



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Behandeling van kinderen met overgewicht

Caroline Braet\*

---

## Samenvatting

*In dit artikel wordt achtereenvolgens ingegaan op de biologische en psychologische verklaringsmodellen voor het ontstaan van obesitas bij kinderen. Vervolgens worden de huidige inzichten omtrent de behandeling beschreven. Sinds enkele jaren is er een nieuwe tendens merkbaar in de therapieliteratuur: niet gewichtsverlies maar gewichtscntrole en het opbouwen van een gezonde levensstijl worden belangrijke behandeldoelen. Een combinatie van drie behandelingsrediënten is daarbij noodzakelijk: voedingsrichtlijnen, een bewegingsprogramma en gedragstherapie. Deze vernieuwende aanpak wordt geïllustreerd aan de hand van een casus. Uit de beschrijving van onze ervaringen met Sanne, een negenjarig meisje met overgewicht, blijkt dat ouderbegeleiding vaak een noodzakelijk onderdeel van de behandeling is.*

## Inleiding

Onlangs wees de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 1998) er op dat obesitas een ernstige bedreiging vormt voor de gezondheid. Gezien de omvang ervan spreekt men momenteel van een 'obesitas-epidemie'. Men schat dat alleen al in de Verenigde Staten zo'n 15 miljoen mannen en 18 miljoen vrouwen er last van hebben (Williamson, 1995). Het is ruimschoots aangetoond dat dikke mensen hoge kosten betekenen voor de maatschappij, vooral door de verhoogde kansen op fracturen, ontwikkeling van diabetes type II, hypertensie, respiratoire en cardio-vasculaire aandoeningen (Pi-Sunyer, 1993).

Reeds tientallen jaren beschouwt men 'op dieet gaan' als de ultieme oplossing voor het verliezen van overtollige kilo's. Helaas, steeds opnieuw blijkt dat men na stopzetting van het dieet weer in gewicht toeneemt en dat men na afloop soms meer weegt dan voordien (Wilson, 1994a). Bovendien zou op dieet gaan ook nog schadelijke neveneffecten hebben zoals bijvoorbeeld verhoogde kans tot het ontwikkelen van eetbuien en stoornissen in de regulatie van het basaal metabolisme (Garner & Wooley, 1991). Wetenschappelijk onderzoek is tot de conclusie gekomen dat er voor volwassen personen met obesitas momenteel geen geschikte behandelingsmethode bestaat en dat er maar enkele 'hoopgevende' behandeldoelen zijn (Wilson, 1994a):

- streven naar gewichtscntrole in plaats van gewichtsverlies, waarbij maximaal 10% gewichtsverlies is toegelaten;
- opbouwen van een gezonde levensstijl, wat een meer gunstige prognose op het voorkomen van ziektes inhoudt;
- voorkómen van overgewicht, onder andere via vroegtijdige interventie bij dikke kinderen.

---

\* PROF. DR. C. BRAET is verbonden aan de Afdeling Ontwikkelings- en Persoonlijkheidspsychologie van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de Rijks Universiteit Gent.

In dit artikel zullen achtereenvolgens de biologische en psychologische verklaringmodellen aan bod komen van het ontstaan van obesitas bij kinderen, indicaties voor behandeling en de huidige behandeling.

## **Ontstaan van overgewicht: het biologische model**

De etiologie van obesitas en het ontstaansmechanisme zijn bij kinderen en volwassenen identiek. Obesitas verwijst naar een opstapeling van overtollig lichaamsvet als gevolg van een verstoord evenwicht tussen energie-inname en energie-verbruik ( Bouchard, Pérusse, Rice & Rao, 1998). Als 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.

Obesitas alleen aan eetgewoonten toeschrijven zou een grove veralgemenisering zijn. Uit studies bij tweelingen en adoptiekinderen is gebleken dat er een genetische 'sensitiviteit' bestaat voor het ontwikkelen van obesitas. De genetische factoren hebben zowel in medische kringen als in de lekenpers recent zeer veel aandacht gekregen, na de ontdekking van het leptinegen. Er zijn momenteel reeds tientallen genfracties gevonden die samen tot 30% van de variantie kunnen verklaren ( Bouchard, Tremblay, Després, Nadeau et al., 1990; Bouchard, 1995). 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 hebben tot nu toe niet tot therapeutische opties geleid. Gezien de diversiteit van de genetische factoren is het weinig waarschijnlijk dat dit binnenkort wel zo zou zijn. Ook wijst de geneticus Bouchard erop dat overgewicht alleen tot expressie kan komen als iemand een tijd lang in een toestand van persoonlijke overvoeding wordt gebracht. 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 energie-verbruik en aldus verdere overvoeding te voorkomen.

## **Psychologische verklaringen voor het ontstaan van overgewicht**

Psychologische verklaringmodellen zijn nog steeds onderwerp van discussie. Onderzoek zou zich in de eerste plaats moeten richten op contextfactoren met betrekking tot eetgedrag ( Wilson, 1994a).

De externaliteitstheorie heeft lange tijd stand gehouden ( Schachter & Rodin, 1974 ; voor een overzicht: zie Van Strien, 1986). Volgens deze theorie gaan 'normale' mensen wat eten betreft vooral af op hun interne 'cues': een gevoel van honger of verzadiging, terwijl dikke mensen sterker afgaan op externe cues: de aanwezigheid van voedsel of het tijdstip van de dag. Voor hen leidt de geur, de smaak en de presentatie van voeding tot een onmiddellijke reactie, namelijk eten, waarbij gevoelens van verzadiging vaak genegeerd worden. In een ingenieus experiment brachten Schachter en Gross (1968) deelnemers aan een onderzoek in een situatie waarin voedsel geconsumeerd kon worden. Zij manipuleerden de klok daarbij dusdanig dat de helft dacht dat het al later was dan etenstijd en de andere helft dacht dat het nog niet zover was. Wanneer de klok etenstijd aangaf begonnen obese mensen opvallend meer te eten dan niet-obesen. Een ander typisch onderzoek uit de jaren '70 is het experiment van Rodin en Slochower

(1976) bij 107 meisjes tussen 9 en 15 jaar. In een vakantiekamp was voedsel gedurende acht weken in overvloed aanwezig. De kinderen mochten onbeperkt en naar hartelust eten. De kinderen die hoog scoorden op 'externaliteit' bleken na afloop duidelijk meer aangekomen te zijn dan de andere.

De externaliteitshypothese heeft bloot gestaan aan felle kritieken. Met betrekking tot obesitas is noch de universele geldigheid noch de causale relatie voldoende aangetoond. Alhoewel dikke kinderen inderdaad een meer externe eetstijl vertonen ( Braet & Verhofstadt, 1994) blijft het momenteel nog de vraag in welke mate die externe stijl bijdraagt aan obesitas, of dat een externe stijl een gevolg is van obesitas.

De gedragstherapie heeft reeds gedurende de jaren '60 een behandelprogramma voor obese mensen ontwikkeld waarbij men uitging van een leertheoretische visie op eetgedrag ( Ferster, Nurnberger & Levitt, 1962). Enerzijds is men uitgegaan van de bevinding dat operante mechanismen, namelijk de onmiddellijke consequenties van eetgedrag (bijvoorbeeld genieten, verzadiging) veel sterker zijn dan de negatieve gevolgen op de lange termijn (zoals dikker worden). Anderzijds is men uitgegaan van de veronderstelling dat dikke mensen slechte eetgewoonten hebben ontwikkeld, (zoals eten in de auto, voor de tv, tijdens het werk, wanneer men zich alleen voelt), waardoor te veel situaties met 'eten' worden geassocieerd. De op dit idee gebaseerde behandeling bestaat uit het oefenen van technieken die zijn ontleend aan zelfcontrole-trainingen: bijvoorbeeld beperken van de situaties waarin je eet en zoeken naar functionele bekrachtigers voor gewenst en ongewenst eetgedrag. Alhoewel de eerste resultaten hoopgevend waren en de meeste obesitasprogramma's bij kinderen nog steeds op deze principes gebaseerd zijn, heeft men nooit kunnen aantonen welke condities wel en niet verantwoordelijk zijn voor het aanleren van ongewenst eetgedrag ( Wilson, 1994a).

Ondertussen hebben Schlundt, Taylor, Hill, Sbrocco, Pope-Cordle et al. (1991) aangetoond dat obese mensen gedurende een periode van twee weken minstens vijf verschillende eetgedragingen kunnen vertonen, namelijk: gezonde eetgewoonten, strenge voedselbeperking, lijngedrag afgewisseld met eetbuien, emotioneel eten en onbeperkt overeten. Eetgedrag is dus complexer dan aanvankelijk werd gedacht en elk van deze eetpatronen is nu nog steeds onderwerp van onderzoek.

Het boundary-model van Herman en Polivy (1980) levert een alternatief verklaringmodel voor 'overeten'. Dit model beschrijft aan de hand van observaties en experimenteel onderzoek, dat het chronisch volhouden van een dieet onmogelijk is en af en toe moet leiden tot terugval, in de vorm van een ongecontroleerde eetbui. Daarbij gaat men er in dit model van uit dat mensen die regelmatig aan de lijn doen hun biologische grenzen met betrekking tot honger en verzadiging hebben verlegd en vervangen door een cognitieve dieetgrens. De kans op falen wordt groter naarmate het dieet strenger is of wanneer men emotioneel is. De opgelegde zelfcontrole wordt dan immers steeds meer op de proef gesteld. Dit zou betekenen dat mensen met overgewicht die aan de lijn doen paradoxaal gezien steeds meer last zullen hebben van 'overeten'.

Ook hier zijn evenwel een aantal kritische bedenkingen te maken. Vooreerst blijkt maar een deel van de dikke mensen last te hebben van eetbuien (ongeveer 30%). Alhoewel dit model vooral stand blijft houden ter verklaring van boulimia nervosa ( Jansen, 1993), blijken dikke mensen bovendien veel vaker te rapporteren dat de

vreetbuien voorafgingen aan het eerste dieet (Spurell, Wilfley, Tanofsky & Brownell, 1997). Het ziet er steeds meer naar uit dat obese mensen een heterogene groep vormen. Deze heterogeniteit heeft implicaties voor de behandeling: zo lijkt het verstandig om zowel bij volwassenen als bij kinderen onderscheid te maken tussen dikke mensen die last hebben van eetbuien (de zogenaamde binge-eaters), zij die aan de lijn doen (de restrainers) en zij die emotioneel eten (Braet & Bettens, 1998).

Bij kinderen moet ook de rol van de ouders en de familie bij het ontstaan en de instandhouding van de eetgewoonten nog nader onderzocht worden. Bijzonder waardevol zijn in dit verband de bevindingen van Leann Birch. Voedsel wordt door ouders vaak gebruikt als bekrachtiger van gewenst of ongewenst gedrag. Ouders die hun kinderen belonen met snoep doen de aantrekkelijkheid van zoetigheid in het algemeen stijgen (Birch, 1987). Diverse studies hebben ook aangetoond dat ouders van obese kinderen meer aanmoedigingen geven met betrekking tot (verder) eten (Johnson & Birch, 1994). Vooral 'meer' en 'langer' eten kan aldus geleerd worden. Zonder de tussenkomst van de ouders is de kans dat een jong kindje eet ongeveer 1 op 2; tussenkomst verhoogt deze kans naar 3 op 4. Specifieke interacties tussen ouders en kinderen zijn ook een verklaring voor andere vormen van geleerd gedrag, zoals steeds je bord leegeten, of een tweede portie eten vragen omdat je flink wil zijn. Tot slot zijn uitstel van behoeftenbevrediging, tolerantie van honger, omgaan met frustraties en weerstand tegen voedselverleiders zelfcontrolevaardigheden die geleidelijk aan door opvoeding en leren worden verworven (zie ook Van Broeck & Braet, 1988). Binnen deze context kan voortdurend eten ook als een gedragstekort worden beschouwd, een (nog) niet geleerd hebben van goede eetgewoonten. Bij sommige dikke kinderen kan het gebrek aan controle over voeding gesitueerd worden binnen een algemeen tekort aan zelfcontrolevaardigheden. Voor ouders van deze kinderen is het vaak moeilijk om duidelijke grenzen te stellen en om concrete afspraken met hun kind te maken. Behandeling van het overgewicht kan in deze gevallen niet zonder in te werken op de opvoedingsvaardigheden van de ouders.

## Indicaties voor de behandeling van obesitas bij kinderen

### Het gewichtscriterium

Bij obesitas is de lichaamsomvang de meest in het oog springende karakteristiek, maar de definitie van vetzucht verwijst naar de aanwezigheid van overtollig vet. Dit laatste criterium moet richtinggevend zijn, zowel bij de diagnose, de behandeling als de therapie-evaluatie.

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 een klinisch-medisch onderzoek wordt de huidplooidikte gebruikt voor de schatting van het lichaamsvet. Deze methode is evenwel aan meetfouten onderhevig: vooral bij ernstige obesitas is de dikte van de huidplooiën niet eenduidig vast te leggen.

In de praktijk hanteren artsen en hulpverleners gewoonlijk het lichaamsgewicht als criterium. Maar bij kinderen is het gewicht een weinig accurate voorspeller van de

hoeveelheid vetmassa. Hoe jonger het kind, hoe zwakker de correlatie. Beter is het om het gewicht te vergelijken met een norm. De gewichtsnorm kan verschillen voor een bepaalde lengte en leeftijd, voor het puberteitsstadium, en tussen jongens en meisjes. Deze normen zijn terug te vinden in tabellen en groeicurves, gebaseerd op bevolkingsstudies (zie bijvoorbeeld Van Wieringen & Roede, 1985). Overgewicht wordt dan uitgedrukt als de percentuele verhouding van het huidige gewicht tegenover de 'norm'. Een afwijking van meer dan 20% beschouwt men reeds als obesitas. Dit is ook het criterium bij de beslissing tot behandeling.

Voorbeeld. Een jongen van 8 jaar weegt 43 kg en is 131 cm lang. De norm voor een jongen van deze leeftijd en lengte is 26,4 kg. Dit is 16,6 kg te veel, wat neerkomt op 61 procent.

Obesitas bij kinderen kent een waaier aan verschijningsvormen, van matig obese kinderen (20 tot 40% overgewicht), naar obese kinderen (40 tot 60% overgewicht), tot ernstig obese kinderen (> 60% overgewicht). Het gewicht kan ook uitgedrukt worden in een Body Mass Index (BMI): gewicht/lengte<sup>2</sup>. Een BMI geeft bij volwassenen een goede schatting van de aanwezige vetmassa, waarbij een BMI boven 30 wordt beschouwd als criterium voor obesitas. Dit is evenwel als absolute waarde enkel hanteerbaar voor volgroeide adolescenten. Aangezien de BMI-normen voor kinderen nog in ontwikkeling zijn, wordt momenteel nog weinig met deze index gewerkt (zie Rolland-Cachera, Cole, Semplé, Tichet, Rossignol & Charraud, 1991).

In onze polikliniek zijn opvallend meer meisjes dan jongens met obesitas (verhouding 2:1). Ook in niet-klinische studies vindt men deze verhouding terug. Voor wat betreft de indicaties voor behandeling is tot op heden geen enkele studie bekend waaruit zou blijken dat obese meisjes meer of minder lijden dan de obese jongens. Het lijkt daarom ten zeerste aangewezen om beide groepen te behandelen.

### **Leeftijd**

In de indicatie voor behandeling speelt ook de leeftijd van het kind een belangrijke rol. Uit onderzoek is bekend dat vanaf de leeftijd van 10 jaar ongeveer 80% van de dikke kinderen ook later dik blijft (Whitaker, Wright, Pepe, Seidel & Dietz, 1997). Er wordt algemeen aangenomen dat vanaf deze leeftijd een interventie noodzakelijk is. Obese kinderen tussen 7 en 10 jaar worden in de studie van Whitaker als de ideale kandidaten voor behandeling aangeduid. Uit het oogpunt van preventie zou de groep vijf- tot zeven-jarigen zeker 'gevolgd' moeten worden. De kansen op spontaan herstel zijn dan evenwel nog groot. Hier blijken volgende componenten een belangrijke rol te spelen: gewicht van de ouders, economische klasse en huidige eetgewoonten (Whitaker et al., 1997).

### **Contra-indicaties**

Er bestaat een aantal ziektebeelden waarbij obesitas een symptoom is van een onderliggend syndroom (bijvoorbeeld Prader Willi Syndroom, endocriene stoornissen; zie Bouchard, 1995). Deze syndromen komen zelden voor. Toch zijn de ouders er vaak van overtuigd dat er bij hun kind een medische oorzaak moet zijn. Het is daarom verstandig steeds met een arts samen te werken.

Bij enkele kinderen is vastgesteld dat er achterliggende emotionele problemen zijn, bijvoorbeeld de verwerking van een groot verlies of ernstige gezinsproblemen. Deze kinderen kunnen wel baat hebben bij een vermageringsprogramma maar dit zal nooit voldoende zijn. Hier wordt voor een tweesporenbeleid gekozen, namelijk parallel klachtgericht werken en de achterliggende problemen aanpakken.

Ook voor kinderen met zéér ernstig overgewicht (> 80%) en voor adolescenten is de hierna te beschrijven behandeling in zijn huidige vorm niet geschikt. Verder zal een individuele aanpak nodig zijn als 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. Het hier beschreven programma lijkt vooral een goede keuze voor de behandeling van kinderen met een leeftijd tussen 8 en 12 jaar, met een overgewicht tussen 20% en 80% en waarbij de kinderen nog geen te drastische vermageringsprogramma's achter de rug hebben. Een positieve ondersteuning en goodwill vanuit de omgeving zijn wenselijk.

## Behandeling van obese kinderen: huidige inzichten

Kinderen leren in behandelprogramma's om hun energiebalans te 'managen' door anders te eten en meer te bewegen. Dit gebeurt via educatie en gedragstherapeutische technieken in 8 à 12 sessies, gespreid over drie tot zes maanden (Braet, 1995; Epstein & Wing, 1987).

Er zijn reeds positieve resultaten geboekt met deze aanpak in gecontroleerde studies, met een behoud van het gewichtsverlies op lange termijn (Braet & Van Winckel, 1999; Braet, Van Winckel, & Van Leeuwen, 1997; Epstein, Valoski, Wing & McCurley, 1990). 'For once, the news is good', zegt Wilson (1994b) bij de bespreking van Epstein's lange-termijnresultaten omtrent de gedragstherapeutische behandeling van dikke kinderen. De resultaten zijn daarbij duidelijk beter dan alternatieve behandelingen zoals het volgen van een hypocalorisch dieetvoorschrift of het volgen van ontspanningsoefeningen.

In een pas beëindigde lange-termijn follow-up studie van behandelde obese kinderen aan de Gentse Universiteit is vastgesteld dat van de kinderen die een educatief-gedragstherapeutisch groepsprogramma hadden doorlopen, 17% 4 jaar later nog steeds minder dan hun aanvangsovergewicht woog (effect size: 1,07). Een groep kinderen die enkel een eenmalig advies hadden gekregen, vertoonde vier jaar later een daling van 6% van hun aanvangsovergewicht, wat neerkomt op een effect size van 0,25 (Braet & Van Winckel, 1999). Deze bevindingen bevestigen Epsteins resultaten en pleiten voor het aanwenden van een educatief-gedragstherapeutisch protocol in de behandeling van dikke kinderen.

Aan de hand van eigen ervaringen met Sanne, een negenjarig obees meisje, zal deze behandeling worden toegelicht. Het gevolgde protocol staat onder meer beschreven bij Braet (1995; 1997). De aanpak verschilt enigszins met die van Epstein (Epstein et al., 1990; Epstein & Wing, 1987). Ten eerste, omdat er in het Gentse programma wordt gestreefd naar gewichtscontrole en niet naar gewichtsverlies. Aangezien kinderen ook nog groeien is een stabilisering van het gewicht meer dan voldoende als therapiedoel. Bovendien sluit dit behandeldoel meer aan bij de recente inzichten omtrent effectiviteit

van behandeling bij dikke mensen (zie Wilson, 1994a): het doel is realistischer, met meer kans op blijvend succes en met minder kans op ongewenste neveneffecten.

Een tweede verschil betreft de inhoud van de voedingseducatie. Epstein volgt de Amerikaanse GVO-richtlijnen, waarbij voedselproducten worden onderverdeeld in drie categorieën, namelijk naar hartelust te eten, matig te eten of verboden te eten. In Gent worden de Belgisch-Nederlandse GVO-richtlijnen gevolgd. Dit betekent dat voedsel geordend wordt binnen een voedselpiramide waarbij principes als gevarieerd en gezond eten centraal staan.

Een derde verschil betreft de wijze waarop de ouders in de behandeling worden betrokken. Bij Epstein wordt het kind slechts toegelaten tot de behandeling wanneer het minstens één obese ouder heeft en wanneer ook de ouder bereid is om parallel een behandelprogramma te doorlopen. Deze opzet levert evenwel problemen op als het kind of de ouder wel gewicht verliest terwijl de ander in gewicht toeneemt. Israel, Stolmaker, Sharp, Silverman en Simon (1984) hebben er daarom voor gekozen om de ouders als helpers te betrekken bij de behandeling. Ze worden gevraagd om thuis verder te gaan met wat in de therapie aan bod kwam en mee te helpen aan de opdrachten. De beïnvloeding van de omgeving gebeurt dus indirecter, en in functie van de aangemelde patiënt. Anderzijds biedt deze werkwijze ook de mogelijkheid om de ouders te helpen hun (opvoedings)aanpak omtrent hun kind bij te sturen. Deze training in 'childmanagement'-technieken heeft reeds zijn effectiviteit bewezen (zie Israel et al., 1984).

Tot slot omvatten beide programma's dezelfde gedragstherapeutische technieken, maar vindt men bij Epstein (nog) geen cognitieve technieken terug. Aangezien nog gunstiger resultaten worden verwacht in gecombineerde behandelprotocols (Wilson, 1994a) en de introductie van cognitieve technieken in de gedragstherapeutische behandeling van kinderen hoopgevend blijkt te zijn, zijn elementen uit de zelfinstructietraining, de zelfcontrole-programma's en de problem-solving modellen geïntegreerd (zie Braet, 1995). Ondanks deze verschillen blijken beide behandelprogramma's tot goede resultaten te leiden.

## Casus: Sanne, een meisje van 9 jaar

### De intake

De moeder van Sanne neemt contact op omdat haar dochter sinds drie jaar te veel weegt en alle inspanningen om enkele kilo's eraf te krijgen geen succes hadden. Het gezin is doorverwezen via de schoolarts. Vader heeft een zaak en kan zich moeilijk vrij maken. Hij zal enkel voor het eerste gesprek meekomen.

Sinds 1983 worden er in het Gentse Universitair Ziekenhuis kinderen met overgewicht behandeld. De eerste gesprekken verlopen volgens een vaste procedure (zie ook Braet, 1995): *sessie 1*: anamnese (medisch, dieetkundig, psychologisch), testen, observatie-opdracht: meegeven van een 'eetdagboek'; *sessie 2*: bespreking eetdagboek en testen, opmaken therapieplan, uitleg over de rationale 'gewichtscntrole' en opmaak van een eerste contract.



Uit deze intakeprocedure wordt de volgende informatie over Sanne verzameld. Sanne weegt bij aanvang 42,5 kg en is 135 cm lang. Rekening houdend met haar leeftijd, verwachten we voor deze lengte, bij meisjes met puberteitsfase 1, volgens de tabel van Van Wieringen en Roede (1985), een gewicht van 28,8 kg. Het overgewicht bedraagt dus 48%. Sanne heeft één oudere broer die mager is. Ook beide ouders doen pogingen om af te vallen. Moeder weegt 95 kg, vader 80 kg.

's Morgens drinken de kinderen geperst sinaasappelsap en daarna eten ze twee kommen cornflakes met melk en suiker. 's Avonds wordt er zelfgebakken brood gegeten met kaas als toespijs. Moeder besteedt veel tijd aan het bereiden van warme maaltijden. Er zijn dagelijks verse groenten en verse soep. Sanne eet niet echt veel, aldus moeder: vlees en aardappelen worden beperkt en van groenten houdt ze niet.

De ouders namen reeds eerder contact op met een endocrinoloog. Ze vonden Sanne nogal klein. De arts had hen toen gerustgesteld. Toch blijven de ouders zich zorgen maken over hun dochter. Lange tijd hebben ze gedacht dat haar mollig voorkomen wel zou veranderen als ze wat zou groeien, maar Sanne blijft klein en dik. Ze heeft weinig vriendinnetjes op school, en is daardoor zeer aanhankelijk, vindt moeder. Mocht Sanne vermageren dan zou dit waarschijnlijk veranderen, denkt Sanne's moeder. Sanne krijgt vaak verwijten over haar gewicht. Lopen gaat trager, dus kan ze moeilijk met leeftijdgenoten meedoen. Ten slotte is ze in de keuze van haar kleding beperkt, wat Sanne moeilijk kan aanvaarden.

De moeder van Sanne is huisvrouw. Alles in haar leven draait rond de opvoeding van haar kinderen en de zorg voor haar ouders, die niet zo veraf wonen. Vader geeft aan dat hij Sanne geen gemakkelijk kind vindt. Ze heeft een ijzersterk karakter om datgene door te drijven wat zij wil. Sanne loopt dagelijks langs bij haar grootouders (van moeders zijde) waar ze volgens vader als een prinses behandeld wordt. De resultaten van het psychologisch onderzoek bevestigen dat Sanne ook gedragsproblemen heeft.

Enkele commentaren: Obesitas is hier een familie-probleem. Duidelijke aanwijzingen betreffende problematisch eetgedrag zijn er nog niet. Dit moet verder geëxploreerd worden. Misschien waren de voedingsgewoonten vroeger anders of toont de moeder van Sanne hier sociaal-wenselijk gedrag. Het gebeurt wel vaker dat ouders met dikke kinderen beschuldigd worden door hun omgeving en dat zij zich hiertegen wapenen. Naast het overgewichtprobleem zal er ook oog zijn voor de sociale contacten van het meisje, de gedragsproblemen en voor de opvoedingssituatie.

Bij een verder navragen valt op dat Sanne vaak haar neus opsteekt als er over eten gepraat wordt: 'Bah, ik lust dat niet.' Het meisje vindt weinig groenten en broodbeleg lekker. Er worden dan extra inspanningen geleverd door de moeder, opdat haar dochter toch iets zal eten. Het gaat dan van: 'Broccoli lust ze niet, maar wel met een kaassaus', of 'Ik geef haar 's morgens een bord zelfbereide pudding, ze heeft dan toch iets binnen', of 'Als ze van school komt en uitgehongerd in de keuken rondhangt, kan ze drie porties vers gebakken cake eten.' Dit zijn vaak calorierijke alternatieven. Moeder ziet hier geen kwaad in: volgens haar is het veel beter om 'goed te eten' dan tussendoor te snoepen. De informatieverzameling is samengevat in figuur 1.



Figuur 1 Probleemsamenhang van Sanne.

Op het einde van de intake krijgt Sanne de opdracht om de komende 14 dagen op een registratieblad ('mijn eetdagboek') alles te noteren wat ze eet en drinkt. Haar moeder zal haar hierbij helpen.

### ***Het verloop van de therapie van Sanne***

Behandelprogramma's voor dikke kinderen kunnen het beste plaatsvinden onder leiding van een psycholoog. Samenwerking met een geschoolde diëtiste die de voedingseducatie voor haar rekening neemt, is aan te bevelen. Overleg met een arts en een bewegingsdeskundige, binnen een multidisciplinair samenwerkingsverband, is aangewezen.

De therapie van Sanne bestaat uit twee delen. Het eerste deel omvat zes sessies, gespreid over drie maanden (zie tabel 1

**Tabel I Het therapieprogramma (deel I) van Sanne.**

| Sessie | Aanwezig                                  | Inhoud van de sessie   |
|--------|---|--|
| 1.     | (1) Psycholoog en Sanne                   | • Dagboekopdrachten (voeding en beweging)  |
|        | (2) Psycholoog, Sanne en moeder           | • Educatie voedingsbalans en gezonde tussendoortjes  |
| 2.     | (1) Diëtiste en Sanne                     | • Bespreking huiswerk  |
|        | (2) Diëtiste, Sanne, psycholoog en moeder | • Zoeken naar haalbare verandering in voedings- en bewegingsgewoonten  |
|        |   | • Educatie over voeding en beweging<br>• Nieuw contract  |
| 3.     | (1) Psycholoog en Sanne                   | • Evaluatie contract   |
|        | (2) Psycholoog, Sanne en moeder           | • Educatie over beweging<br>• Continuering contract  |
| 4.     | (1) Diëtiste en Sanne                     | • Evaluatie contract   |
|        | (2) Diëtiste, Sanne, psycholoog en moeder | • Educatie over voeding (groenten)<br>• Identificatie van moeilijke momenten                                       |
| 5.     | (1) Diëtiste en Sanne                     | • Evaluatie contract   |
|        | (2) Diëtiste, Sanne, psycholoog en moeder | • Uitbouw nieuwe eet- en bewegingsgewoonten<br>• Strategieën voor stimulus-controle<br>• Gedragsoefening, modeling |
|        |   |  |
| 6.     | (1) Psycholoog en Sanne                   | • Bespreken van moeilijke momenten:  |
|        | (2) Psycholoog, Sanne en moeder           | probleemoplossend denken<br>• Rollenspel, modeling<br>• Evaluatie contract   |

\*\*\*= $p < 0.001$ ; \*\*= $p < 0.01$ ; \*= $p < 0.05$ (a) Hoe lager de scores op de EDES-schalen/items, des te pathologischer de scores LIV-State = Impulsiviteit-State, LIV-Trait = Impulsiviteit-Trait, DISQ-Tot = Dissociation Questionnaire, DISQ-1 = Identiteitsverwarring en fragmentatie, DISQ-2 = Controleverlies, DISQ-3 = Amnesie, DISQ-4 = Verhoogde concentratie, EDES-Tot = Eating Disorder Evaluation Scale Totaal, EDES-1 = Anorectische preoccupatie, EDES-2 = Boulimisch gedrag, EDES-3 = Seksualiteit, EDES-4 = Psychosociale Aanpassing, MALT-Tot = München Alcohol Test, MALT-1 = Subjectieve erkenning van problematisch karakter van alcoholprobleem, MALT-2 = Consequenties van alcoholmisbruik, MALT-3 = Psychische problematiek in relatie tot alcoholmisbruik, MALT-4 = Problematisch drinkgedrag en onthoudingsverschijnselen, AUTOMUT-Tot = Totaal Automutilatiegedrag.

). Daarna volgen nog eens zes sessies, waarbij verder geoefend wordt met het programma. De sessies duren gemiddeld een uur; Sanne wordt eerst individueel begeleid en vervolgens is er 15 minuten tijd voorzien voor een bespreking met moeder.

In de *eerste sessie* wordt het eetdagboek besproken. De therapeut leest nauwkeurig wat genoteerd werd en streept aan wat goed was. Sanne krijgt de opdracht om het dagboek ook de volgende weken verder in te vullen. Op zondagmiddag is er een blanco blad. Er was toen een feestje en er werd van alles gegeten. Dit wordt benoemd als een 'moeilijk moment' en er wordt benadrukt dat er pas goed kan worden gewerkt als ook die momenten zorgvuldig genoteerd worden. Hierover wordt een goede afspraak gemaakt, met behulp van een contract: als Sanne elke dag haar dagboek invult dan is dat een kleurplaat waard.

Het bewegingsdagboek wordt nu geïntroduceerd. Aan de hand van een prent wordt de balansvisie op obesitas uitgelegd en leert Sanne dat bewegen zeer belangrijk is, en dat alles wat je op een dag aan beweging doet een pluspunt waard is. Dit komt bij het behandelcontract.

Het contract is pas compleet als er een beloning vermeld staat. Bij de bespreking van het thema 'beloningen' krijgt het gesprek een andere wending. Wanneer Sanne gestimuleerd wordt om hardop te denken wat voor haar een leuk extraatje zou zijn om te krijgen of te doen, somt ze enkele dure zaken op. Andere dingen wil ze niet. Ook sparen om 's avonds langer op te blijven vindt Sanne maar niets. De therapeut stelt voor dat ze er thuis nog eens rustig over nadenkt; vervolgens kan ze dan alles noteren op een huiswerkblad.

De sessie wordt afgesloten met een educatief moment omtrent gezonde tussendoortjes. Het werkboek voor dikke kinderen *Mijn Plan* wordt geïntroduceerd (zie Braet & Van Leeuwen, 1995) en de eerste pagina's worden besproken. Sanne wordt aangemoedigd om aan te strepen welke gezonde tussendoortjes ze lekker vindt en wat ze wel eens zou willen proeven.

Na de sessie wordt moeder uitgenodigd voor de bespreking. De afspraken die op het contract staan, worden samen met Sanne herhaald. Met moeder worden enige praktische afspraken doorgenomen betreffende de opdrachten en het contract: waar worden de formulieren bewaard, wie waakt erover dat ze ingevuld worden, wat is het beste tijdstip om alles in te vullen? Vervolgens bespreekt de therapeut het knelpunt van de sessie: het zoeken naar gepaste beloningen. Hierbij worden de elementaire principes van mediatie toegelicht. Moeder krijgt de opdracht om hierover thuis, samen met haar partner en Sanne, tot een geschikte oplossing te komen. Vervolgens wordt het contract 'officieel' gemaakt door middel van een handtekening van alle partijen. Sanne vindt het bijzonder spannend en doet haar uiterste best haar eerste handtekening te maken. Op het einde van de eerste sessie wordt de ouderbrochure doorgenomen (Braet & Van Winkel, 1995). Hierin staan nuttige tips betreffende kook- en voedingsgewoonten. Moeder toont veel interesse: koken is haar hobby. De therapeut spreekt hierbij uitdrukkelijk de volgende verwachting uit: 'Voorlopig hoeft Sanne nog niet te veel te veranderen. (...) U kunt uiteraard vrijblijvend iets proberen.'

In de *tweede sessie* gaat de diëtiste uitvoerig in op het huiswerk. Zij streeft ernaar de principes van gezonde voeding geleidelijk te laten toepassen. Ze bespreekt de huidige voedingsgewoonten en ze streept aan wat ze goed vindt. Indien er een beter alternatief is, doet zij suggesties. Bijvoorbeeld: in de plaats van cornflakes kun je beter volkorenbrood nemen, het geeft een beter gevuld gevoel. Het zou beter zijn als Sanne meer water dronk, dan de verse fruitsappen. Meer variatie in het broodbeleg is nodig. Dit lijkt moeilijk te zijn. Sanne houdt niet van broodbeleg. Verder wordt duidelijk dat het vooral na schooltijd fout loopt. Hier moet een gezond tussendoortje gepland worden. Dit wordt een nieuwe afspraak voor het contract. Sanne mag daarbij kiezen uit datgene wat ze zelf aan heeft gestreept in haar werkboek. Tot slot bespreekt de diëtiste met Sanne de werkblaadjes uit haar werkboek *Mijn plan*, waarin educatieve lessen staan omtrent voeding.

Op het einde komen de moeder en de psycholoog erbij. Er is een evaluatie van het contract. Alles werd ingevuld zoals gevraagd was. De inzet van Sanne is een beloning waard. Sanne, maar ook haar moeder voelen zich duidelijk gewaardeerd. Sanne heeft volgende 'beloningen' op haar verlanglijstje gezet: gaan zwemmen in een vakantiepark, naar een pretpark gaan, een spel spelen met vader en moeder. Er wordt beslist om voor het laatste te kiezen; ook de kleurplaat heeft ze verdiend. Opnieuw krijgt Sanne de opdracht om kleine beloningen aan de lijst toe te voegen. Misschien enkele

bewegingscadeaus? Sanne denkt aan een nieuw springtouw. Dit wordt onmiddellijk aan het lijstje toegevoegd. Het contract wordt nu verder uitgewerkt. De nieuwe afspraak over gezonde tussendoortjes wordt genoteerd. Ook omtrent beweging wordt een voorstel opgesteld: Sanne zal trachten om elke dag 20 minuten beweging te plannen: een dagje buikspieroefeningen op de kamer, uit fietsen gaan, op een avond de hond uitlaten, of eens met haar broer gaan wandelen. Er staan genoeg ideeën in haar werkboek genoteerd. Als Sanne gedurende 14 dagen de afspraken volhoudt, zal haar inspanning opnieuw met een extraatje beloond worden. Samen met Sanne's moeder wordt het volgende afgesproken: per dag kan Sanne twee punten verdienen (één voor het vieruurtje, één voor de beweging). Bij twaalf punten is er een springtouw verdiend. De sessie wordt afgesloten door de diëtiste die moeder tips geeft omtrent broodbeleg en gezond onbijten.

De *derde sessie* verloopt hetzelfde. De afspraak omtrent het vieruurtje en de bewegingsopdracht is nageleefd; de beloning is verdiend. De opdrachten zullen worden gecontinueerd. Het educatieve deel omvat enkele opdrachten omtrent beweging. Op het einde van de sessie bespreekt moeder met de therapeut de moeilijkheden die ze ondervindt om Sanne te leren afspraken te respecteren.

In de *vierde sessie* verzorgt de diëtiste educatie over 'groenten eten'. Sanne eet te weinig groenten omdat ze daar niet van houdt. Aangezien ze ook weinig vlees en aardappelen eet, worden haar porties te klein. Dit zal moeilijk vol te houden zijn. De diëtiste bespreekt de alternatieven: hoeveel groenten heeft Sanne al geproefd? Ze legt ook uit waarom het goed is om elke maaltijd rauwkost te eten. Ze zal aan haar moeder vragen om gezonde dressing te maken. Het contract wordt opnieuw aangepast: bovenop de bestaande opdrachten wordt de nieuwe afspraak over 'groenten proeven' vastgelegd. Als beloning denkt Sanne aan nieuwe poppenkleertjes.

Sanne vertelt dat ze op zaterdag met een vriendinnetje is gaan zwemmen en dat ze nadien samen naar een hamburgerrestaurant waren geweest. Dit staat niet in het dagboek vermeld. Opnieuw benadrukt de therapeut alles te noteren, ook de moeilijke momenten. Dit zal nodig zijn voor de latere sessies. Bij de bespreking met moeder over de tekorten in het eetdagboek wordt het langzamerhand duidelijk wat de moeilijke momenten zijn in dit gezin: er zijn te veel ongezonde tussendoortjes en maaltijden buitenshuis. Moeder heeft het aanvankelijk niet de moeite waard gevonden om dit te vertellen, het waren maar uitzonderingen en voor die éne keer mocht het toch wel. Toch blijken precies die uitzonderingen veel meer voor te komen dan wenselijk is.

In *sessie vijf* worden technieken voor stimuluscontrole aangeleerd: 'Beperk de plaatsen en tijdstippen waarop je eet'. Hiervoor wordt het eetdagboek geraadpleegd. Eigenlijk houdt het gezin er reeds vrij goede eetgewoonten op na. Er zijn slechts enkele punten die nog kunnen verbeteren, bijvoorbeeld de voorraad koeken in één kast opbergen en de tussendoortjes alleen nog op de afgesproken momenten nemen. In deze sessie leert Sanne samen met de diëtiste gezond broodbeleg te maken. Nadien wordt alles opgegeten en worden de leerpunten zoals 'traag eten', 'goed kauwen' en 'niet tussendoor eten', herhaald. Alhoewel de moeder van Sanne achteraf beweerde dat Sanne niets van de ingrediënten lust, proefde ze toch gretig.

In de bespreking met moeder worden de oefeningen uit de sessie besproken en op het contract genoteerd. De andere afspraken blijven. Sanne ondertekent gemotiveerd het

nieuwe contract. Zij heeft haar poppenkleertjes niet verdiend, want ze heeft de voorbije weken niet voldoende groenten geproefd. De therapeut vraagt haar of het misschien deze keer wel zal lukken? Sanne antwoordt: 'Ik hoef ze niet meer.' Zo blijkt ze wel vaker te reageren als ze haar zin niet krijgt. Moeder vraagt aan de therapeut hoe ze hierop het beste kan reageren. Hierop worden mogelijke reacties besproken met evaluatie van de voor- en nadelen. De principes van mediatietherapie worden herhaald. De nieuwe afspraak is dat er vanaf nu elke dag twee soorten groenten zullen zijn en dat Sanne er minstens één zal proeven. Per dag en per groente kan ze een punt verdienen. Ze heeft haar beloning verdiend als ze de komende 14 dagen 14 punten kan verzamelen. Verder zullen beide ouders uitgenodigd worden voor een apart gesprek omtrent de aanpak van Sanne. Moeder is zich bewust van het opvoedingsprobleem en ze is ook overtuigd van het belang van ingrijpen.

In de *zesde sessie* wordt over 'moeilijke momenten' gesproken. Sanne is net terug van vakantie. Ze heeft veel gewandeld, maar ook veel gegeten. Stapsgewijs wordt een problem-solving training aangeleerd voor de situatie 'Wat te doen in een restaurant', aan de hand van de volgende zelfinstructies (zie Van Broeck & Braet, 1998):

- 1 Wat is het probleem?
- 2 Wat zou Sanne voor plannetje kunnen bedenken?
- 3 Bedenk verschillende plannetjes;
- 4 Uitvoeren;
- 5 Evalueren.

Bij wijze van nieuw huiswerk zal Sanne de komende week minimaal een van de plannetjes uitproberen, als zich opnieuw een moeilijk moment voordoet. Ze kan kiezen uit:

- een klein beetje eten en dan 'stop'-zeggen;
- iets anders, gezonds vragen;
- extra beweging doen na een maaltijd;
- nog beter: op zondag naar een jeugdclub gaan.

Dit alles wordt in het werkboek genoteerd. Vervolgens wordt een ander moeilijk moment, namelijk 'Bij oma' in een rollenspel gespeeld. Sanne mag oma zijn, de therapeut bedenkt de plannetjes, nadien wisselen ze om. Hierbij leert Sanne zelf-instructies, het hardop denken en ook de zelfevaluatie via het principe van model-leren aan.

In de nabespreking met moeder worden aan de hand van Sanne's werkboek de denkstappen toegelicht. Moeder leert de kindvriendelijke aanpak aan, het 'samen zoeken' naar geschikte oplossingen. Uit de contract-evaluatie blijkt dat er inspanningen geleverd zijn om meer groenten te eten (10 punten verdiend) maar het vereiste aantal punten is niet bereikt. Sanne wil graag haar beloning; moeder slaagt er in, na overleg met de therapeut, zich aan de afspraak te houden.

### ***De verdere gesprekken (sessie 6 tot en met 12)***

In de volgende zes sessies worden steeds de dagboeken en contracten besproken en worden bepaalde werkblaadjes herhaald en zonodig geoefend. De meeste aandacht gaat uit naar de moeilijke momenten. Vervolgens worden de laatste thema's uit het

werkboek besproken, zoals reacties op pesten, steun zoeken, en verpakkingen kritisch bekijken.

Met de diëtiste bespreekt moeder wat er nog kan veranderen in het menu zonder al te streng te zijn. Aan de psycholoog vraagt Sannes moeder of er iets kan gebeuren met de 'aanhankelijkheid' van haar dochtertje. Gedurende het programma viel op hoe sterk de band was tussen moeder en dochter. Daarenboven was er ook een sterke band met de gezinnen van herkomst. Sanne leeft geïsoleerd en omwille van haar isolement moet ze dringend oefenen met sociale vaardigheden, door meer met leeftijdgenoten op te trekken. Dit aandachtspunt wordt in de verdere follow-up sessies succesvol uitgewerkt: Sanne gaat nu tweemaal per week naar judoles.

Er wordt ook een duidelijke afspraak gemaakt over wat nodig is voor de 'grote' beloning: naar een pretpark gaan. Afgesproken wordt dat de inzet gedurende de volgende maand als volgt verloopt: vijf van de zeven dagen een bewegingsactiviteit van 20 minuten, elke dag minstens één groente, bruin brood bij het ontbijt en een stuk fruit om 4 uur. Er worden alleen lichtdrankjes of water geserveerd en er is afwisseling in het broodbeleg.

## Evaluatie

Als het gewicht van Sanne wordt uitgetekend op een gewichtscurve, dan ziet men een langzaam dalende lijn, die na de behandeling op 39,5 kg staat. Sanne is ook 1 cm gegroeid. Qua therapiedoel, namelijk gewichtscntrole, mag men spreken van een geslaagde behandeling. Alhoewel een gewichts daling niet aangemoedigd wordt en ook niet in de contracten was opgenomen, blijkt het toch vaak een indicatie van therapiesucces te zijn ( Braet, Van Winckel & Van Leeuwen, 1997).

Enkele kanttekeningen moeten hierbij gemaakt worden. Sanne is nog steeds geen mager meisje, haar overgewicht is nu 35%, een reductie dus van 13%. Als ze op haar gewicht kan blijven en ondertussen verder groeit, kan er nog een verdere normalisering optreden. Follow-up onderzoek heeft evenwel aangetoond dat slechts een op de drie dikke kinderen een gewicht bereikt dat onder de 20% ligt ( Braet & Van Winckel, 1999; Epstein et al., 1990).

Bij sommige kinderen wordt geen gewichtsstabilisering bereikt. Ongeveer 15% van de kinderen blijft ondanks deze aanpak verder toenemen in overgewicht. De gewichtsindex, de verhouding van het gewicht ten opzichte van het 50ste percentiel voor wat bij een bepaalde leeftijd en lengte aangewezen is, neemt bij die kinderen nog verder toe. Dit aantal stijgt tot 30%, wanneer de lange-termijnevoluties in rekening worden gebracht ( Braet & Van Winckel, 1999). Onderzoek zal verder moeten uitwijzen waarmee dit te maken heeft en of men bij de intake reeds goede voorspellers van een ongunstig therapieresultaat kan vaststellen. Uit één onderzoek is gebleken dat de veronderstelde parameters, zoals de aanwezigheid van emotioneel eten, een externe eetstijl, lijngericht eten of de aanwezigheid van psychopathologie, niet terug zijn te vinden in een regressievergelijking met procentueel gewichtsverlies als maat voor therapiesucces. De enige voorspeller van een gunstig resultaat op de lange termijn is het initiële gewichtsverlies, gemeten 3 maanden na aanmelding ( Braet, Van Winckel & Van Leeuwen, 1997).

Obesitasprogramma's zijn meestal klachtgericht en worden vaak in de vorm van een groepsprogramma aangeboden. Dit levert een aantal voordelen op: men leert veel van elkaar en groepsbijeenkomsten worden als prettiger ervaren, wat motiverend werkt en tot gunstige resultaten heeft geleid ( Braet et al., 1997). De ouders worden momenteel steeds in de behandeling betrokken, maar er zijn verschillen in intensiteit, frequentie en opzet van de ouderbegeleiding (zie Braet, 1995; Epstein et al., 1990; Israel et al., 1984). Het komt voor dat een reguliere groepsbehandeling niet wordt voorgesteld, maar wel een meer geïndividualiseerde aanpak, bijvoorbeeld wanneer er indicaties zijn van opvoedingsproblemen. Dit is het geval geweest bij de behandeling van Sanne. De beslissing tot individuele begeleiding met aanvullende ouderbegeleiding is gebaseerd op ervaring en moet blijken uit de intakeprocedure. Dit betekent dat het multidisciplinaire team tracht in te schatten of de ouders over voldoende opvoedingsvaardigheden beschikken om als cotherapeut te kunnen optreden. Verder wordt nagegaan in welke mate de huidige ouder-kindrelatie de toepassing van mediatietechnieken toelaat en of er reeds indicaties zijn voor interfererende gedragsproblemen bij het kind. De resultaten op de Gedragsvragenlijst ( Verhulst et al., 1990) kunnen hierbij richtinggevend zijn. Hoeveel gezinnen precies behoefte hebben aan aanvullende ouderbegeleiding en in welke mate deze klinisch verworven indrukken betrouwbaar zijn en garanties inhouden zou in volgend onderzoek nog verder moeten onderzocht worden.

Een vraag die nu aan de orde is betreft de generaliseerbaarheid naar volwassenen van de hier toegelichte behandelingsprincipes. Brownell en O'Neil (1993) beschrijven in het *Clinical Handbook of Psychological Disorders* een recent behandelingsprotocol voor dikke volwassenen. De overeenkomsten met de programma's voor kinderen zijn groot: er wordt niet langer gestreefd naar gewichtsverlies maar naar veranderingen in de levensstijl. Daarbij richt men zich op beide polen van de energiebalans via educatie en cognitief-gedragstherapeutische technieken. Volgens Wilson (1994a) is dit een absolute verbetering maar blijven er nog veel vragen onbeantwoord, in de zoektocht naar een geschikte behandeling voor obesitas bij volwassenen.

---

### **Abstract**

*In order to tackle the problem of obesity in children, many approaches have been tried but most of them failed to achieve long-term weight loss. Cognitive behaviour therapy tends to have good prospects. An educational programme has been designed with the aim of normalising eating behaviour in a child-friendly way and without the prescription of a strict diet. This is illustrated with a case-report of a 9-year old girl. The programme is based on the principles of cognitive-behavioural therapy and focuses on changes in eating styles, rather than on dietary restraint. Strong emphasis is put on the therapeutic goal: self-regulation of a healthy life style.*

### **Referenties**

- Birch, L.L. (1987). The acquisition of food acceptance patterns in children. In R.A. Boakes, D.A. Popplewell & M.J. Burton (Eds.), *Eating habits. Food, physiology and learned behaviour. Volume V*, 107-131. New York: John Wiley.



- Bouchard, C. (1995). Genetic influences on body weight and shape. In K.D. Brownell & C. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*, pp. 21-26. New York: Guilford Press.
- Bouchard, C., Pérusse, L., Rice, T., & Rao, D.C. (1998). The genetics of human obesity. In G.A. Bray, C. Bouchard & W.P.T. James (Eds.), *Handbook of Obesity* (pp.157-190). New York: Marcel Dekker.
- Bouchard, C., Tremblay, A., Després, J.P., Nadeau, A., Lupien, P.J., Thériault, G., Dussault, J., Moorjani, S., Pinault, S., & Fournier, G. (1990). The response to long-term overfeeding in identical twins. *New England Journal of Medicine*, 21, 1477-1482.
- Braet, C. & Bettens, C. (1998). Obesitas en eetbuien bij adolescenten: een vooronderzoek. *Gedrag & Gezondheid*, 26, 267-277.
- Braet, C. (1995). *Dikke Kinderen*. Leuven/Amersfoort : Acco.
- Braet, C. (1997). Obesitas bij kinderen. In T.J. Engelen-Snaterse & R. Kohnstamm (red.), *Kinderen Jeugdpsychologie*. Praktijk & Psychologie, hoofdstuk 4, (pp.61-86). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Braet, C., & Leeuwen Van, K. (1995). *Mijn Plan. Werkboek voor dikke kinderen*. Leuven/Amersfoort : Acco.
- Braet, C., & Winckel, M. van (1995). *Anders eten en meer bewegen. Handleiding voor de ouders van dikke kinderen*. Leuven/Amersfoort: Acco.
- Braet, C., & Winckel, M. van (1999). Long-term follow-up of a cognitive behavioral treatment program for obese children. *Behavior Therapy* (in druk).
- Braet, C., & Verhofstadt-Denève, L. (1994). Verschillende eetstijlen bij obese en niet-obese kinderen. *Kind & Adolescent*, 15, 154-159.
- Braet, C., Winckel, M. van, & Leeuwen, K. van (1997). Follow-up results of different treatment programs for obese children. *Acta Paediatrica*, 86, 397-402.
- Broeck, N. van, & Braet, C. (1988). Gedragstherapeutische behandeling van zwaarlijvigheid bij kinderen. *Kind & Adolescent*, 9, 98-112.
- Broeck, N. van, & Braet, C. (1998). Zelfcontroletechnieken en cognitieve gedragstherapie. In P.J.M. Prins & J.D. Bosch (red.), *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen*, 6, 133-175. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Brownell, K.D., & O'Neil, P.M. (1993). Obesity. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders, A step-by-step treatment manual, second edition*, 8, 318-361.
- Epstein, L.H., & Wing, R.R. (1987). Behavioral treatment of childhood obesity. *Psychological Bulletin*, 101, 331-342.
- Epstein, L.H., Valoski, A., Wing, R.R., & McCurley, J. (1990). Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity. *Health Psychology*, 13, 373-383.
- Ferster, C.B., Nurnberger, J.I., & Levitt, E.E. (1962). The control of eating. *Journal of mathematics*, 1, 87-109.
- Garner, D.M., & Wooley, S.C. (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatments for obesity. *Clinical Psychological Review*, 11, 729-780.
- Herman, C.P., & Polivy, J. (1980). Restrained eating. In A.J. Stunkard (Ed.), *Obesity*, 208-225. Philadelphia, Londen, Toronto: Saunders.
- Israel, A.C., Stolmaker, L., Sharp, J.P., Silverman, W.K., & Simon, L.G. (1984). An evaluation of two methods of parental involvement in treating obese children. *Behavior Therapy*, 15, 266-272.
- Jansen, A. (1993). *Boulimia nervosa effectief behandelen. Een handleiding voor therapeuten*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Johnson, S.L., & Birch, L.L. (1994). Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatrics*, 94, 653-661.
- Pi-Sunyer, F.X. (1993). Medical hazards of obesity. *Annals of Internal Medicine*, 119, 655-660.
- Rodin, J., & Slochower, Y. (1976). Externality in the non-obese: Effects of environmental responsiveness on weight. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 338-344.
- Rolland-Cachera, M.F., Cole, T.J., Semplé, M., Tichet, J., Rossignol, C., & Charraud, A. (1991). Body mass index variations: Centiles from birth to 87 years. *European Journal of Clinical Nutrition*, 45, 13-21.
- Schachter, S., & Gross, L.P. (1968). Manipulated time and eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 98-106.
- Schachter, S., & Rodin, J. (1974). *Obese humans and rats*. Washington, DC: Erlbaum/Halsted.
- Schlundt, D.G., Taylor, D., Hill, J.O., Sbrocco, T., Pope-Cordle, J., Kasser, T., & Arnold, D. (1991). A behavioral taxonomy of obese female participants in a weight loss program. *American Journal of Clinical Nutrition*, 109.

- Spurrell, E.B., Wilfley, D.E., Tanofsky, M.B., & Brownell, K.D. (1997). Age of onset for Binge-eating: are there different pathways to binge eating? *International Journal of Eating Disorders*, 21, 55-65.
- Strien, T. van (1986). *Eating behavior, personality traits and body mass*. 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*, 337, 869-873.
- WHO (1998). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. *Report of a WHO consultation on obesity*. Genève.
- Wieringen, J.C. van, & Roede, M.J. (1985). Growth Diagrams 1980. Netherland third nation wide survey. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 63, Supplement, 1-34.
- Williamson, D.F. (1995). Prevalence and demographics of obesity. In K.D. Brownell & C. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook*, 391-395, New York: Guilford Press.
- Wilson, G.T. (1994a). Behavioral treatment of obesity: Thirty years and counting. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 16, 31-75.
- Wilson, G.T. (1994b). Behavioral treatment of childhood obesity: theoretical and practical implications. *Health Psychology*, 13, 371-372.