkeld, stoppen veel gezinnen vroegtijdig een behandeling. Er werd nog maar weinig onderzoek verricht naar factoren die dit kunnen verklaren. Deze pilootstudie probeert dan ook mogelijke redenen voor drop-out bij de behandeling van kinderen met overgewicht, in kaart te brengen.

### *De behandeling van overgewicht bij kinderen*

Bij de behandeling van overgewicht bij kinderen ligt de nadruk op gewichtscontrole door het stapsgewijs aanleren van een gezondere levensstijl die voor iedereen – ook voor de gezinsleden zonder overgewicht – wenselijk en haalbaar is. De behandelingen kunnen zich focussen op de jongere, of ook de ouder actief betrekken (Braet, Joossens, Mels, Moens, & Tanghe, 2007; Murtagh, Dixey, & Rudolph, 2006). Naast een focus op gewichtscontrole wordt binnen deze programma's ook aandacht getoond voor de psychosociale aspecten van de problematiek. De werkzaamheid van deze programma's is uitgebreid aangetoond (Jelalian, Wember, Bungeiroth, & Birmaher, 2007). Dit betekent niet dat deze jongeren geen overgewicht meer hebben na de behandeling, maar wel dat het overgewicht minder ernstig is, en/of dat de ernst niet verder toeneemt (Braet & Van Winckel, 2005).

Een belangrijke krachtlijn van de behandeling is dat er geen verbod is op bepaalde (ongezonde) voedingsmiddelen: ook ongezonde middelen mogen (beperkt) gegeten worden. De jongeren worden verder niet op een 'dieet' gezet – in de betekenis van een minder grote inname dan de energiebehoefte van de jongere vereist (Braet, Joossens, Mels, Moens, & Tanghe, 2007). Diëten verstoort immers het metabolisme, zorgt ervoor dat het lichaam overschakelt op een lager verbruik, waardoor na een aanvankelijke afname tijdens het dieet zelf, de jongere sterker bijkomt bij hervatting van zijn eetpatroon (Hawks, Madanat, & Christley, 2008).

De behandeling bestaat dus uit meerdere sessies met een opeenvolging van kleine aanpassingen in levensstijl, en leidt slechts tot beperkt gewichtsverlies. Deze rationale moet daarom goed gecommuniceerd worden vooraf, zowel naar de jongere als naar de ouder, om onrealistische verwachtingen rond gedragsverandering en gewichtsevolutie tegen te gaan.

### *Drop-out bij de behandeling van kinderen met overgewicht*

Jammer genoeg stoppen vele jongeren vroegtijdig met de behandeling. Drop-out is een probleem dat bij verscheidene problematieken voorkomt, maar bij gezinnen die behandeling zoeken voor overgewicht is dit opmerkelijk. Drop-out kan hierbij worden gedefinieerd als de eenzijdige beslissing van de cliënt een behandeling te stoppen hoewel het behandelteam dit als vroegtijdig beschouwt (Kazdin, 1996). Gemiddeld bereikt slechts 50 % een hoeveelheid behandelsessies die we als geslaagde behandeling kunnen beschouwen (Zeller et al., 2004). Pinelli en collega's (1999) rapporteren zelfs uitvalcijfers boven 90% bij verscheidene Italiaanse behandelcentra voor kinderen met overgewicht. Naast de bezorgdheid dat jongeren die een behandeling vroegtijdig afronden onvoldoende baat hebben gehad bij de behandeling, gaat drop-out ook vaak gepaard met gevoelens van falen, zowel bij de cliënt als bij de therapeut. Het loont dan ook de moeite om in kaart te brengen wat de voornaamste redenen zijn om te stoppen bij gezinnen die zich eerder aanmeldden omwille van een kind met overgewicht. Enerzijds kan een beter inzicht in deze redenen, handvatten bieden om therapietrouw te verhogen en de effectiviteit van de behandeling te bevorderen. Anderzijds kan het negatieve gevoelens ten gevolge van drop-out kaderen en helpen relativeren, zowel voor de cliënt als de therapeut, waardoor hindernissen beter bespreekbaar en overbrugbaar kunnen worden.

Er is nog maar weinig onderzoek verricht naar factoren die bijdragen tot vroegtijdige beëindiging van de behandeling bij kinderen met overgewicht. Dit werd voornamelijk onderzocht bij de behandeling van gedragsproblemen bij kinderen. Daarbij verschijnen lagere sociaal-economische status, psychopathologie in het gezin, en ernst van de problematiek van het kind, als beïnvloedende factoren (Assemany & McIntosh, 2002). In een studie van Moens, Braet en Van Winckel (in revisie) werden gezinnen die meer dan de helft van de behandelsessies vervulde, vergeleken met zij die vóór de helft stopten op vlak van enkele demografische factoren. De kinderen in beide groepen verschilden echter niet van elkaar op vlak van leeftijd, geslacht, overgewicht vóór de behandeling, overgewicht van de ouder, SES of psychopathologie bij de ouder. Leeftijd, geslacht, afkomst, en sociaal-economische status<sup>1</sup> hingen wel samen met drop-out binnen enkele andere studies. Naast

demografische variabelen, werden hierbij enkele psychologische variabelen bekeken. Depressieve symptomen en een laag zelfbeeld bij het kind gingen gepaard met een hogere kans op drop-out (Cote et al., 2004; Zeller et al., 2004). Wanneer kinderen geïnterviewd werden rond hun motivatie om gewicht te verliezen en het volhouden van gedragsverandering, gaven ze aan dat emotionele steun van de ouders en erkenning van het probleem bij hun ouders belangrijk waren (Murtagh, Dixey, & Rudolph, 2006). Motivatie van het kind hangt dus ten dele af van de medewerking en motivatie van de ouder. Daarnaast vallen de praktische regelingen tot deelname aan een therapie bij elke problematiek die kinderen betreft, terug op de ouder.

### *Drop-out binnen een barrièremodel*

Drop-out bij de behandeling van overgewicht kan op verschillende manieren gekaderd worden. Ten dele kan het gewijkt worden aan de aard van de problematiek. Overvoeding kan beschouwd worden als een falen van impulscontrole (Baumeister & Hetherington, 1996), en het systematisch naar een behandeling komen en wijzigingen in levensstijl volhouden, vereist net veel zelfdiscipline, wat conflicteert met hun probleem. Baumeister en Hetherington (1996) beschrijven een ‘draagkracht’ model dat stelt dat impulscontrole een hulpbron is die kan slinken en ook opnieuw aangevuld kan worden. Deze ‘heraanvulling’ is echter moeilijker bij een hogere mate van externe belasting, zoals een opeenstapeling van stressfactoren. Hierbij kan drop-out beschouwd worden als het gevolg van een overbelasting. De psychosociale stress van gezinnen met een kind met overgewicht is vaak een stuk groter dan deze van gezinnen zonder kind met overgewicht (Decaluwé, Braet, Moens, & Van Vlierberghe, 2006). Velen hebben comorbide problemen zoals een negatief lichaamsbeeld, eetpathologie of depressieve symptomen, die zowel aan de oorzaak van het overgewicht kunnen liggen als er een gevolg van kunnen zijn (Van Vlierberghe, Braet, Goossens, Rosseel, & Mels, 2009). Dit maakt de behandeling complexer, en vaak moeten deze comorbide problemen eerst aangepakt worden vóór aan het gewicht kan worden gewerkt. We vermoeden dat in een maatschappij die slankheidsidealen voorop stelt en waarin overgewicht geassocieerd wordt met negatieve stigma’s zoals luiheid en domheid, het hebben van overgewicht een stressfactor op zich is, waardoor steeds meer kinderen met overgewicht, ook psychopathologie vertonen (Van Vlierberghe, Braet, Goossens & Mels, 2009).

Kazdin en collega’s ontwikkelden een ‘Barrières tot Behandeling’ model dat hierbij kan aansluiten, en gaan ervan uit dat gezinnen die een behandeling niet afwerken, meer hindernissen ervaren tijdens het verloop van de behandeling. Hiertoe werd een vragenlijst

ontwikkeld, de 'Barriers to Treatment Participation Scale' (BTPS; Kazdin, Holland, Crowley, & Breton, 1997). Deze schaal werd ontwikkeld door dieper in te gaan op de ervaringen van therapeuten met cliënten die tijdens de behandeling uitvielen. In focusgroepen werden ze gevraagd op deze ervaringen terug te blikken en hindernissen te formuleren die deze gezinnen ervaarden. Het model van Kazdin en collega's werd onderzocht en ondersteund bij de behandeling van gedragsproblemen, maar nog niet bij de behandeling van overgewicht. Daarnaast werd door Garcia en Weisz (2002) bekeken of gezinnen die uitvallen, andere barrières ervaren dan gezinnen die in behandeling blijven. Ook dit werd nog niet onderzocht bij de behandeling van overgewicht.

In deze pilootstudie stellen we ons dan ook de vraag of gezinnen die uitvallen bij de behandeling van overgewicht, meer hindernissen ervaren dan gezinnen die de behandeling wel verder zetten. Hierbij wordt ook de impact van psychosociale stressfactoren en factoren die gepaard gaan met ernst en complexiteit van de problematiek, bekeken. We verwachten dat lage SES, aanwezigheid van psychopathologie bij het kind, en een hogere mate van overgewicht, gepaard gaan met drop-out. Daarnaast stellen we ons de vraag – in navolging van Garcia en Weisz en hun 'Reasons for Ending Treatment Questionnaire' (RETQ; Garcia & Weisz, 2002) – of de aard van de hindernissen kwalitatief verschilt van hindernissen die ervaren worden door de gezinnen die de behandeling wel afwerken.

## **Methode**

### *Participanten*

De steekproef bestaat uit 72 kinderen (27 jongens en 45 meisjes) tussen 4 en 16 jaar die zich hadden aangemeld bij de Jeugdobesitaswerking van het Universitair Ziekenhuis Gent en de Universiteit Gent. De gemiddelde leeftijd was 10.46 jaar, en het gemiddelde percentage overgewicht bij intake was 163.89 %. De verschillende sociaal-economische klassen werden vertegenwoordigd: 26% van de families behoorden tot een laag- of laaggemiddelde klasse, 54% tot de middenklasse, en 20% tot hooggemiddelde of hoge klasse (gecategoriseerd volgens de Hollingshead index, 1975). Twee gezinnen waren van buitenlandse origine.

### *Procedure*

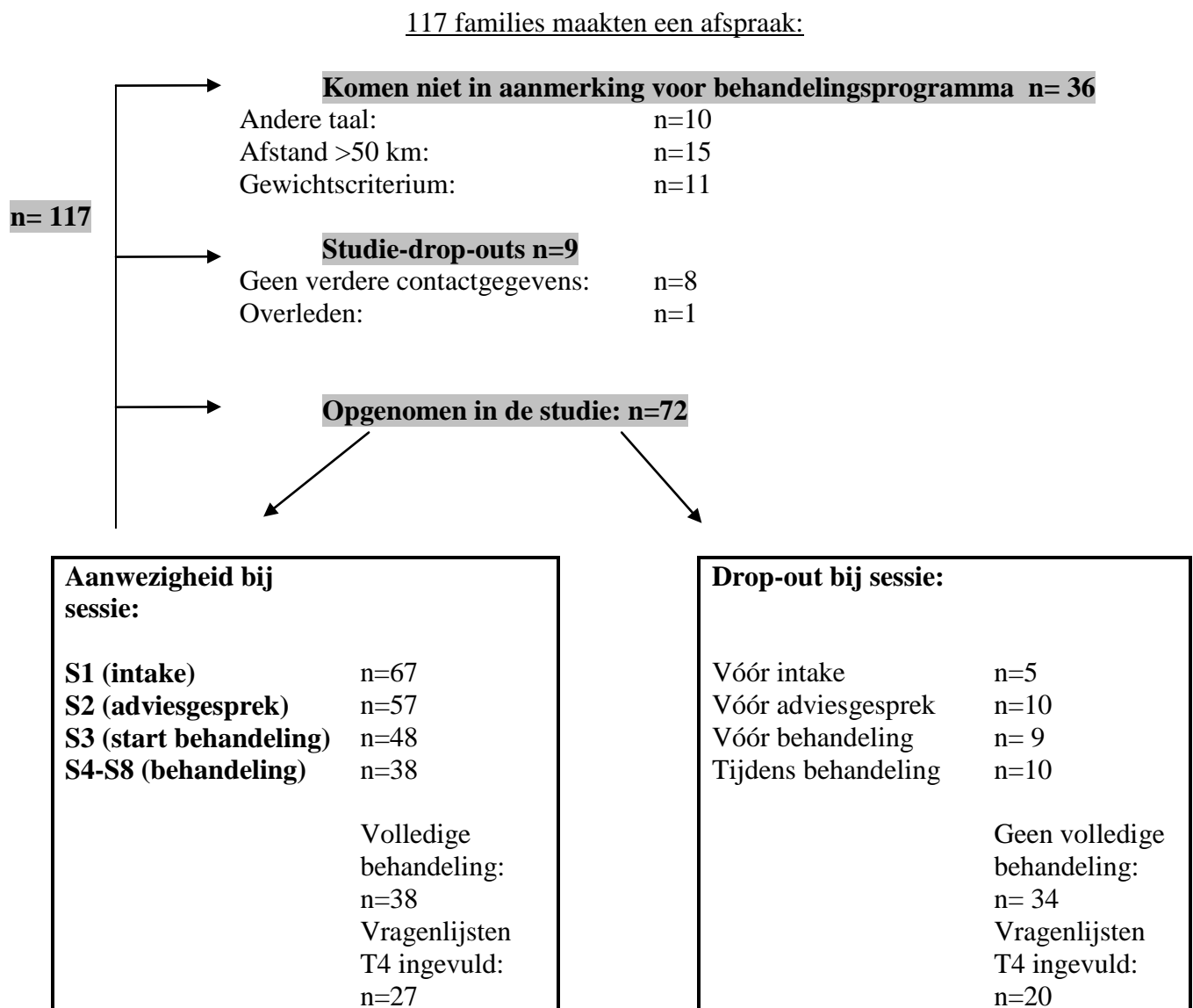
De Jeugdobesitaswerking van het UZ Gent biedt een cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling aan voor kinderen tussen 7 en 12 jaar met matig overgewicht (percentage overgewicht tussen 130% en 180%). Deze bestaat uit zes tweewekelijkse sessies van 2 uur

met daaraan voorafgaand een diagnostische fase bestaande uit een intake- en een adviesgesprek. Binnen deze behandeling, die geleid wordt door een diëtist en een psycholoog, wordt zowel psycho-educatie rond gezonde voedings- en bewegingsgewoonten gegeven, als probleemoplossende vaardigheden aangeleerd (Braet, Joossens, Mels, Moens, & Tanghe, 2007). Aanvullend wordt een bewegingsprogramma aangeboden o.l.v. een bewegingsdeskundige, waarbij de kinderen in groep matig intensieve bewegingsactiviteiten doen en op weg gezet worden naar de instap in een sportclub. Bij kinderen jonger dan 7 wordt met de ouder gewerkt. Adolescenten (12-16 jaar) kunnen individueel begeleid worden. Het psychologische luik hiervan bestaat uit dezelfde elementen als het groepsprogramma. Hoewel individuele problemen van het kind bij de individuele sessies bij de psycholoog meer uitgewerkt kunnen worden, blijft gewichtscontrole ook hier de voornaamste focus, en gaat het dus niet om behandeling van klinische emotionele of gedragsproblemen op zich. Kinderen waarbij een dergelijke problematiek de overhand heeft, worden in eerste instantie doorverwezen om dit aan te pakken vooraleer aan het gewicht wordt gewerkt.

Gezinnen werden geïnformeerd over het doel en opzet van de studie bij de intakeprocedure (T1). Data werden verzameld op 4 tijdstippen: bij intake (T1), vóór behandeling (T2), na behandeling (T3), en bij contactname voor het invullen van de hindernissenvragenlijst, 6 tot 18 maanden na de intake (T4). De tijd tussen intake en contactname bleek geen invloed te hebben op de gemeten kind- en gezinskenmerken. Gewichtsgegevens werden verzameld op de vier tijdstippen. Bij de intake (T1) worden standaard enkele vragenlijsten afgenomen rond eetgedrag en psychosociaal functioneren, en worden demografische gegevens bevestigd. De hindernissen werden bevestigd op T4.

Tussen februari 2007 en maart 2008 hadden zich 117 gezinnen aangemeld voor de intakeprocedure van het Jeugdobesitasteam. Dit betrof 105 Belgische gezinnen en 12 gezinnen van buitenlandse origine. De contactname om de hindernissenvragenlijst in te vullen vond plaats in augustus 2008. Van de 117 gezinnen die zich hadden aangemeld, kwamen er 72 in aanmerking voor de studie. Exclusiecriteria hadden betrekking op de mogelijkheid om de beschikbare behandeling te kunnen volgen, namelijk afstand (n=15), de Nederlandse taal onvoldoende beheersen (n=10), of niet beantwoorden aan het gewichtscriterium (minder dan 130% overgewicht, n=11). Verder waren van 8 gezinnen geen correcte contactgegevens beschikbaar, en was één kind intussen overleden. Gezien deze exclusiecriteria wogen de kinderen die niet in de studie werden opgenomen minder en waren ze vaker van buitenlandse origine dan de kinderen die in de studie zijn opgenomen.

*Figuur 1:* Doorstroomschema van de participanten die zich aanmeldden bij de Jeugdobesitaswerking gedurende één jaar



Van de 72 gezinnen die werden aangeschreven hadden 38 kinderen de behandeling afgewerkt, 34 van hen werden gedefinieerd als drop-outs. Zevenenveertig van hen vulden de hindernissenvragenlijst in. Dit betrof 20 gezinnen die de behandeling vroegtijdig stopten, en 27 gezinnen die de behandeling afwerkten. Figuur 1 geeft een doorstroomschema van de participanten. De gezinnen die de hindernissenvragenlijst invulden, bleken niet te verschillen op de gemeten kind- en gezinskarakteristieken met de 25 gezinnen die deze vragenlijsten niet invulden, wat representativiteit van de proefgroep ondersteunt. De vragenlijsten werden teruggezonden via de post, of telefonisch of via huisbezoek afgenomen. Zowel de ouder als het kind werd gevraagd een vragenlijst in te vullen, maar vooral de ouders werkten mee.

Enkel de resultaten van de ouders zullen dan ook besproken worden. De gezinnen kregen een cadeaubon als dank voor hun medewerking.

### *Meetinstrumenten*

#### **Hindernissen**

De BTPS onderscheidt 1 factor die de totale barrièrescore weerspiegelt. De BTPS is niet gericht op het nagaan van kwalitatieve verschillen in de aard van de hindernissen, maar de items werden door de auteurs wel gegroepeerd naargelang hun inhoud (stressoren en hindernissen die de behandeling bemoeilijken, problemen met eisen en kwesties van de behandeling, waargenomen belang van de behandeling en problemen in de therapeutische relatie).

De RETQ onderscheidt 6 factoren die teruggaan op kwalitatieve verschillen in redenen, met name 'Problemen in de therapeutische relatie', 'Praktische problemen in verband met het gezin of het ziekenhuis', 'Problemen met afspraken en personeel van het ziekenhuis', 'Bezorgdheden rond tijd en inspanning', 'Waargenomen belang van de behandeling' en 'Geldkwesties'.

#### **Psychosociale en demografische gegevens**

Bij de intake van de Jeugdobesitaswerking worden standaard enkele vragenlijsten afgenomen die peilen naar eetgedrag (NVE; Van Strien, Frijters, Bergers, & Defares, 1986) en de aanwezigheid van emotionele en gedragsproblemen (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1983, CBSK; Veerman, Straathof, & Treffers, 1994, CBSA; Treffers et al., 2002). Daarnaast zijn demografische en socio-economische variabelen opgenomen in een algemene informatiefiche.

#### **Drop-outstatus**

Na de intakeprocedure die bestaat uit twee contacten, namelijk een intake- en een adviesgesprek, wordt standaard een behandeling van 6 sessies aangeboden. Het aantal contacten varieert dus van 0 (afwezig op de intake) tot 8. Kinderen die minder dan 6 contacten hadden, werden gedefinieerd als drop-outs. Deze groep werd verder opgedeeld volgens moment van drop-out: (a) drop-out vóór het intakegesprek (n=5), (b) drop-out vóór het adviesgesprek (n=10), (c) drop-out vóór de eerste behandelsessie (n=9), en (d) drop-out na de eerste (maar vóór de vierde) behandelsessie (n=10).



### *Data-analyse*

De variantieanalyses (ANOVA) werden apart uitgevoerd voor de BTPS en RETQ, en de factorstructuur die voorgesteld werd door de auteurs van deze vragenlijsten werd gevolgd. Omdat op basis van de RETQ eveneens een totale barrièrescore berekend kan worden, en de BTPS de hindernissen groepeerd volgens thema, werden onderzoeksvragen met betrekking tot aantal en inhoud van de hindernissen onderzocht met zowel de BTPS en RETQ. Voor de categorie ‘problemen in de therapeutische relatie’, werden de gezinnen die niet op intake kwamen (n=2), niet opgenomen.

## **Resultaten**

### *Kind- en gezinskarakteristieken*

Met betrekking tot kind- en gezinskenmerken, werden geslacht en leeftijd van het kind, sociaal-economische status van het gezin, eetstijl van het kind, zelfbeeld, mate van overgewicht en de aanwezigheid van emotionele of gedragsproblemen bij het kind, nader bekeken. Geslacht, zelfbeeld en eetstijl van het kind bleken geen onderscheid te maken tussen beide groepen met betrekking tot drop-out. Verder bleek een trend tot verschillen in sociaal-economische status en aanwezigheid van psychopathologie bij het kind, waarbij gezinnen met een lagere SES en kinderen met een hogere totale probleemscore op internaliserende en externaliserende symptomen, meer dreigen uit te vallen. Leeftijd en overgewicht bij intake bleken significant te verschillen tussen drop-outs en voltooiers. Oudere kinderen (12 jaar versus 9 jaar respectievelijk,  $t(70) = -4.12$ ,  $p < .001$ ) en kinderen met een sterkere graad van overgewicht bij de intake (173% versus 157% respectievelijk,  $t(65) = -3.02$ ,  $p < .004$ ) vertoonden meer kans om uit te vallen. Op het moment van de studie was het percentage overgewicht van de kinderen die uitvielen hoger dan dat van deze die in behandeling bleven (163.82% vs 154.52%), maar dit verschil was niet significant.

### *Hindernissen*

Wat het aantal hindernissen betreft, bleken gezinnen die uitvielen niet méér hindernissen te ervaren dan gezinnen die de behandeling wel afwerkten. De absolute score was op beide vragenlijsten hoger bij de gezinnen die uitvielen (66.25 vs 61.70 op de BTPS; 57.45 vs 51.33 op de RETQ) maar het verschil met de gezinnen die niet uitvielen was niet significant ( $p > .10$ ). In het algemeen viel op dat in beide groepen relatief weinig hindernissen

werden aangeduid, en dat de hindernissen als weinig belastend werden ervaren. Desondanks zijn de scores vergelijkbaar met eerder onderzoek met de BTPS.

Met betrekking tot de aard van de hindernissen, werden op de RETQ enkel significante verschillen gevonden op vlak van 'Waargenomen belang' van de behandeling ( $p < .05$ ). Gezinnen die uitvielen, ervoeren de behandeling als minder noodzakelijk. Op itemniveau bleek dit samen te hangen met de ervaring dat hulp niet meer nodig was, aangezien het kind aan de betere hand was. Op de categorieën van de BTPS werden geen significante verschillen gevonden. Wanneer we de items van de BTPS bekijken die betrekking hebben op waargenomen belang van de behandeling, zien we wel een significant hogere score op het verwante item 'het gedrag van mijn kind lijkt verbeterd, waardoor behandeling niet meer noodzakelijk lijkt' ( $p < .05$ ). Daarnaast vertoonden gezinnen die in behandeling bleven, een trend tot het ervaren van minder werkzaamheid van de behandeling ('de behandeling leek niet te werken',  $p = .05$ ). Een overzicht van alle significante items wordt gegeven in Tabel 1.

Verder bleek er een trend te zijn tot het ervaren van meer hindernissen van praktische aard bij gezinnen die uitvielen ( $p < .10$ ). Vervolgens werd nagegaan of hindernissen van praktische aard vaker voorkwamen bij gezinnen met een lagere sociaal-economische klasse. Gezinnen die de behandeling niet afwerkten, en een lagere SES hadden, vertoonden een hogere score op 'Praktische hindernissen' in vergelijking met gezinnen van hooggemiddelde klasse ( $p < .05$ ).

### *Evolutie na de behandeling*

Tot slot bekeken we ook de gewichtsevolutie na de behandeling. De jongeren die uitvielen, maakten een sterkere positieve gewichtsevolutie door, ze verloren meer percentage overgewicht dan de kinderen die in behandeling bleven (-7.5% versus -0.6%,  $p = .06$ ). Deze gewichtsevolutie was er vooral bij degenen die tijdens de behandeling uitvielen, in vergelijking met degenen die de behandeling niet gestart hadden. Leeftijd en overgewicht bij intake waren niet significant gecorreleerd met deze gewichtsevolutie. Er werd nagegaan of een positieve gewichtsevolutie gerelateerd was aan waargenomen belang van de behandeling. Hieruit bleek dat gezinnen die de behandeling niet afwerkten maar een positieve gewichtsevolutie doormaakten, de behandeling als minder noodzakelijk ervoeren (i.e. meer hindernissen ervoeren op vlak van waargenomen belang van de behandeling) dan gezinnen die in behandeling bleven ( $p < .05$ ).

Tabel 1

Vergelijking van gezinnen die de behandeling afwerkten (voltooiers) en gezinnen die uitvielen (drop-outs)

	Voltooiers	Drop-outs	
<i>Totale barrièrescores</i>			
Kazdin	61.70 (15.31)	66.25 (18.54)	<i>ns</i>
Weisz	51.33 (13.13)	57.45 (15.63)	<i>ns</i>
<i>Soorten hindernissen</i>			
Waargenomen belang	1.20 (0.43)	1.60 (0.76)	<i>p</i> <.05
Praktische hindernissen	3.76 (0.84)	4.42 (1.44)	<i>p</i> <.10
<i>Items</i>			
Niet noodzakelijk	1.50 (0.76)	2.20 (1.44)	<i>p</i> <.05
Leek niet te werken	2.15 (1.12)	1.53 (1.073)	<i>p</i> <.10
Naar ziekenhuis gaan zou niet helpen	1.15 (0.36)	1.75 (1.33)	<i>p</i> <.10
Andere behandelaar	1.00 (0.00)	1.60 (1.23)	<i>p</i> <.05
Kind aan de betere hand	1.26 (0.72)	1.85 (1.18)	<i>p</i> <.05
Paste niet binnen schoolschema	1.15 (0.46)	1.70 (1.13)	<i>p</i> <.05

Gemiddelden (SD)  
*ns* = niet significant

## Discussie

Het doel van de besproken studie was nagaan welke factoren samengaan met het vroegtijdig beëindigen van de behandeling bij kinderen met overgewicht. Een aantal predictoren van drop-out op kind- en gezinsniveau die terugkomen in bestaand onderzoek, werden ook in deze studie gevonden. Er werd beperkte ondersteuning gevonden voor het barrièremodel van Kazdin. Op inhoudsniveau lijkt subjectieve tevredenheid met

werkzaamheid van de therapie een rol te spelen, en tot slot maakten de jongeren die uitvielen, wel een positieve gewichtsevolutie door.

Een aantal psychosociale stressfactoren, zoals symptomen van psychopathologie bij het kind en een lagere SES, gingen gepaard met drop-out. Gezinnen met een lage SES die uitvielen, ervaarden daarbij meer hindernissen van praktische aard. Deze resultaten ondersteunen een barrièremodel. Echter, wanneer enkel werd gekeken naar drop-outstatus, rapporteerden gezinnen die uitvielen, niet beduidend meer barrières tijdens de behandeling dan de voltooiers. Kazdin en collega's (1997) leverden eerder toonaangevende studies rond drop-out bij de behandeling van kinderen met gedragsproblemen, waarbij duidelijk kon geconcludeerd worden dat gezinnen die afhaakten wél meer hindernissen ervaarden. Naast verschillen in design tussen beide studies, moeten we ook rekening houden met verschillen in de aard van de problematiek. Obesitas weerspiegelt een medische en geen psychologische diagnose, deze populatie is heel heterogeen, en het is dus mogelijk dat het model enkel bij een specifieke groep van toepassing is en op specifieke domeinen, zoals gezinnen die het op psychosociaal vlak al moeilijker hebben. Deze gezinnen zouden met meer ondersteuning kunnen geholpen worden het volledige hulpverleningsproces te voltooien.

De kinderen die uitvielen, waren zwaarder maar hadden de ervaring dat het probleem verbeterd was en de behandeling minder noodzakelijk was. Gezinnen die in behandeling bleven, gaven daarentegen (op itemniveau) aan dat de behandeling (nog) niet leek te werken. Drop-out kan dus een weerspiegeling zijn dat het gezin tevreden is met het bereikte resultaat of het gevoel heeft zelf verder te kunnen. Dit kan drop-out meer bespreekbaar maken. Ook maakten de kinderen die uitvielen een positieve gewichtsevolutie door, die niet verklaard kon worden door de aanvankelijke mate van overgewicht. Echter, we moeten ook in rekening brengen dat ondanks deze gewichtsevolutie, de drop-outgroep nog steeds meer overgewicht vertoonde dan de voltooiers, wat gepaard kan gaan met bijkomende therapiedoelen bij therapeuten. De resultaten met betrekking tot de gewichtsevolutie bij de drop-outgroep moeten bovendien voorzichtig geïnterpreteerd worden. Als de positieve gewichtsevolutie een bewijs zou zijn dat de aangeleerde kennis is ingepast in de levensstijl van de jongeren, is dit bemoedigend voor behandelaars. Anderzijds kan de gewichtsevolutie het begin van een jojo-effect weerspiegelen. Indien deze jongeren het levensstijlprogramma niet continueren, kunnen we een rebound-effect verwachten. Follow-up gewichtsmetingen zouden hierin meer duidelijkheid kunnen brengen. Ook moet opgemerkt worden dat vele gezinnen vroegtijdig afhaakten (met 70% tijdens de intakefase d.w.z. vóór de eerste behandelsessie), en dat het nog

maar de vraag is of ze al iets geleerd hadden, hoewel in het adviesgesprek al een aantal krachtlijnen worden meegegeven. Ook dit zou in verder onderzoek kunnen bevestigd worden.

Er was meer drop-out bij oudere kinderen. Oudere kinderen zijn vaak zwaarder, ook in deze studie, en we zien in de praktijk dat adolescenten met meer overgewicht, een sterke wens hebben om af te vallen. In de adolescentie, een periode waarin het zelfbeeld van jongeren sterk gevormd wordt, zijn ze erg gevoelig voor de invloed van media en de waarden van leeftijdsgenoten (Klaczynski, Daniel, & Keller, 2009). Bovendien wordt deze periode, door grote veranderingen in het cognitief functioneren, ook gekenmerkt door een sterkere impulsiviteit (Casey, Jones, & Hare, 2008). Dit alles maakt dat deze jongeren een verbetering in gezondheidsrisico's vaak minder belangrijk vinden dan gewichtsverlies. Daarbij gebruiken adolescenten met overgewicht vaak ongezonde manieren om gewicht te verliezen zoals maaltijden overslaan of vervangmaaltijden gebruiken (Neumark-Sztainer, Wall, Story & Sherwood, 2009). De jongeren, en ook hun ouders, verwachten een dieet waarbij er snel resultaat te zien is, geen langdurige stapsgewijze behandeling gericht op aanpassingen in levensstijl. De rationale hiervoor moet bij aanvang goed toegelicht worden, zodat verwachtingen kunnen worden bijgesteld. Bovendien is levenslang elke dag bewuste keuzes maken, mét ruimte voor ongezonde voedingsmiddelen, minstens even moeilijk als op regelmatige tijdstippen een kort maar streng dieet volgen. Het positieve effect van gewichtsstagnatie en kleine gewichtsafname moet dus duidelijker zichtbaar gemaakt worden voor de jongere. Dit kan bijvoorbeeld door de evolutie van de jongere uit te zetten op een curve, en te vergelijken met de evolutie die er geweest zou zijn als de jongere niet had ingegrepen.

#### *Aanbevelingen voor verder onderzoek*

Therapeuten hebben weinig zicht op hoe het verder gaat met gezinnen die een behandeling vroegtijdig stoppen, en onderzoek richt zich daar ook weinig op. Ondanks beperkte steekproefgrootte, verschenen in deze studie enkele betekenisvolle verschillen tussen drop-outs en voltooiers die uitnodigen tot verder onderzoek. Verder werden ook gezinnen die de behandeling afwerkten, bevestigd met betrekking tot hoeveel hindernissen zij ervaarden. De response rate voor deze studie was 65%, en de groepsgrootte van de drop-outgroep en de gezinnen die de behandeling afwerkten, was vergelijkbaar. Deze factoren maken een betrouwbaardere vergelijking mogelijk.

Het barrièremodel zou echter in grotere steekproeven getoetst moeten worden om een uitspraak te kunnen doen over de relevantie bij de obese populatie. Ook moeten we er ons

bewust van zijn dat -afhankelijk van het moment waarop gezinnen worden bevroegd omtrent het vroegtijdig stoppen- er één of andere bias kan optreden die de resultaten kan beïnvloeden. Zo werden bij Kazdin en collega's (1997) de gezinnen bevroegd tijdens hun beslissing om te stoppen, wat evenwel voor perceptiefouten of sociaal wenselijke antwoorden kan zorgen. Het bevroegen van barrières tijdens het beslissingsproces om te stoppen, kan een andere perceptie geven van de sterkte en relevantie van de hindernissen dan het retrospectief bevroegen van de hindernissen zoals in deze studie gebeurde, waarbij we dan wel weer rekening moeten houden met een herinneringsbias (Nagurney et al., 2005).

Verder zou het interessant zijn in de toekomst meerdere informanten op te nemen. Toekomstig onderzoek zou gebruik kunnen maken van focusgroepen om zicht te krijgen op de perceptie van therapeuten en om kinderen actiever te betrekken in het onderzoek.

Deze studie betrof Nederlandstalige gezinnen. Cultuur kan een bijkomende factor zijn die drop-out beïnvloedt. Hoewel anderstalige gezinnen niet opgenomen zijn in deze studie – van deze gezinnen hebben we dus geen vragenlijstgegevens op T1 of T4-laet inspectie van de aanwezigheidsgegevens zien dat 7 van de 10 anderstalige gezinnen, uitvielen vóór het adviesgesprek. Dit betekent dat niet alleen behandeling, maar ook doorverwijzing bemoeilijkt wordt bij deze gezinnen. Ook dit zou in verder onderzoek opgenomen kunnen worden.

Tot besluit kunnen we stellen dat overgewicht bij kinderen en jongeren een complexe problematiek is, en dat het moeilijk is de jongeren (en vooral hun ouders – we baseren ons in deze studie op hun antwoorden rond waargenomen hindernissen) blijvend te motiveren tot volhouden van een behandeling. Deze studie geeft een aanzet tot het in kaart brengen van mogelijke hindernissen bij een behandeling maar roept tegelijkertijd vele vragen op. De groep van obese cliënten is heterogeen en we moeten zeker genuanceerd analyseren. Zo hoeft drop-out bij bepaalde jongeren niet noodzakelijk gelijk te staan met een afwijzen van behandelingsdoelen. Hoe dan ook, het bewustzijn van de mogelijke barrières voor zowel Nederlandstalige als anderstalige obese jongeren om in de hulpverlening in te stromen of deze te voltooien, blijft belangrijk voor hulpverleners die met deze problematiek te maken hebben. Door groepen die te vroeg dreigen uit te vallen beter te herkennen, kan de therapeut dit sneller bespreekbaar maken. Ook zouden in de toekomst meer structurele aanpassingen in de behandeling van obesen kunnen ontwikkeld worden, zoals het opnemen van een sociaal medewerker in het multidisciplinaire team. Telefonische contactnames na het maken van de eerste afspraak en na de eerste sessie(s), waarbij de rationale wordt toegelicht en tevredenheid en hindernissen worden besproken, kan therapietrouw in de toekomst verhogen (Kazdin, 1996).

## Dankbetuigingen en erkenningen

Deze studie werd uitgevoerd aan de Universiteit Gent in samenwerking met de kinderafdeling van het Universitair Ziekenhuis Gent, waarvoor dank aan alle medewerkers van deze afdeling en de gezinnen die aan deze studie hebben meegewerkt.

### Summary

*Aim.* Adoption of enduring lifestyle changes are an important aspect of childhood obesity treatment. Unfortunately, a lot of families end treatment prematurely. The present pilot study investigates motives to stop treatment, based on the 'Barriers to Treatment' model proposed by Kazdin and colleagues (1997) and underlying dimensions proposed by Garcia and Weisz (2002).

*Method.* A sample of 72 families that sought treatment for childhood obesity, were contacted, and 47 participated by completing questionnaires on perceived barriers. Child and family characteristics were available for the full sample.

*Results.* Results indicate that few differences arise between completers and non-completers in total barriers score. Non-completers were older, displayed more overweight, perceived treatment as less relevant and manifested more weight loss. Non-completers with low SES experienced more practical problems.

*Discussion.* Impediments on motivation for therapy are discussed. Furthermore, the possibility arises that for some youngsters ending treatment prematurely does not equal failure of treatment.

### Noten

1. In beide studies werd SES bepaald d.m.v. verzekeringstype. In de studie van Cote en collega's (2004) vielen gezinnen die enkel een verzekering vanuit de overheid hadden, vaker uit dan zij die ook een privéverzekering hadden. In de studie van Zeller et al. (2004) hadden gezinnen die een overheidsverzekering hadden die specifiek voorzien wordt voor gezinnen met een laag inkomen, meer kans om vroegtijdig de behandeling te stoppen.

## Referenties

- Achenbach, T.M., & Edelbrock, C.S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, Vt.: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Assemany, A. E., & McIntosh, D.E. (2002). Negative treatment outcomes of behavioral parent training programs. *Psychology in the Schools, 39*(2), 209-219.
- Baumeister, R.F., & Heatherton, T. F. (1996). Self-regulation failure: an overview. *Psychological Inquiry, 7*, 1-15.
- Braet, C. (2006). Patient characteristics as predictors of weight loss after an obesity treatment for children. *Obesity Research, 14*, 148-155.
- Braet, C., Joossens, L., Mels, S., Moens, E., & Tanghe, A. (2007). *Kinderen en jongeren met overgewicht: handleiding voor begeleiders*. Antwerpen: Garant.
- Braet, C., Mevielde, I., & Vandereycken, W. (1997). Psychological aspects of childhood obesity: A controlled study in a clinical and nonclinical sample. *Journal of Pediatric Psychology, 22*, 59-71.
- Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). The adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1124*, 111-126.
- Colonna-Pydyn, C., Giesfield, C. D., Greeno, C. G. (2007). The factor structure of the barriers to treatment participation scale (BTPS). Implications for future barriers scale development. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Policy, 34*, 563-569.
- Cote, M.P., Byczkowski, T., Kotagal, U., Kirk, S., Zeller, M., & Daniels, S. (2004). Service quality and attrition: an examination of a pediatric obesity program. *International Journal for Quality in Health Care, 16*, 165-173.
- Decaluwé, V., Braet, C., Moens, E., & Van Vlierberghe, L. (2006). The association of parental characteristics and psychological problems in obese youngsters. *International Journal of Obesity, 30*, 1766-1774.
- Garcia, J. A., & Weisz, J. R. (2002). When youth mental care stops: therapeutic relationships problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 439-443.



- Hawks, S. R., Madanat, H. N., & Christley, H. S. (2008). Behavioral and biological associations of dietary restraint: A review of the literature. *Ecology of Food and Nutrition, 47*, 415-449.
- Hollingshead, A.B. (1975). *Four Factor Index of Social Status*. New Haven, CT: Yale University.
- Jelalian, E., Wember, Y.M., Bungeiroth, H., & Birmaher, V. (2007). Practitioner review: Bridging the gap between research and clinical practice in pediatric obesity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*, 115-127.
- Kazdin, A.E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 1*, 133-156.
- Kazdin, A. E., Holland, L., Crowley, M., & Breton, S. (1997). Barriers to Treatment Participation Scale: evaluation and validation in the context of child outpatient treatment. *Journal of Child Psychology, 38*, 1051-1062.
- Klazynski, P., Daniel, D. B., & Keller, P. S. (2009). Appearance idealization, body esteem, causal attributions, and ethnic variations in the development of obesity stereotypes. *Journal of Applied Developmental Psychology, 30*, 537-551.
- Moens, E., Braet, C. & Van Winckel, M. (2009). *An 8-year follow-up of treated obese children: children's, process' and parental predictors of successful weight outcome*. Manuscript submitted for publication (Behavioural Research and Therapy).
- Murtagh, J., Dixey, R., & Rudolf, M. (2006). A qualitative investigation into the levers and barriers to weight loss in children: opinions of obese children. *Archives of Disease in childhood, 91*, 920-923.
- Nagurney, J. T., Brown, D. F. M., Sane, S., Weiner, J. B., Wang, A. C., & Chang, Y. (2005). The accuracy and completeness of data collected by prospective and retrospective methods. *Academic Emergency Medicine, 12*, 884-895.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., & Sherwood, N. E. (2009). Five-year longitudinal predictive factors for disordered eating in a population-based sample of overweight adolescents: implications for prevention and treatment. *International Journal of Eating Disorders, 42* (7), 664-672.
- Treffers, P. D. A., Goedhardt, A.W., Veerman, J.W., Van den bergh, B. R. H., Ackaert, L. & de Rycke, L. (2002). *Handleiding Competentie Belevingschaal voor Adolescenten*. Lisse: Swets Test Publishers.

- Van Strien, T., Frijters, J.E.R., Bergers, G.P.A., & Defares, P.B. (1986). The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ) for assessment of emotional, external and restrained eating behaviour. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 295-313.
- Van Vlierberghe, L., Braet, C., Goossens, L., & Mels, S. (2009). Psychiatric disorders and symptom severity in referred versus non-referred overweight children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18 (3), 164-173.
- Van Vlierberghe, L., Braet, C., Goossens, L., Rosseel, Y., & Mels, S. (2009). Psychological disorder, symptom severity and weight loss in inpatient adolescent obesity treatment. *International Journal of Pediatric Obesity*, 4, 36-44.
- Veerman, J.W., Straathof, M.A.E. & Treffers, P.D.A. (1994). *Handleiding Competentiebelevingsschaal voor Kinderen, CBSK*. Duivendrecht: Paedologisch Instituut.
- Wang, S.S., Brownell, K.D., & Wadden, T.A. (2004). The influence of the stigma of obesity on overweight individuals. *International Journal of Obesity*, 28, 1333 -1337.
- Zeller, M., Kirk, S., Claytor, R., Khoury, P., Grieme, J., Santangelo, M., & Daniels, D. (2004). Predictors of attrition from a pediatric weight management program. *The Journal of Pediatrics*, 144, 466-470.