

Een pilot onderzoek naar de effecten van psychomotorische therapie op obese psychiatrische kinderen.

Student; Yvonne van Kemenade
Opleiding; Master opleiding psychomotorische therapie
2007 – 2010, Zwolle
Datum; December 2009
Begeleidster; Lia van der Maas

Samenvatting

Obesitas is een wereldwijd groeiend probleem. Obesitas kan leiden tot allerlei medische problemen. Daarnaast kan het ook psychische en psychologische gevolgen met zich mee brengen. Behandeling van obesitas zou zo snel mogelijk ingezet moeten worden, mede omdat bekend is dat obesitas bij kinderen zich voortzet tot in de volwassenheid. Voor de behandeling van obesitas zijn er drie markers, dieetadvisering, een bewegingsgericht aanbod en psychologische interventies ter ondersteuning van gedragsverandering. Psychomotorische therapie (PMT) is een voorbeeld van een bewegingsgericht aanbod, waarbij ook psychologische interventies worden gepleegd.

Binnen Herlaarhof, kinder- en jeugdpsychiatrie, is obesitas ook een toenemend probleem en is er voor deze doelgroep een behandelprogramma ontwikkeld. In dit onderzoek staat de vraag centraal welk effect PMT heeft binnen dit multidisciplinair behandelprogramma op de behandeling van obese psychiatrische kinderen. Het effect is getest volgens een N=1 protocol.

Er wordt antwoord gegeven op het effect van PMT op depressie en competentiebeleving? Daarnaast wordt bekeken wat het effect is van de behandelde PMT thema's en wat de waardering van de PMT behandeling is volgens de cliënt.

Als resultaat is er een lichte toename van de depressieve kenmerken gerapporteerd. Wat betreft de competentiebeleving is er een afname in sociale acceptatie waargenomen en fysieke verschijning is gelijk gebleven. Bij de andere competenties wordt er een verbetering door de cliënt ervaren. De behandelde PMT thema's zijn over het geheel als positief ervaren, enkel bij het thema lichaamsbeleving was er geen verbetering waargenomen. De behandeling in zijn geheel werd door de cliënt met een 8 gewaardeerd. De resultaten van deze pilotstudie zijn hoopgevend en lijken vervolgonderzoek te rechtvaardigen. Hiervoor is gedegen vervolgonderzoek noodzakelijk.

Aanleiding en relevantie van het onderzoek

Obesitas en overgewicht zijn een steeds groter probleem voor de Nederlandse gezondheid. Ruim 40% van de volwassen Nederlanders is te zwaar, bij kinderen is dat ongeveer 13%, ofwel 1 op de 8 schoolkinderen. Vergeleken met 20 jaar geleden is dit een verdubbeling (Ziezon, 2006). Volgens Kiess et al. (2001) hebben 85% van de kinderen met obesitas, ook in de volwassenheid obesitas.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO, 2006) bestempelt obesitas als een epidemie. Waar voorheen obesitas enkel in de rijke landen voorkwam, neemt nu overgewicht en obesitas ook in de armere landen toe. Wereldwijd is er een groei zichtbaar, vooral in de stedelijke omgevingen. In 2005 waren 1,6 biljoen mensen gediagnosticeerd met overgewicht, de schatting is dat in 2015 dit 2,3 biljoen mensen zullen zijn. Voor obesitas geldt dat er in 2005 400 miljoen mensen obese waren, maar dat dit in 2015 toegenomen zal zijn tot meer dan 700 miljoen obese mensen.

Obesitas wordt gezien als een chronische ziekte waarbij er een overmatige vetstapeling in het lichaam is, welke leidt tot gezondheidsrisico's (Seidell et al., 2008; Obesitas Vereniging, 2008; Zametkin et al., 2004).

(Over)gewicht bij volwassenen wordt meestal bepaald en uitgedrukt op basis van de zogenaamde Body Mass Index (BMI). BMI is het gewicht (in kilo's) gedeeld door de

lengte in het kwadraat (in meters). Men spreekt van overgewicht bij een BMI groter dan 25 kg/m^2 . Is de BMI hoger dan 30 kg/m^2 dan spreekt men van obesitas.

Voor kinderen wordt dezelfde indeling gebruikt, maar omdat kinderen nog in de groei zijn en minder vetopstapeling hebben liggen de corresponderende BMI-grenzen lager. De International Obesity Task Force heeft in 2000 per leeftijd (tot en met 21 jaar) een geslacht aparte grenswaarden voor de BMI vastgesteld, op basis van zes grote nationale onderzoeken uit Brazilië, Groot-Brittannië, Nederland, Singapore, Tokio en de Verenigde Staten. Zo correspondeert een BMI van $19,8 \text{ kg/m}^2$ voor zowel jongens als meisjes van 9,5 jaar aan een BMI van $25,0 \text{ kg/m}^2$ voor volwassenen. Voor obesitas is de grens voor deze leeftijd $23,4 \text{ kg/m}^2$ in plaats van $30,0 \text{ kg/m}^2$ (Ziezon, 2006).

De gevolgen van overgewicht en obesitas bij kinderen kunnen zich op korte en lange termijn manifesteren in medische problemen, psychische problemen en/of sociaal psychologische problemen. De medische risico's zijn onder andere hart- en vaatziekten, diabetes type 2, verschillende vormen van kanker, aandoeningen aan het bewegingsapparaat en ademhalingsproblemen.

De psychische gevolgen en sociaal psychologische gevolgen betreffen ontevredenheid met het eigen lichaam en nadelige gevolgen van buitengesloten worden of in een uitzonderingspositie te worden geplaatst (Elling, 2006).

Veel jongeren worden gepest of buitengesloten vanwege hun overgewicht. Het blijkt dat kinderen met overgewicht tot drie keer meer gepest worden in vergelijking met leeftijdgenoten met een gezond gewicht (Neumark-Sztainer et al., 2002). Jongeren die veel gepest worden krijgen bovendien minder de kans om hun sociale vaardigheden te oefenen, omdat ze zich vaker in een sociaal isolement bevinden. Vervolgens kan dit leiden tot tekortschietende sociale vaardigheden (Bos, Muris, Mulken & Schaalma, 2006). Daarnaast wordt obesitas geassocieerd met angstklachten, zoals de angst om in een groep te functioneren (Warschburger, 2005).

Kinder obesitas wordt in verband gebracht met een hogere kans op vroegtijdig overlijden en lichamelijke handicap in de volwassenheid (WHO, 2006).

In de nota Overgewicht van het partnerschap overgewicht Nederland (PON) wordt benoemd dat bij ongeveer 5% van de mensen met obesitas het een bijverschijnsel van een ziekte is. Daarnaast wordt er gesproken over comorbiditeit (Strauss, 2000; Zametkin et al., 2004). Kiess et al. (2001) geeft hiervan enkele voorbeelden, te weten een laag zelfbeeld, sociale isolatie, zelfbeschadiging, suïcidaal gedrag, promiscuïteit, verslavingsproblemen, eetstoornissen, angststoornissen en depressie.

Er zijn voorstellen om obesitas op te nemen in de DSM-V, als een compulsieve, dwangmatige consumptie van eten, dat samengaat met de aanhoudende wens om het gebruik hiervan te verminderen of in de hand te houden. Obesitas zou dan passen binnen de categorie van verslaving (Volkow, O'Brien, 2007).

In de literatuur is voornamelijk onderzoek gedaan naar de effecten van behandeling op obese kinderen en adolescenten in het algemeen. Onderzoek was dan vaak gericht op het effect van beweging en of psychologische interventies. Als advies voor behandeling van obesitas wordt vaak gesproken over het opzetten van een multidisciplinaire behandeling, deze zou dan moeten bestaan uit bezoeken aan de kinderarts en diëtiste en deelname aan beweging. Bij kinderen wordt bovendien vaak cognitieve gedragstherapie aangeraden

(Seidell, Beer, Kuijpers, 2008). Tevens wordt besproken dat enkel het kind behandelen minder effectief is, dan wanneer ook de omgeving en in het bijzonder ouders in de behandeling betrokken worden (Zametkin et al., 2004).

Waar nog relatief weinig onderzoek naar is gedaan betreft het effect van behandeling bij obese psychiatrische kinderen.

Binnen Herlaarhof, afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie in de Reinier van Arkelgroep, wordt opgemerkt dat er een toename is van kinderen met overgewicht of obesitas. Het gaat hierbij dus over kinderen met een psychiatrische stoornis waarbij overgewicht of obesitas is vastgesteld. De ontwikkeling van gewichtstoename bij de kinderen van Herlaarhof was aanleiding voor het ontwikkelen van een behandelmodule met een aanbod voor de lichamelijke gezondheid van de cliënten.

Herlaarhof heeft besloten om, in tegenstelling tot andere poliklinieken, de afname van psychische klachten als uitgangspunt te nemen en niet het afvallen. Het hoofddoel van Herlaarhof is het zorg dragen voor de psychische gezondheid en dat is ook waar de deskundigheid van Herlaarhof ligt. Er wordt samengewerkt met het Jeroen Bosch Ziekenhuis, waar vooral kinderen met obesitas en ernstig overgewicht worden behandeld met een groepsaanbod, dat wel als uitgangspunt heeft afvallen en beperken van de gezondheidsrisico's.

De doelstelling van de behandelmodule is het verminderen van psychische klachten door de conditie en/of lichamelijke gezondheid van het kind te verbeteren. Tevens hebben ouders en kind na het afsluiten van de module voldoende kennis over een gezonde levensstijl om dit te kunnen voortzetten. De module bestaat uit een optioneel multidisciplinair behandel aanbod te weten lichamelijke screening, diëtiste, Triple P, medicatie of een module met de focus op het bewegend bezig zijn.

Het bewegend bezig zijn was een belangrijk onderdeel van deze module, wat bestond uit runningtherapie, sport en spel, fitness en psychomotorische therapie (PMT).

PMT is het behandelen van mensen met psychische problemen door middel van interventies gericht op lichaamservaring en/of het handelen in bewegingssituaties. Het doel van PMT is gedragsverandering tot stand brengen of tenminste daaraan een bijdrage leveren en daarmee psychosociale of psychiatrische problematiek weg te nemen of te verminderen (Beroepsprofiel NVPMT, 2004).

In dit onderzoek wordt er gekeken naar het effect van PMT binnen deze module, om zo het behandel aanbod te evalueren en de noodzaak van de interventies aan te tonen.

Doel & globale probleemstelling van het onderzoek

In deze studie is onderzocht wat de effecten zijn van PMT op obese psychiatrische kinderen in de leeftijd van 11 tot en met 14 jaar.

De vraagstelling voor het onderzoek luidt als volgt;

- Welk effect heeft PMT in een multidisciplinaire behandeling op de problematiek van psychiatrische kinderen met obesitas?

Met als deelvragen;

- Heeft PMT een positief effect op depressie en competentiebeleving van kinderen met een psychiatrische stoornis en obesitas?
- Wat is volgens de cliënt het effect van PMT op de behandelde thema's, te weten grenzen herkennen/aangeven, grenzen verleggen, lichaamsbeleving, zelfcontrole, sociale interactie, zelfbeeld/zelfvertrouwen en spanning/ontspanning?
- Wat is de waardering van de cliënt op de PMT behandeling?

Volgens de World Health Organization (WHO, 2001) hebben psychisch gezonde personen een subjectieve beleving van welzijn, autonomie, competentie. Ze voelen zich in staat de eigen intellectuele en emotionele mogelijkheden te verwezenlijken. Psychisch ongezonde mensen hebben last van psychische klachten of zelfs van psychische stoornissen. Bij een optimale psychische gezondheid is er sprake van succesvol functioneren wat resulteert in productieve activiteiten, bevredigende relaties met anderen en de mogelijkheid tot aanpassen en omgaan met tegenslagen (Surgeon General, 1999). Psychische klachten omvatten gevoelens van psychische verstoring, zoals gevoelens van angst, depressie, slaapverstoring en stress. Dit kan leiden tot zichtbaar leed, een (gedeeltelijk) onvermogen tot functioneren en een verhoogd risico op sterfte, pijn en beperkingen.

Binnen dit onderzoek zijn er tevens elementen uit de psychische gezondheid opgenomen. Van Lent-Luppino et al. (2009) schrijven dat een depressie de kans om obesitas te ontwikkelen vergroot en obesitas vergroot de kans om later een depressie te krijgen. Bovendien is er al vaker een associatie aangetoond tussen obesitas en depressie (Werrij et al., 2006). Vanwege de aangetoonde samenhang tussen depressie en obesitas is er gekozen om in dit onderzoek de focus te leggen op de depressieve kenmerken die het kind vertoont voor en na de behandeling.

De kernsymptomen van depressie uit de DSM IV worden als bruikbaar gezien voor het diagnosticeren van kinderen. Hieronder volgt een vereenvoudigde samenvatting vanuit de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMIV-TR).

- Een depressieve stemming gedurende grootste gedeelte van de dag
- Verminderde interesse of plezier in alle activiteiten gedurende de dag, of bijna dagelijks
- Eetproblemen en gewichtsverandering
- Slaapproblemen (bijna niet slapen, heel erg veel slapen), bijna dagelijks
- Psychomotorische agitatie of remming, bijna dagelijks
- Moeheid of verlies van energie, bijna dagelijks
- Zich waardeloos en schuldig voelen, bijna dagelijks
- Moeilijkheden hebben met concentratie of beslissingen nemen, bijna dagelijks
- Terugkerende gedachte aan de dood of zelfdoding

Meestal is er geen duidelijk aanwijsbare oorzaak voor een depressie. Het gaat vaak om een combinatie van biologische, psychische en sociale factoren. De biologische factor betekent dat in de familie van het kind of de jongere depressie vaak voorkomt.

Bij psychische factoren spelen persoonlijke eigenschappen een rol: misschien is iemand van nature al wat zwaar op de hand of geneigd tot piekeren. Sociale factoren hebben

betrekking op de omgeving van het kind of de jongere. Het kan gaan om een traumatische ervaring (bijvoorbeeld echtscheiding van de ouders, dood van een geliefd persoon) of bijvoorbeeld gepest worden. Deze verschillende factoren kunnen, naast de aangetoonde associatie tussen depressie en obesitas, een rol spelen op de invloed van de mate van depressie bij obese kinderen.

Daarnaast wordt er in dit onderzoek gekeken naar de competentiebeleving van de kinderen. M Koolenbrander (2006) schrijft dat competentiebeleving betrekking heeft op het besef 'iets te kunnen', het gevoel 'ergens goed in te zijn'. Dit besef 'iets te kunnen' leidt uiteindelijk, in gang gezet door de intrinsieke aangeboren competentiebehoefte en gestimuleerd door een 'responsieve' omgeving, naar het gevoel 'iets waard te zijn'. Omgekeerd kan het besef 'niets te kunnen', en jezelf dus incompetent vinden, als gevolg van frustratie van de competentiebehoefte leiden tot gevoelens 'niets waard te zijn' (Veerman et al., 1997; Treffers et al., 2002).

Competentiebeleving heeft betrekking op diverse gebieden, zoals schoolvaardigheden, sociale acceptatie, sportieve vaardigheden, fysieke verschijning, gedragshouding, gevoel van eigenwaarde en in de adolescentie ook hechte vriendschappen. Uit onderzoek blijkt dat de competentiebeleving negatief samenhangt met problemen. Jeugdigen die met emotionele en gedragsproblemen zijn aangemeld voor jeugdhulp, hebben een lager gevoel van eigenwaarde en voelen zich op vrijwel alle competentiegebieden minder sterk dan niet-aangemelde leeftijdsgenoten. Behalve competentiebeleving op diverse gebieden ontwikkelen kinderen ook een bepaalde mate van zelfwaardering (Veerman et al., 1997; Treffers et al., 2002). De mate van zelfwaardering is niet een optelsom van de competentiebeleving op diverse domeinen, maar de beleving op de diverse specifieke domeinen draagt wel bij tot de mate van zelfwaardering. De mate van zelfwaardering wordt vergroot wanneer kinderen zich competent voelen op bepaalde belangrijke domeinen (Veerman et al., 1997; Treffers et al., 2002).

Er is een associatie aangetoond tussen obesitas en een slechter psychosociaal functioneren (Warschburger, 2005). Jongeren die ernstig overgewicht hebben, krijgen vanwege hun uiterlijk vaak in hoge mate te maken met stigmatisering (Braet, 2005). In onderzoek komt naar voren dat kinderen met overgewicht tot drie keer meer gepest worden in vergelijking met leeftijdsgenoten met een gezond gewicht (Neumark-Sztainer et al., 2002). Dit pesten kan leiden tot een lage zelfwaardering en gevoelens van incompetentie (Warschburger, 2005).

Uit onderzoek blijkt dat obese jongeren een negatiever zelfbeeld en lagere zelfwaardering hadden dan hun niet-obese leeftijdsgenoten (Braet, Mervielde & Vandereycken, 2007).

Hypothese

In de literatuur wordt er verschillende malen het belang benoemd van een bewegingsprogramma in de behandeling van mensen met obesitas. Voor zowel volwassenen als kinderen gaat de voorkeur uit naar een behandeling die bestaat uit verschillende interventies. Te weten een diëtiste, een bewegingsprogramma en psychologische interventies (Meijs, Kleuters, 2006; Seidell, de Beer, Kuijpers, 2008; Shaw, Gennat, O'Rourke, Del Mar, 2009). Daley et al. (2006) benoemd dat studies aangetoond hebben dat regelmatige beweging een positieve invloed kan hebben op de

psychopathologische uitingvormen (zoals depressie, angst en zelfbeeld) bij obese kinderen. Vink (2009) ondersteund deze bevinding, met een systematische review, waarin zij benoemt dat door fysieke activiteit er een toename is in zelfvertrouwen en competentiebeleving. Tevens is er een afname van de depressie aangetoond. Daarnaast schrijft Daley et al. (2006) dat deelnemers in een bewegingstherapie een toename liet zien van fysieke activiteit bij obese adolescenten, ten opzichte van normale behandeling. Aan de hand van de literatuur werden de volgende resultaten op de deelvragen verwacht;

- PMT zal een positief effect hebben op de depressie en competentiebeleving.
 - a) Er is een vermindering te verwachten op de depressieve symptomen van het kind, deze zullen zichtbaar worden door een vermindering van de totaalscore.
 - b) Er is een verbetering te verwachten op 4 van de 6 levensgebieden van het kind, te weten sociale acceptatie, sportieve vaardigheden, fysieke verschijning en gedragshoudingen waardoor ook het gevoel van eigenwaarde zal toenemen.
- PMT zal voor de cliënt op alle behandelde thema's een positief effect hebben.
- PMT wordt door de cliënten als waardevol gewaardeerd en zal een voldoende scoren op de cliënten waarderingsvragenlijst.

Op basis van deze hypothese is de verwachting dat het antwoord op de hoofdvraag is; PMT heeft een positief effect in een multidisciplinaire behandeling bij obese kinderen.

Om wat te kunnen zeggen over de specifieke waarde van de PMT is er een vragenlijst gebruikt specifiek gericht op de waardering van de PMT behandeling. Tevens is er een VAS-vragenlijst gebruikt om de PMT thema's te evalueren. Met de gegevens uit deze vragenlijsten wordt aangetoond hoe het kind de PMT heeft ervaren en wat de PMT voor het kind heeft opgeleverd.

De effecten van PMT moeten in het licht van een multidisciplinaire behandeling gezien worden. Het is niet in alle gevallen mogelijk om het effect enkel toe te schrijven aan PMT, omdat het kind mogelijk ook aan andere submodules deel heeft genomen. Daarnaast kunnen andere storende variabelen invloed hebben op het effect van de PMT, zoals veranderingen in de sociale factor, psychische factor en biologische factor. Voorbeelden hiervan zijn beperkingen in de transfer van therapie naar huis door ouders, eventuele beperkingen van ouders op het gebied van cognitieve en sociaal emotionele ondersteuning voor het kind of uitval van therapie in verband met vakantieperiode en/of ziekte. Om rekening te houden met deze variabelen wordt er gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek, om zo de mogelijke invloed van deze variabelen op het effect van de behandeling duidelijker te beschrijven.

Proefpersonen

Het onderzoek richt zich op kinderen in de leeftijd van 8 tot en met 18 jaar die in behandeling zijn binnen Herlaarhof. Het was de verwachting dat aan dit onderzoek ongeveer vijf kinderen zouden deelnemen.

Inclusie- en exclusiecriteria om definitief aan het onderzoek deel te mogen nemen waren;

Inclusiecriteria;

- Kinderen in de leeftijd van 8 tot en met 18 jaar.

- Kinderen met psychiatrische problematiek en een daaraan gerelateerde slechte lichamelijke gezondheid, specifiek overgewicht of obesitas
- Kinderen die zijn geïndiceerd voor de deelmodule PMT. (zie bijlage I)

Exclusiecriteria;

- Kinderen waarvan het voor de ouders niet haalbaar is om aan het behandelprogramma deel te nemen.
- Kinderen waarbij de hulpvraag enkel ligt op het afvallen.

Uiteindelijk hebben vier kinderen deelgenomen aan de PMT behandeling, maar enkel van één cliënt zijn alle gegevens bekend om te gebruiken voor dit onderzoek. Hierbij gaat het om een meisje van 11 jaar, waar naast obesitas (BMI 28 kg/m²) ook de stoornis van Asperger is gediagnosticeerd. Er worden concentratieproblemen waargenomen die het gevolg zijn van haar autisme spectrum problematiek. Daarnaast zijn er problemen benoemd die gebonden zijn aan de sociale omgeving. Haar beide ouders hebben overgewicht. Tevens is zij onder controle van een kinderarts. Deze concludeerde in oktober 2008 dat er sprake is van verhoogde bloeddruk, beginnende hepatosteatoze en hyperinsulinaemie bij ernstige insulineresistentie bij morbide obesitas. Hiertoe is ze aangemeld binnen Herlaarhof voor deze behandelmodule.

Naast PMT was deze cliënt ook aangemeld voor de module triple P en dieetadvisering. Beide modules zijn tijdens de PMT behandeling niet ingezet, wegens beperkte belastbaarheid van moeder.

Onderzoeksmethode en procedure

Het onderzoek naar het effect van PMT op de psychische gezondheid van kinderen met een psychiatrische stoornis en obesitas is exploratief opgesteld en is uitgevoerd aan de hand van een pre-experimenteel ontwerp.

Het onderzoek heeft plaats gevonden van juni 2009 tot en met december 2009.

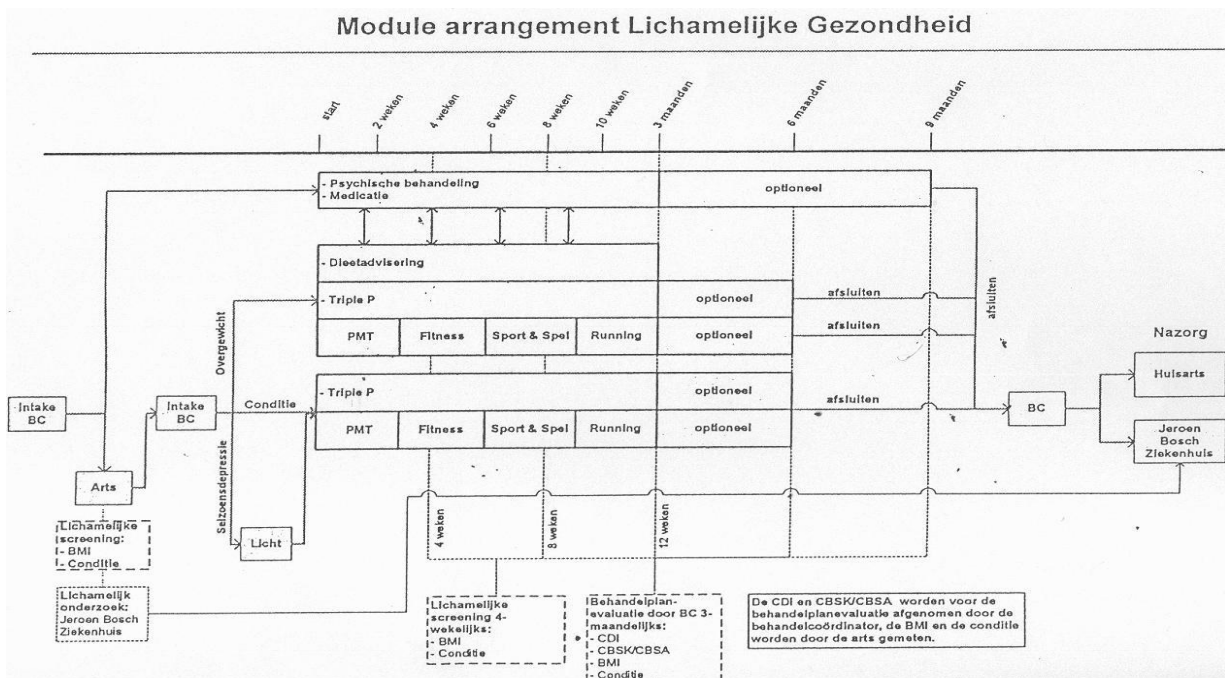
Waar er gekozen was voor groepsPMT is uiteindelijk voor het onderzoek gebruik gemaakt van een single case study vanwege ontbrekende resultaten van de andere cliënten.

De vraagstelling voor dit onderzoek maakt deel uit van een breder onderzoek naar de effecten van een multidisciplinaire behandeling bij obese psychiatrische kinderen.

Figuur 1 geeft een overzicht van het verloop van die module.

Als start van de module doet de kinderarts lichamelijk onderzoek en stelt hierbij de BMI en lichamelijke conditie vast. Daarnaast wordt op dat moment de psychische gezondheid gescreend aan de hand van 2 vragenlijsten. De Competentie Belevingsschaal voor kinderen (CBSK) of de Competentie Belevingsschaal voor adolescenten (CBSA) en een vragenlijst gericht op depressie, de Children's Depression Inventory (CDI). Beide vragenlijsten worden gebruikt als voormeting en nameting van het onderzoek. De nameting wordt gedaan na drie maanden van behandeling.

Vervolgens brengt de kinderarts advies uit, aan de hand van het indicatieoverzicht (bijlage I), aan welke bewegingsgericht deelmodule het kind het beste kan deelnemen. De andere deelmodules worden door de behandelcoördinator geïndiceerd.



Figuur 1: Stroomschema module lichamelijke gezondheid

Interventies;

Dieetadviesing; Hoofddoel is handhaving gewicht (bij te verwachten lengte-groei) of verminderen gewicht (middels geleidelijke gewichtsreductie $\frac{1}{2}$ - 1 kg/maand), afhankelijk van leeftijd en morbiditeit.

Triple P; Verbeteren van de 'life-style' van het kind. Door middel van opvoedingsondersteuning en versterking van de pedagogische competenties van ouders hen hulp bieden bij de preventie van overgewicht en bevorderen van gezond gedrag en goede conditie van hun kinderen.

Sport & Spel; Middels sport en spel wordt een meer laagdrempelig en frequent bewegingsaanbod gedaan. Deze submodule wordt ingezet met als doel het plezier in bewegen op gang te brengen en te vergroten. Daarnaast wordt onderzocht op welk gebied de (sport)interesses liggen van een kind. Om de stap naar een sportclub in de thuissituatie te ondersteunen. Het kan daarnaast ook bijdragen aan het verbeteren van de lichamelijke conditie, bij depressieve en inactieve kinderen met een gemiddeld gewicht.

Fitness; Doelstelling is het verbeteren van algemene conditie & fysieke gezondheid en het verbeteren van lichaamsbeleving. Dit wordt gedaan aan de hand van fitnessschema's. De therapeut zal tijdens de behandeling lichaams- en bewegingsgerichte interventies doen.

Runningtherapie; Hoofddoel is het verbeteren van de algemene conditie & fysieke gezondheid, het ontwikkelen van een positiever zelfbeeld, afname van depressie, ervaren van plezier tijdens het beweging. Dit wordt gedaan aan de hand van hardlooprogramma. Voor en na het hardlopen worden hardloopschema's ingevuld. Daarnaast worden gedachten en gevoelens voor en na het lopen gerapporteerd door de cliënt.

PMT; Binnen de PMT is er aandacht voor zaken zoals houding, lichaamsbeleving en het herkennen van emoties (van Elburg & Rijken, 2004). Specifieke doelstellingen van de PMT module, ten opzichte van de andere deelmodules, zijn doelstellingen gericht op

de lichaamsbeleving en het zelfgevoel. Kinderen met depressieve kenmerken en een lage competentiebeleving blijken in de praktijk vaak een onrealistisch beeld te hebben. Door aan deze doelstellingen te werken is de verwachting dat de klachten van depressie zullen verminderen en de competentiebeleving van het kind zal toenemen.

De indicaties voor PMT van dit onderzoek waren het verminderen van psychische klachten (angsten en weinig identiteit), het verbeteren van de lichamelijke gezondheid, het vergroten van het zelfvertrouwen, het krijgen van plezier in bewegen.

De behandeling bestond uit 10 sessies die vastgelegd zijn in een behandelprotocol. Deze deelmodule werd afgesloten met een meetmoment, waarvoor de CBSK of CBSA en CDI opnieuw gebruikt zijn. Daarnaast is er een PMT waarderingsvragenlijst, de zogenaamde vragenlijst jeugdthermometer en een VAS vragenlijst specifiek gericht op de PMT thema's ingevuld.

De PMT behandeling, welke werd aangeboden door een ervaren psychomotorisch therapeut, heeft 1x per week plaatsgevonden en duurde 60 minuten. Tijdens de laatste 15 minuten van de therapie zijn ouders uitgenodigd om deel te nemen aan de PMT, om zo de transfer van therapie naar thuissituatie te ondersteunen. Tijdens de behandeling hebben de kinderen opdrachten voor thuis mee gehad om de dagen tussen de sessies uit te voeren.

De behandeling is themagericht aangeboden, waarbij sommige thema's herhaald aan de orde kwamen. Achtereenvolgens waren dat de volgende thema's;

- Sessie 1; Kennismaking en psycho-educatie
- Sessie 2; Grenzen herkennen en aangeven
- Sessie 3; Grenzen verleggen
- Sessie 4; Lichaamsbeleving / sociale interactie
- Sessie 5; Lichaamsbeeld / zelfcontrole
- Sessie 6; Zelfbeeld / zelfvertrouwen
- Sessie 7; Spanning - Ontspanning
- Sessie 8; Spanning - Ontspanning
- Sessie 9; Ontspanning en competentiebeleving
- Sessie 10; Herhaling en afsluiting

Tests en vragenlijsten

*Children's Depression Inventory (CDI, Tibremont & Braet, 2002).

De CDI bepaald het voorkomen en de ernst van depressieve symptomen bij kinderen en jongeren (8-17 jaar). De lijst bestaat uit 27 items die de cognitieve, affectieve en gedragsmatige symptomen van depressie meten. De maximum score is 34 en vanaf 19 worden de depressieve symptomen als ernstig waargenomen. Hoe hoger de score hoe ernstiger de zelf waargenomen depressieve symptomen zijn.

In 2004 heeft De Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN) de normen als onvoldoende, de betrouwbaarheid en de begripsvaliditeit als voldoende en de criteriumvaliditeit als onvoldoende beoordeelt.

*Competentie belevingsschaal voor kinderen (CBSK, Veerman et al., 1997) en Competentie belevingsschaal voor adolescenten (CBSA, Veerman et al., 1997)

De CBSK stelt vast hoe kinderen (8-12 jaar) zichzelf op zes specifieke gebieden vinden functioneren en hoe zij hun globale gevoel van eigenwaarde beoordelen. Er wordt

gekeken naar de schoolvaardigheden(1), sociale acceptatie(2), sportieve vaardigheden(3), fysieke verschijning(4), gedragshoudingen(5). Bij adolescenten wordt er ook gekeken naar hechte vriendschap(6).

De CBSA is gelijk aan de CBSK maar dan gericht op adolescenten. (12-18 jaar)

De COTAN heeft de betrouwbaarheid als voldoende, de begripsvaliditeit en normering als goed beoordeelt.

*Vragenlijst Jeugdthermometer GGZ (2003). Versie jongeren vanaf 12 jaar (GGZ Nederland, Trimbos instituut 2005). Zie bijlage II.

Deze vragenlijst geeft een globale indicatie over de cliëntenwaardering van de behandeling op cruciale onderwerpen, betreffende verstrekte informatie, mogelijkheid tot inspraak, de hulpverlener en het resultaat van behandeling. De Thermometer kent vier schaa scores en het rapportcijfer. Er is dus niet één cijfer maar vijf. De schaa scores kunnen opgevat worden als een cijfer tussen 0 en 10 en dienen als nuancering van het rapportcijfer.

De interne consistenties, wat een indicatie is van de betrouwbaarheid, van de subschalen zijn voldoende tot goed. Er is een positieve significante samenhang tussen de afzonderlijke subschalen en de rapportcijfers, wat een indicatie is voor validiteit. Op basis van de analyses door T. Kertzman et al. (2003) kan geconcludeerd worden dat de psychometrische kwaliteiten van de Thermometer bewaard zijn gebleven en dat de vragenlijst opnieuw voldoende betrouwbaar en valide is gebleken.

De vragenlijst zoals die is gebruikt voor dit onderzoek is aangepast op de PMT behandeling, om enkel de waardering van kind of ouder over deze deelmodule duidelijk te krijgen. De vragenlijst wordt afgenomen na het afronden van de PMT behandeling.

*VAS-Vragenlijst op thema's van de PMT. Zie bijlage III.

Deze vragenlijst is voor dit onderzoek ontworpen aan de hand van de behandelde PMT thema's, te weten grenzen herkennen/aangeven, grenzen verleggen, lichaamsbeleving, zelfcontrole, sociale interactie, zelfbeeld/zelfvertrouwen en spanning/ontspanning. Er wordt gescoord middels VAS-schalen met als uiterste scoringsmogelijkheden; dat klopt helemaal=3 of dat klopt helemaal niet= -3 , met als variatiemogelijkheden grotendeels mee eens=2, een beetje mee eens=1, geen verandering=0, een beetje mee oneens= -1, grotendeels mee oneens= -2. De stellingen uit deze vragenlijst zijn gericht op de invloed van de PMT behandeling ten opzichte van de thema's gemeten na de behandeling. De score is een gemiddelde van meerdere stellingen per PMT thema.

Het doel van deze vragenlijst is het duidelijk krijgen hoe het kind de afzonderlijke PMT thema's ervaren heeft en wat het resultaat is van de behandeling binnen deze thema's.

De vragenlijst kan niet als betrouwbaar en valide beschouwd worden, maar biedt ondersteuning bij het antwoorden van de vraagstelling van dit onderzoek.

Statistische analyse

Wegens de N=1 studie is er middels beschrijvende statistiek is gekeken naar het verschil in voor- en nameting van competentiebeleving en depressie, voortkomend uit de antwoorden uit de CBSK of CBSA en CDI. Er is gerekend met de totaalscores die uit de vragenlijsten voort kwamen.

Om de waardering van de cliënt op de PMT behandeling te onderzoeken werd er middels een vragenlijst een beoordeling gegeven aan de behandeling die uitwerkt is in een thermometer. Het effect van de behandelde PMT thema's is, aan de hand van de VAS-vragenlijst, middels beschrijvende statistiek beantwoord.

De uitkomsten van de deelvragen geven het antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek.

Resultaten

Aan het onderzoek namen initieel vier kinderen deel. Zij waren allen poliklinisch aangemeld binnen Herlaarhof. De onderzoeksgroep betrof 3 meiden en 1 jongen in de leeftijd van 10 tot en met 14 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 12 jaar. Bij alle kinderen was er sprake van obesitas en een comorbide stoornis.

De voormeting is uitgevoerd bij deze vier cliënten. De nameting is maar bij één cliënt uitgevoerd. Vanwege de drie drop-outs worden de resultaten verwerkt volgens een singel case study. De oorzaken van de drop-outs zijn uiteenlopend. Een cliënt werd tijdens de afrondingsfase van de PMT behandeling elders klinisch opgenomen. Haar gewicht nam dermate toe dat het pedagogisch niet verantwoord was om haar thuis te laten wonen.

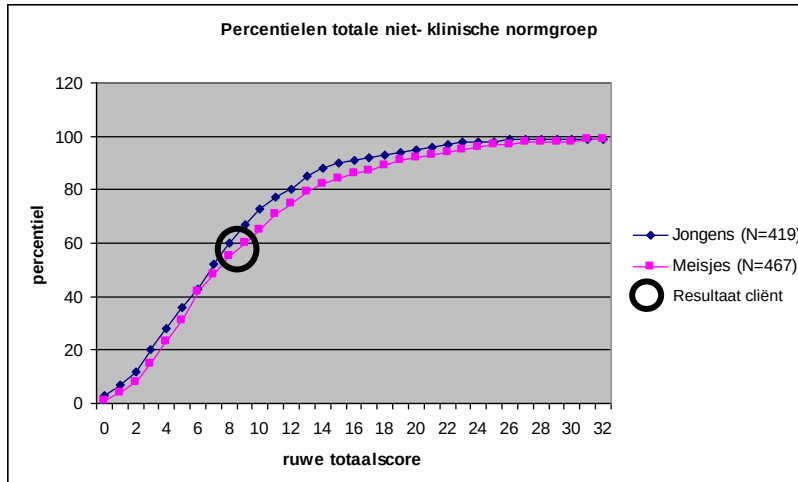
Vanwege de overplaatsing na de 8^{ste} PMT sessie, heeft ze de PMT behandeling niet afgerond. In overleg met ouders was afgesproken om de vragenlijsten in te vullen, maar dat is tot op heden niet gebeurd. Een tweede cliënt is niet meer op komen dagen zonder kennisgeving. Bij navraag bleken thuis omstandigheden te spelen waardoor ze niet kon komen, en daarnaast is ze ziek geweest. Om deze redenen heeft ze de PMT niet kunnen afronden. Wel was in overeenstemming met ouders de afspraak dat ze de vragenlijsten zou invullen, maar dat is tot op heden niet gelukt. De laatste cliënt heeft de PMT behandeling volledig afgerond. Echter doordat zijn oudere broer wegens gedragsproblemen versneld op kamertraining ging, was het voor ouders en cliënt niet mogelijk om tijdig de vragenlijsten in te vullen en te retourneren.

De antwoorden op de deelvragen samen vormen het antwoord op de hoofdvraag van dit onderzoek. Hieronder zijn de antwoorden op de deelvragen uitgewerkt.

- Heeft PMT een positief effect op depressie en competentiebeleving van kinderen met een psychiatrische stoornis en obesitas?

► Depressie:

De cliënt scoorde op de voormeting van de CDI een totaal score van 8 en op de nameting een totaalscore van 9. Bij een algemene screening in een normale populatie wordt depressie vastgesteld bij een totaal score van 19 of hoger. De ruwe CDI-totaalscore kan omgezet worden in een percentielscore, deze staat in figuur 2, die aangeeft welk percentage van alle kinderen met een overeenkomstige leeftijd een lagere of gelijke score hebben dan het desbetreffende kind. De percentielscore van de cliënt na de behandeling komt uit op 60, wat betekent 60% van de kinderen uit de normgroep lager of gelijk scoort dan dit kind. Voor de start van de PMT behandeling lag haar percentielscore op 55. Dat betekent dat er een minimale toename is van de ernst van de zelfgerapporteerde depressieve symptomen na de PMT behandeling van 3 maanden.

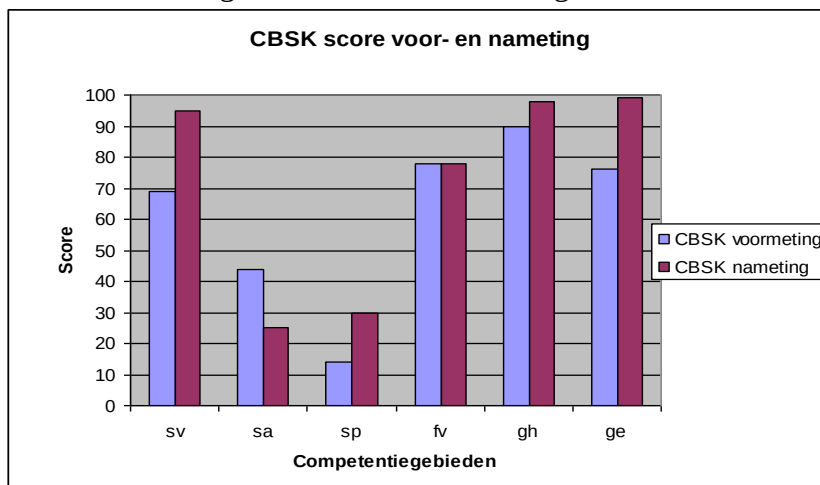


Figuur 2; percentielen totale niet-klinische normgroep CDI (8-17 jaar)

Dat de cliënt een toename van de depressieve symptomen heeft waargenomen was binnen de therapie niet herkenbaar. Beiden scores vielen bovendien onder de grens van klinische depressiviteit. De cliënt had zichtbaar plezier in het bewegen, ze kwam enthousiast naar de PMT. Gedurende de behandeling heeft de cliënt geleerd om steeds assertiever te zijn en meer trots te zijn op zichzelf. Haar stemming was in het begin van de behandeling vaak mat, maar aan het einde van de behandeling kwam ze meer ontspannen en opgewekter naar de PMT.

► Competentiebeleving:

Op 4 van de 6 competentiegebieden ervaart deze cliënt een verbetering, te weten schoolvaardigheden (sv +26), sportieve vaardigheden (sp +16), gedragshouding (gh +8) en gevoel van eigen waarde (ge + 23). Op het gebied van fysieke verschijning (fv) heeft ze exact dezelfde score behaald en op het gebied van sociale acceptatie (sa -19) heeft ze een vermindering ervaren. Aan iedere ruwe subschaalscore wordt een percentielscore toegekend. Deze kan geïnterpreteerd worden als het percentage jongens of meisjes dat onder de desbetreffende ruwe score ligt. De percentielscores van deze cliënt over de voor- en nameting van de CBSK staan in figuur 3.

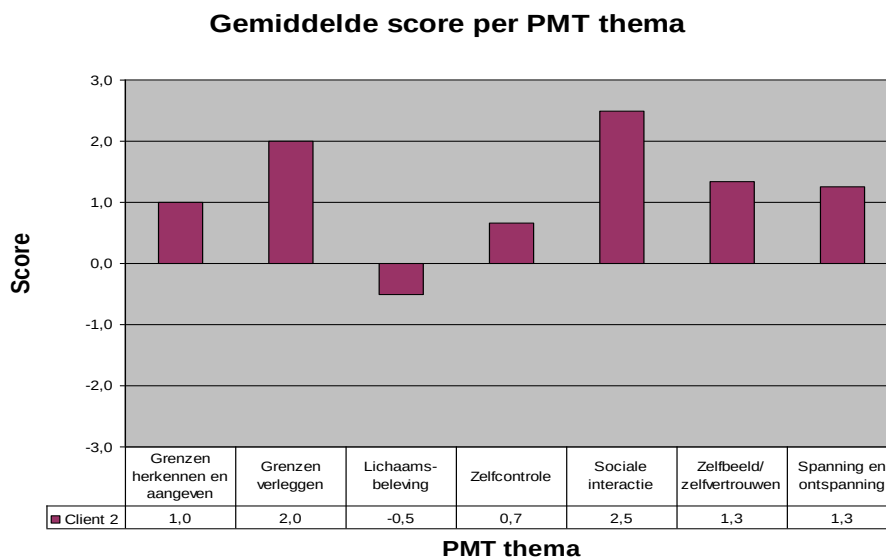


Figuur 3; overzicht scores van de CBSK voor- en nameting

In vergelijking met de normgroep (Nederlands meisjes) valt de cliënt met het competentiegebied sociale acceptatie (-2) en sportieve vaardigheden (-1) net onder de gemiddelde van deze groep. Bij de andere competentiegebieden is er in vergelijking met de normgroep een hogere score van 5 tot 6 punten ten opzichte van het gemiddelde. Dat de competentiebeleving wat betreft sportieve vaardigheden toegenomen was bij deze cliënt was te verwachten. Binnen de PMT heeft ze erg veel geoefend met het verleggen van fysieke grenzen en heeft ze haar doorzettingsvermogen vergroot. Waar ze bij de start van de behandeling net 2 rondjes om het badmintonveld kon rennen, lukte het na 10 sessies om zeker 20 minuten achter elkaar fysiek actief bezig te zijn. De ruime verbetering van gevoel van eigenwaarde was in de PMT herkenbaar doordat zij zich positiever over zichzelf uitte. Ze gaf zich vaker complimenten, had een meer realistisch streefniveau voor de activiteiten en vroeg vaker aandacht voor de dingen die haar goed lukte in de zaal. Zo durfde ze bij de eerste klimactiviteit nauwelijks van de grond te komen. De laatste klimactiviteit had ze haar grenzen kunnen verleggen naar ongeveer 3 meter hoogte. Na de klimactiviteit kon ze aangeven dat ze het erg knap vond van zichzelf dat ze zo ver was gekomen. Ook bij ouders gaf ze dan aan dat ze trots op zichzelf was.

- Wat is volgens de cliënt het effect van PMT op de behandelde thema's, te weten grenzen herkennen/aangeven, grenzen verleggen, lichaamsbeleving, lichaamsbeeld, zelfbeeld/zelfvertrouwen en spanning/ontspanning.

► Het resultaat van de behandelde PMT thema's is dat de cliënt bij 6 van de 7 thema's een positieve verandering werd ervaren na de behandeling. Enkel het thema lichaamsbeleving had een negatieve score. In figuur 4 staan de scores van de behandelde PMT thema's. Uitschieterende PMT thema's zijn grenzen verleggen en sociale interactie.

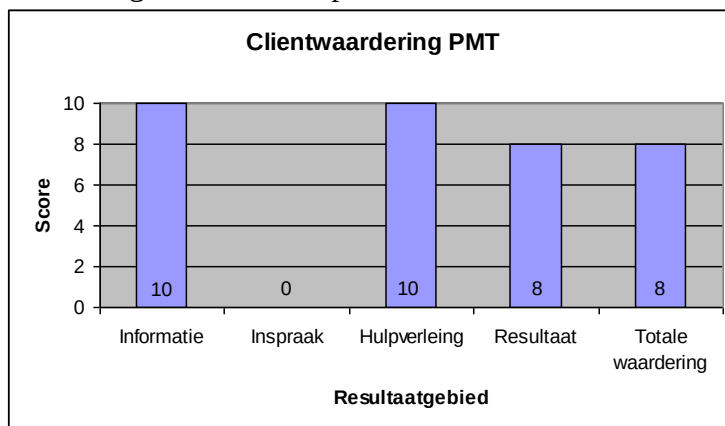


Figuur4; overzicht van de resultaten op de behandelde PMT thema's.

Gedurende de PMT behandeling heeft de cliënt veel samengewerkt met een ander kind met gelijkwaardige problematiek. Hierbij leek ze aansluiting te vinden en zich op haar gemak te voelen. Ze gaf steeds vaker bij het andere kind aan wat ze wel of niet prettig vond en ze kon steeds vaker de activiteit aanpassen zodat zij er plezier aan kon beleven.

Doordat het andere kind in sommige activiteiten vaardiger was, probeerde de cliënt juist nog even door te gaan waardoor ze haar grenzen steeds kon verleggen. Hierdoor was ze vaker trots was op zichzelf. Haar lichaamsbeleving was vaak negatief gekleurd. Tussendoor werd haar gevraagd wat ze graag nog wilde leren, hierop gaf ze dan aan dat ze meer zelfvertrouwen wilde krijgen en nog meer wilde afvallen. Wat betreft lichaamsbeleving kan ze wel mooie dingen over haar lijf benoemen, maar het lukt niet om van haar lijf te genieten.

- Wat is de waardering van de cliënt op de PMT behandeling.
- In figuur 5 staan de scores op de resultaatgebieden en het rapportcijfer van de PMT behandeling. Informatie en hulpverlening scoren maximaal, resultaat scoort een 8 op schaal van 10 en inspraak wordt met een 0 op een schaal van 10 gescoord. De totale waardering scoort een 8 op een schaal van 10.



Figuur 5; cliëntwaardering van de PMT behandeling per resultaatgebied.

Dat de PMT behandeling gewaardeerd werd door de cliënt, was tijdens de sessies al duidelijk. Ze kwam enthousiast en trouw naar de afspraken en liet de afsluitende 15 minuten de ouders altijd enthousiast zien wat ze had gedaan. Daarnaast gaf ze met enige regelmaat aan de PMT leuk te vinden, bijvoorbeeld leuker dan fysio-fit waar ze vanuit thuis aan had deelgenomen. Daarnaast gaf ze aan het sporten leuk te gaan vinden en dat ze thuis ook steeds meer sportief ging doen, zoals dagelijks naar school fietsen.

Hoofdvraag

- Welk effect heeft PMT in een multidisciplinaire behandeling op de problematiek van psychiatrische kinderen met obesitas?
- De cliënt laat een toename zien op de beleving van de meeste competentiegebieden, enkel sociale acceptatie is verminderd. Daarnaast laat de cliënt een zeer beperkte toename zien van de zelfgerapporteerde depressieve symptomen. De behandelde PMT thema's scoren positief, enkel het thema lichaamsbeleving laat een negatieve score zien. De PMT behandeling wordt door de cliënt met een 8 gewaardeerd.

Discussie

De resultaten van dit onderzoek laten over het geheel een positief effect zien van PMT in een multidisciplinaire behandeling op de problematiek van psychiatrische kinderen met obesitas. Dat is te concluderen uit de overwegend positieve resultaten per deelvraag.

Effect op de depressie

Het effect van de PMT behandeling op de depressieve symptomen volgens de CDI, is dat bij deze cliënt er een minimale toename is van de zelfgerapporteerde depressieve symptomen. De zelfgerapporteerde toename is zeer beperkt en lijkt verwaarloosbaar, omdat het enkel om 1 punt gaat. Bij de voormeting score het kind op een schaal van 32 een 8, met deze score valt het kind binnen de gezonde range. Ook bij de toename op de CDI kan er nog niet gesproken worden over een depressie bij de cliënt, omdat er pas van een depressie gesproken wordt bij een score van 19. Een mogelijke verbetering van de zelfgerapporteerde depressie symptomen zou beperkt zijn omdat de cliënt al binnen de gezonde range viel. De vooraf gestelde hypothese, dat de depressieve symptomen zouden afnemen, is geformuleerd vanuit bevindingen in de literatuur (Daley et al., 2006; Vink, 2009). De korte behandelduur van 3 maanden en het wegvallen van een multidisciplinaire behandeling zouden een verklaring kunnen zijn voor de lichte toename van de zelfgerapporteerde depressieve symptomen op de CDI. Het kind heeft mogelijk te weinig tijd gehad om de geleerde vaardigheden eigen te maken. Ouders hebben mogelijk te weinig ondersteuning gekregen door het wegvallen van andere interventies, waardoor ze de transfer van de behandelsetting naar huis (en elders) niet goed hebben kunnen begeleiden.

Effect op de competentiebeleving

De hypothese was dat er een verbetering zou zijn op 4 van de 6 levensgebieden van het kind, namelijk sociale acceptatie, sportieve vaardigheden, fysieke verschijning en gedragshoudingen. Hierdoor zou ook het gevoel van eigenwaarde toenemen. De competentiegebieden schoolvaardigheden, sportieve vaardigheden, gedragshouding en gevoel van eigen waarde hebben een toename in competentiebeleving laten zien. Fysieke verschijning is gelijk gebleven gedurende de PMT behandeling en de competentiebeleving sociale acceptatie is afgenomen.

In vergelijking met de normgroep lijken de scores van sociale acceptatie en sportieve vaardigheden weinig met de gemiddelden te verschillen en dus te verwaarlozen. Echter percentielen zijn minder betrouwbaar (Veerman et al., 1997). Bij de andere competentiegebieden is er een toename variërend van 5 tot 6 in vergelijking met de gemiddelden. Een verklaring voor de toename van de competentiebeleving kan zijn dat de behandelde PMT thema's goed aansloten op de problematiek van de cliënt, waardoor de cliënt zich meer competent ging voelen.

Het gelijk blijven van haar beleving van fysieke verschijning kan verklaard worden vanuit de gedachten die de cliënt steeds hield over het willen afvallen. De cliënt was ontevreden over haar uiterlijk en dit sprak ze ook regelmatig uit. Ze liet een vooruitgang zien in het accepteren van het obese zijn, maar haar schaamte bleef bestaan. Mogelijk dat deze tweestrijd tussen acceptatie en schaamte ertoe geleid heeft dat er geen verandering is opgetreden in het competentiegebied fysieke verschijning. De afname van de competentiebeleving sociale acceptatie ligt mogelijk in het verlengde van haar schaamte rondom het obese zijn. Waar de hypothese was dat ze door samenwerking met lotgenoten meer acceptatie zou ervaren, blijkt het tegenovergestelde effect te zijn ontstaan. Mogelijk dat de samenwerking geleid heeft tot een bevestiging van haar negatieve beleving rondom acceptatie. Het is tevens mogelijk dat de andere cliënt haar beleving heeft geprojecteerd en dat dit de beleving van sociale acceptatie negatief heeft versterkt.

Effect van de behandelde PMT thema's

Vanuit de VAS vragenlijst heeft de cliënt na de PMT behandeling een kleine verslechtering waargenomen op de lichaamsbeleving. Bij de andere zes behandelde PMT thema's heeft de cliënt een verbetering waargenomen ten opzichte van de start van de behandeling. De hypothese dat de cliënt een verbetering liet zien op de behandelde PMT thema's en waardering van de PMT behandeling lijkt wel overeen te komen. Het samen in behandeling zitten met kinderen met dezelfde problemen leek hierbij ondersteunend te zijn voor deze cliënt. Hierdoor vond ze herkenning wat betreft de problemen, maar zeker ook uitdaging rondom het thema grenzen. De praktische therapiesetting maakte dat er veel ervaringsgericht gewerkt kon worden. Het werken met een oefenmap en huiswerk maakte dat de cliënt kon terug kijken op behandelde thema's, wat ondersteunend geweest kan zijn voor het generaliseren van de vaardigheden. Het betrekken van de ouders in de laatste 15 minuten van de behandeling lijkt ook ondersteunend te zijn geweest om de transfer op gang te krijgen. Extra aandacht hiervoor lijkt in het vervolg wel gewenst, omdat blijkt dat in een ander context de aangeleerde vaardigheden niet voldoende toegepast worden. Enkel de lichaamsbeleving komt niet overeen met de hypothese. De negatieve score bij lichaamsbeleving lijkt verklaard te kunnen worden vanuit de cognitieve overtuiging van de cliënt zoals dit omschreven is bij de effecten op de competentiebeleving. De cliënt bleef het afvallen als doelstelling behouden en dus bleef de schaamte rondom het obese zijn bestaan.

Als laatste kan de formulering van de vragen rondom lichaamsbeleving meegespeeld heeft in de negatieve waardering van dit thema. De vragen waren mogelijk teveel gericht op verandering in plaats van acceptatie van het lichaam.

Waardering van de PMT behandeling

De cliënt geeft een goede waardering aan de PMT behandeling, wat ook de verwachting volgens de hypothese was. Er kan geconcludeerd worden dat de PMT behandeling over het algemeen hoog scoort met als gemiddeld cijfer een acht, maar dat het kind het gevoel had geen inspraak te hebben in het behandelplan. Dat het kind geen inspraak heeft gehad in het behandelplan is te verklaren vanuit de leeftijd van de cliënt. De cliënt is nog geen 12 jaar en dan beslissen enkel de ouders over de uitvoering van het behandelplan. Over de rest van de behandeling was het kind tevreden en heeft het zelf aangegeven niets te willen veranderen.

Sociale acceptatie versus sociale interactie

Opvallend in bovenstaande bevindingen is dat de cliënt in de resultaten een verschil laat zien in de waardering van sociale acceptatie vanuit de CBSK en sociale interactie vanuit de VAS vragenlijst. De CBSK laat een negatieve score zien op sociale acceptaties, het PMT thema sociale interactie laat een positieve score zien. Mogelijk is dit verschil te verklaren vanuit de betekenisverlening die de cliënt geeft aan sociale acceptatie versus sociale interactie. Waar ze een groei laat zien in sociale interactie wil nog niet zeggen dat ze verbetering ervaart in sociale acceptatie. Het is mogelijk dat ze door de PMT zich meer bewust is van het anders zijn waardoor ze meer sociale interactie zoekt. Dit wil niet zeggen dat ze zich sociaal geaccepteerd voelt. Een andere verklaring kan zijn dat de

cliënt zichzelf negatief waardeert in vergelijking met haar leeftijdsgenoten, omdat ze zich meer bewust is geworden van haar eigen mogelijkheden en beperkingen.

Daarnaast kan de beperkte duur van de behandeling en het wegvallen van de multidisciplinaire behandeling ook geleid hebben tot een verminderde sociale acceptatie volgens de CBSK. Aangeleerde vaardigheden zijn mogelijk nog niet gegeneraliseerd en ouders hebben mogelijk onvoldoende handreikingen gekregen waardoor de sociale interactie enkel in de PMT een verbetering liet zien. De transfer van sociale acceptatie is dan te beperkt geweest.

Een laatste mogelijke verklaring voor het verschil tussen sociale acceptatie en sociale interactie is dat er in de PMT behandeling specifieke aandacht is geweest voor het thema sociale interactie. Het kan zijn dat de cliënt zich meer bewust is geworden van verschil in sociale interactie voor de PMT behandeling en na de PMT behandeling door de lijfelijke ervaring in de PMT sessies. De bewustwording van sociale interactie kan geresulteerd hebben in een positieve uitkomst van sociale interactie, terwijl in de CBSK om een reflectie gevraagd wordt van de sociale acceptatie.

Inconsistentie in CDI en CBSK scores versus PMT thema's en waardering

De proefpersoon van dit onderzoek heeft naast obesitas een comorbide stoornis, namelijk een aan autisme verwante stoornis. Dit kan geleid hebben tot meeton nauwkeurigheid door de cliënt. Bij de CBSK en CDI vragenlijsten wordt de cliënt gevraagd te reflecteren over de competentiebeleving en depressieve symptomen van voor en na de PMT behandeling. De vraag hierbij is of een cliënt met een autisme spectrum stoornis dit wel kan. Lombardo, Baron-Cohen et al. (2009) hebben aangetoond dat het hersengedeelte van het zelfreflecterend vermogen van autisten minder actief is dan bij mensen zonder autisme.

De vragenlijsten over de PMT thema's en PMT waardering zijn contextgebonden. In de behandeling heeft de cliënt positieve (praktijk)ervaringen opgedaan welke ze gekoppeld heeft aan een positieve waardering van de PMT behandeling.

Mogelijk is de transfer van de geleerde vaardigheden uit de PMT behandeling niet optimaal verlopen waardoor de vaardigheden enkel in de PMT zichtbaar waren. Dit kan betekenen dat de CBSK en CDI negatiever uitvallen, omdat die over algemene beleving gaat. De ervaring van de PMT blijft positief, omdat die concreet is voor de cliënt.

Daarnaast heeft de moeder van de cliënt een hartinfarct gehad tijdens de PMT behandeling. Dit heeft bij de cliënt veel stress opgeleverd. De lichamelijke gevolgen werden op dat moment uitvergroot. Hierdoor kon de cliënt niet voldoende focussen op de behandeling en het thuis oefenen, waardoor de oefenomgeving niet meer optimaal was. Hierdoor kan het zijn dat de vaardigheden niet voldoende zijn geoefend in verschillende contexten. Doordat de vaardigheden niet gegeneraliseerd zijn kan het zijn dat er op de CDI en CBSK vragenlijsten een tegenstrijdig resultaat is ontstaan ten opzichte van de PMT behandeling.

Beperkingen onderzoek

De onderzoeksgroep is van N=4 beperkt tot een N=1 studie. Hierdoor was het niet mogelijk om de voor- en nameting van meerdere personen te vergelijken, wat maakt dat er geen statistische analyses uitgevoerd konden worden. Bij alle cliënten zijn wel voormetingen gedaan, echter 3 van de 4 cliënten hadden persoonlijke redenen om niet

tijdig de vragenlijsten te retourneren. Daarnaast heeft meegespeeld dat de persoon die de CBSK en CDI zou afnemen wegens ziekte langdurig afwezig was.

Mogelijk is deze inkrimping inherent aan de onderzoeksgroep, obese kinderen met een psychiatrische stoornis.

In de literatuur wordt het belang van ouders in de behandeling van obese kinderen benoemd (Zametkin et al., 2004). Uit cliëntgegevens blijkt dat systeemfactoren een bepalende factor hebben gespeeld in het niet retourneren van de vragenlijsten. Mogelijk dat in dit onderzoek te weinig nadruk heeft gelegen op het betrekken van de ouders in de behandeling van het kind. Ouders zijn namelijk essentieel voor de transfer van de behandeling. Tevens lijkt het van belang om de vragenlijsten niet mee te geven aan ouders, maar dit na de laatste sessie op locatie in te laten vullen of een afspraak hiervoor te plannen.

Behandeling van obesitas gaat mede om een verandering van levensstijl wat niet te bewerkstelligen is in een behandeling van 3 maanden. De PMT behandeling van deze cliënt heeft enkel 3 maanden geduurd. Daarnaast wordt vaak benoemd dat de voorkeur uit gaat naar een multidisciplinaire behandeling die bestaat uit verschillende interventies. Te weten diëtiste, bewegingsmodule en psychologische interventies (Seidell, de Beer, Kuijpers, 2008; Meijs, Kleuters, 2006; Shaw, Gennat, Roucke, Del Mar, 2009; Vink, 2009). Hoewel de module is samengesteld uit een multidisciplinair aanbod is het bij de behandeling van de cliënt niet gekomen tot een afgestemde multidisciplinaire behandeling. De deelmodules triple P en dieetadvisering waren door de moeder van de cliënt wegens belastbaarheid uitgesteld. Hierdoor is eigenlijk enkel onderzocht wat het effect van PMT is bij een cliënt met obesitas en een psychiatrische stoornis.

Vervolgonderzoek

De resultaten van dit onderzoek zijn hoopgevend en rechtvaardigen vervolgonderzoek. Wegens de uitgedunde onderzoeksgroep zullen de effecten van dit onderzoek als voorlopig gezien moeten worden. Ten eerste zullen de meetgegevens van de drie andere cliënten achterhaald dienen te worden om te komen tot statische analyses.

In een daarop volgend onderzoek met een grotere onderzoekspopulatie dient het effect van PMT onderzocht te worden om de hypothese te bevestigen dan wel te verwerpen. Zoals Vink (2009) aangeeft is het van belang dat er meer vervolgonderzoek gedaan dient te worden. Huidig onderzoek is vaak gericht op gewichtsverlies, waar de aspecten zoals depressie en competentiebeleving vaak onderbelicht blijven. De rol van PMT hierin lijkt vanuit dit onderzoek effectief te zijn, maar om significant effect aan te tonen is gedegen vervolgonderzoek noodzakelijk.

Literatuurlijst

- * Bos, A.R., Muris, P., Mulkens, S. en Schaalma, H.P. (2006), Changing self-esteem in children and adolescents: A roadmap for future interventions. *Nederlands Tijdschrift voor de psychologie*, 62, p. 26-34.
- * Bosscher, R.J. (1991), *Runningtherapie bij depressie*. Proefschrift Vrije Universiteit.
- * Braet, C. (2005), The psychological profile to become and to stay obese. *International journal of obesity*, 29, p. 19-23.

- * Braet, C., Mervielde, I. en Vandereycken, W. (2007), Psychological aspects of childhood obesity: a controlled study in clinical and nonclinical sample. *Journal of pediatric psychology*, 22, p. 59-71.
- * Daley, A. J. et al. (2006), Exercise therapy as a treatment for psychopathologic conditions in obese and morbidly obese adolescents: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 118, p. 2126-2134.
- * Elburg, A. van en Rijken, M. (2004), Jongeren met eetstoornissen. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- * Elling, M.W. (2006), Weet & beweeg. *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Weet & Beweeg'*, Utrecht: NJi.
- * Hijden, S. (2009), De effectiviteit van een multidisciplinaire behandeling in de aanpak van obesitas en psychologische problemen bij jongeren. Rintveld, Centrum Eetstoornissen.
- * Kertzman, T., Kok, I. Drs, Wijngaarde, van B. (2003), De GGZ Thermometer nader onderzocht, de evaluatie van een vragenlijst voor cliëntenwaardering in de volwassenenzorg. Trimbos instituut.
- * Kiess, W. et al. (2001), Clinical aspects of obesity in childhood and adolescence – diagnosis, treatment and prevention. *International Journal of Obesity*, 25, p. 75-79.
- * Kok, I. Drs en Mulder, T Drs. (2005), Cliëntenwaardering in de GGZ, Handleiding bij de diverse thermometers. Trimbos-instituut en GGZ Nederland.
- * Koolenbrander, M. (2006), Is er in de jeugdzorg een verband tussen zwaarte van de problematiek en zwaarte van het hulpaanbod? OCK Het Spalier.
- * Lent-luppino, F.S. van, et al. (2009), Het verband tussen depressie en obesitas: een meta-analyse van longitudinale studies. *Dutch journal of psychiatry*, samenvattingen 37^{ste} voorjaarscongres 2009/suppl.1.
- * Lombarde, Baron-Cohan et al. (2009), The Queen and I; how autistic brain distinguishes oneself from others. *Brain*.
- * Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P.J. en Mulert, S. (2002), Weight teasing among adolescents: correlation with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity*. 26, p. 123-131.
- * Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) (2008), Spelen met gezondheid. Leerstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd.
- * Seidell, J.C. et al. (2008), Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 152, p. 38.
- * Shaw, K.A. et al. (2009), Exercise for overweight or obesity (Review). *The Cochrane Library*, 2, p 1-59.
- * Shaw, K.A. et al. (2009), Psychological interventions for overweight or obesity (Review). *The Cochrane Library*, 2, p. 1-76.
- * Strauss, R.S. (2000), Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics*, 105;e15.
- * Stegeman, H (2007), Effecten van sport en bewegen op school. 's Hertogenbosch: W.J.H. Mulier Instituut.
- * Struik, A. (2009), Zorgmodule arrangement Lichamelijke gezondheid. Herlaarhof, centrum voor kinder en jeugd psychiatrie.
- * Taplin, C.E. en P. Zeitler (2008), Exercise for the treatment of childhood obesity – is it simply too much to ask? *Acta Pædiatrica*, 98, p. 214-216.

- * Treffers, Ph.D.A., Goedhart, A.W., Veerman, J.W., Bergh, B.R.H. van den, Ackaert, L., & Rycke, L. de. (2002). *Competentie belevingsschaal voor Adolescenten, Handleiding*. Lisse: Swets Test Publishers.
- * Timbremont, B. en Braet, C. (2002), Handleiding CHildren's Depression Inventory. *Lisse: Swets Test Publishers*.
- * Veerman, J.W., Straathof, M.A.E., Treffers, Ph.D.A., Bergh, B.R.H. van den, & Brink, L.T. ten. (1997). *Competentie belevingsschaal voor Kinderen, Handleiding*. Lisse: Swets Test Publishers.
- * Vink, L. (2009), The effect of physical activity interventions on mental health in obese children and adolescents. Vrije Universiteit Amsterdam.
- * Vocht A. de (2008), Basisboek SPSS 15 voor windows.
- * Volkow ND, O'Brien CP(2007), Issues for DSM-V: should obesity be included as a brain disorder? *Am J Psychiatry*, 164, p. 708–710
- * Warschburger, P. (2005), The unhappy obese child. *International Journal of Obesity*. 29, p. 127-129.
- * Werrij, M.Q., Mulkens, S., Hospers, J.H. en Jansen, A. (2006), Overweight and obesity: the significance of a depressed mood. *Patient education and counseling*. 62, p. 126-131.
- * Zametkin, A.J. et al. (2004), Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: A review of the past 10 years. *The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, p. 134-150.
- * Ziezou (2006), Overgewicht en obesitas bij kinderen.

Artikel;

- * Beroepsprofiel NVPMT, 2004

Website

- * Obesitas Vereniging; www.obesitasvereniging.nl
- * Trimbos instituut; <http://www.trimbos.nl>
- * GGZ Nederland; <http://www.ggz nederland.nl/>

Bijlage

Bijlage I

Indicatieoverzicht deelmodules lichamelijke gezondheid.

PMT

Doelen;

Binnen de PMT zijn er 7 clusters van behandel doelstellingen, waarbinnen specifieke doelen gesteld kunnen worden. De clusters zijn;

- 1) Aanvaarden van het eigen lichaam. 2) Ontwikkelen van plezier in bewegen. 3) Ontwikkelen van een realistische motorische competentiebeleving. 4) Verminderen van een motorische achterstand. 5) Verbeteren van zelfcontrole. 6) Stimuleren van zelfvertrouwen en expressiviteit. 7) Ontwikkelen van samenspel en interactievaardigheden.

Specifieke PMT doelen module lichamelijke gezondheid;

- Verbeteren van zelfgevoel
- Verbeteren positief lichaamsbeleving
- Verbeteren plezier in bewegen
- Verbeteren van de conditie

Uitleg

Er wordt deelgenomen aan verschillende bewegingsactiviteiten en psychomotorische werkvormen, zowel lichaams- als bewegingsgeoriënteerde methodieken.

In het lichaamsgerichte onderdeel ligt de nadruk op het lichaamsbeeld, lichaamsbeleving en waardering, en de plek die het lichaam/gewicht krijgt in de beoordeling van zichzelf.

Het bewegingsgerichte deel het als doel de mogelijkheden en beperkingen van het lichaam te verkennen. Er wordt een koppeling gemaakt tussen gedrag in de oefeningen en het ontstaan van de (gedrags-)problemen. Cliënten hebben eigen werkpunten, maar werken tijdens de activiteiten wel samen.

Frequentie;

-1x per week, 60 minuten, gedurende 10 (groeps-)sessies. Waarbij verlening mogelijk is. (bij contra indicatie voor groep ook individuele therapie mogelijk)

Runningtherapie

Specifieke doelen;

- een verbeterde algemene conditie & fysieke gezondheid
- het ontwikkelen van een positiever zelfbeeld
- de afname van depressie
- ervaren van plezier tijdens het bewegen

Uitleg

De actieve gedeelten (hardlopen) en de pauzes (wandelen) zijn ingedeeld in een schema. De hardlooptukken worden stelselmatig uitgebreid in tijd. Cliënten lopen met meerdere deelnemers tegelijk, maar hebben een eigen schema. Voor en na het hardlopen worden hardloopschema's ingevuld. Daarnaast worden gedachten en gevoelens voor en na het lopen gerapporteerd door de cliënt. De cliënt is tijdens het lopen zelf verantwoordelijk voor het bijhouden van de tijdsstructuur.

Frequentie;

-2 trainingen per week, 60 minuten, gedurende 8 tot 16 weken in groepsverband.
Daarnaast 1 training per week zelfstandig thuis.

Fitness

Specifieke doelen;

- verbeteren van algemene conditie & fysieke gezondheid.
- verbeteren van lichaamsbeleving.

Uitleg

Er wordt voor elk kind een programma op maat ontwikkeld waarbij het streven is dat het kind zich bewust wordt van zijn competenties en een realistisch en positief lichaamsbeleving ontwikkeld.

Er wordt aandacht besteed aan de transfer van het fitness.

Het kind werkt met individuele doelen, waarbij meerdere kinderen aanwezig kunnen zijn in de ruimte, samenwerking komt echter niet specifiek tot stand.

Frequentie;

-1x per week, 60 minuten, gedurende 10 sessies. Waarbij verlening mogelijk is.

Sport & spel

Specifieke doelen;

- Ervaren van plezier tijdens het bewegen.
- verbeteren van algemene conditie & fysieke gezondheid.
- stimuleren van bewegen in het dagelijks leven.

Jeugdthermometer GGZ, versie jongeren

In deze vragenlijst wordt je gevraagd je mening te geven. In veel gevallen wordt je gevraagd of je vindt dat iets voldoende of goed is (geweest). Als je het hier mee eens bent, omcirkel je 'ja'. Als je het er niet mee eens bent of niet helemaal, omcirkel je 'nee'.

Informatie

- | | | |
|--|----|-----|
| 1. Heb je voldoende informatie gekregen over de behandel mogelijkheden van de instelling? | ja | nee |
| 2. Heb je voldoende informatie gekregen over de aanpak van je PMT behandeling? | ja | nee |
| 3. Heb je voldoende informatie gekregen over wat je kon verwachten als resultaat van je PMT behandeling? | ja | nee |

Inspraak

Vraag 4,5 en 6 gaan over het behandel- of begeleidingsplan. Hierin staat beschreven: wat jouw hulpvraag is, de behandeling of begeleiding die je hiervoor krijgt en hoelang dat zal duren.

- | | | | |
|--|----|-----|-----------|
| 4. Kon je meebeslissen over de behandeling die je zou krijgen? | ja | nee | |
| 5. Is er voor jou een behandel- of begeleidingsplan gemaakt? | ja | nee | weet niet |
| 6. Heb je ingestemd met je behandel- of begeleidingsplan? | ja | nee | |

Hulpverlener

De volgende vragen gaan over de PMT hulpverlener.

- | | | |
|--|----|-----|
| 7. Vond je de PMT-er voldoende deskundig (goed genoeg in zijn/haar vak)? | ja | nee |
| 8. Kon je de PMT-er voldoende vertrouwen? | ja | nee |
| 9. Toonde de PMT-er voldoende respect voor jou? | ja | nee |

10 Luisterde de PMT-er voldoende naar jou? ja nee

Resultaat van de PMT behandeling

De volgende vragen gaan over het resultaat van de PMT behandeling.

11 Werd het behandelplan naar jouw wens uitgevoerd? ja nee

12 Vond je de PMT behandeling de juiste
aanpak voor jouw problemen of klachten? ja nee

13 Heb je door de PMT behandeling meer
greep op je problemen of klachten gekregen? ja nee

14 Ben je door de PMT behandeling
voldoende vooruit gegaan? ja nee

15 Ben je door de PMT behandeling beter in
staat de dingen te doen die je wilt? ja nee

16 Kun je door de PMT behandeling beter omgaan met
mensen of situaties waar je eerder moeite mee had? ja nee

Overige vragen

Op school worden altijd rapportcijfers gegeven, een 9 is zeer goed, een 6 is voldoende en een 1 is zeer slecht.

17 Welk rapportcijfer zou je geven aan de PMT behandeling?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18 Wat moet de instelling volgens jou verbeteren om dit rapportcijfer te verhogen?

.....
.....
.....
.....
.....

19 Heb je verder nog opmerkingen over de behandeling?

.....
.....
.....
.....
.....

20 Zou je een ander aanraden hulp te zoeken middels PMT?

- ☐ ja
- ☐ nee

zie de volgende pagina voor de achtergrondgegevens

Achtergrondgegevens

De mogelijkheid bestaat dat de mening van jeugdigen over de Jeugd GGZ samenhangt met achtergrondkenmerken. Het zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat:

- *meisjes kritischer zijn dan jongens en hierdoor anders oordelen;*
- *mensen van verschillende culturele achtergrond in hun oordeel verschillen.*

Wil je daarom de onderstaande vragen invullen?

Ook deze gegevens worden uiteraard anoniem verwerkt.

1 Wat is je leeftijd?

..... jaar

2 Ik ben een

- ☐ meisje
- ☐ jongen

3 In welk land ben je geboren?

.....

4 In welk land is je (biologische) vader geboren?

.....

5 In welk land is je (biologische) moeder geboren?

.....

6 Wanneer is de behandeling of begeleiding op deze afdeling gestart?

____ - ____ (maand-jaar)

7 Deze vragenlijst kan op verschillende momenten in de behandeling of begeleiding worden uitgereikt. Is er bij jou sprake van:

- ☐ een tussentijdse evaluatie van je behandeling of begeleiding
- ☐ een belangrijke verandering in je behandeling of begeleiding
- ☒ afsluiting van je behandeling of begeleiding

8 Op welke dag heb je deze vragenlijst ingevuld?

____ - ____ - ____ (dag-maand-jaar)

Bedankt voor je medewerking.

Bijlage III

Psychomotorisch Therapie

Vragenlijst met betrekking tot behandeling middels PMT.

Naam ;

Geboortedatum ;

Datum vandaag ;

Afgenomen door;

[illegible]

Deze vragenlijst is bedoeld om na te gaan hoe je houding en gevoelens zijn ten opzichte van de PMT behandeling. Geef bij elk van de 20 punten met een kruisje aan hoe dit de laatste tijd bij jou is. Je kunt op de lijn een kruisje zetten; hoe meer aan de linkerkant, hoe meer je het er helemaal mee eens bent. Hoe meer naar rechts, hoe meer je het oneens bent met dit punt. Probeer zo eerlijk en spontaan mogelijk te antwoorden en sla geen vraag over.

[illegible]

1. Ik heb tijdens de PMT geleerd om mijn grenzen tijdens het sporten tijdig te herkennen.

Dat klopt

Helemaal

Dat klopt

helemaal niet

- Ik heb tijdens de PMT geleerd om mijn grenzen in contact met anderen tijdig te herkennen.

Dat klopt

Helemaal

Dat klopt

helemaal niet

3. Ik heb tijdens de PMT geleerd om mijn (fysieke) grenzen tijdens het sporten te verleggen.

Dat klopt

Helemaal

Dat klopt

helemaal niet

4. Ik heb geleerd tijdens de PMT om op tijd stop tegen een ander te zeggen.

Dat klopt

Helemaal

Dat klopt

helemaal niet

5. Ik heb geleerd tijdens de PMT om op tijd stop tegen mezelf te zeggen.

Dat klopt	Dat klopt
Helemaal	helemaal niet

6. Ik heb meer zelfvertrouwen dan voor ik met de PMT begon.

Dat klopt	Dat klopt
Helemaal	helemaal niet

7. Door de PMT heb ik meer vertrouwen dat ik controle heb over mijn (over)gewicht.

Dat klopt	Dat klopt
Helemaal	helemaal niet

8. Ik heb een positiever zelfbeeld dan voor ik met de PMT begon.

Dat klopt	Dat klopt
Helemaal	helemaal niet

9. Ik denk nu vaker positief over mezelf dan voor ik met de PMT begon.

Dat klopt	Dat klopt
Helemaal	helemaal niet

10. Ik voel me nu minder vaak gespannen dan voor ik met de PMT begon.

Dat klopt	Dat klopt
Helemaal	helemaal niet

11. Door de PMT speel ik nu ook meer met andere kinderen.

Dat klopt	Dat klopt
Helemaal	helemaal niet

12. Door de PMT neem ik nu met meer plezier deel aan de gym op school.

Dat klopt
Helemaal

Dat klopt
helemaal niet

13. Ik kan beter controle houden over het eten dan voor ik met de PMT begon.

Dat klopt
Helemaal

Dat klopt
helemaal niet

14. Ik kan beter controle houden over mezelf dan voor ik met de PMT begon.

Dat klopt
Helemaal

Dat klopt
helemaal niet

15. Ik heb minder last van mijn overgewicht dan voor de PMT begon.

Dat klopt
Helemaal

Dat klopt
helemaal niet

16. Als ik spanning voel weet ik nu door de PMT wat ik kan doen om te ontspannen.

Dat klopt
Helemaal

Dat klopt
helemaal niet

17. Ik heb tijdens de PMT geleerd om meer voor mezelf op te komen.

Dat klopt
Helemaal

Dat klopt
helemaal niet

18. Ik ben er door de PMT achter gekomen dat ik vaak te negatief was over mezelf.

Dat klopt
Helemaal

Dat klopt
helemaal niet

19. Door de PMT ga ik met meer plezier sporten.

Dat klopt
Helemaal

Dat klopt
helemaal niet

20. Na de PMT ga ik door met sporten.

Dat klopt
Helemaal

Dat klopt
helemaal niet