

Reduksjon i emosjonelle vansker og atferdsvansker – en positiv bivirkning ved behandling av fedme hos barn?



Silje Steinsbekk
silje.steinsbekk@svt.ntnu.no

Barn som søker behandling for fedme har flere psykologiske vansker enn andre barn. Hjelper fedmebehandling også mot psykologiske vansker selv om målet er å redusere fedme?

Barn og unge som søker behandling for fedme, har flere emosjonelle vansker og atferdsvansker enn andre barn (Steinsbekk, Jozefiak, Ødegård, & Wichstrøm, 2009; Zametkin, Zoon, Klein, & Munson, 2004). Psykologiske vansker forbundet med overvekt og fedme oppleves for mange som påtrengende og umiddelbare (Wardle, 2005). Både internasjonale og nasjonale retningslinjer for behandling av fedme hos barn definerer derfor reduksjon i psykologiske vansker som et viktig behandlingsmål i seg selv (Barlow, 2007; Helsedirektoratet, 2011). Til tross for dette er fokus i behandlingen å redusere fedme gjennom endrede kostholds- og aktivitetsvaner. Fedmeintervensjoner inkluderer sjelden spesifikke tiltak for å redusere psykologiske vansker

Det er forsket lite på om behandling av fedme fører til færre psykologiske vansker hos barn (Luttikhuis et al., 2009). I den foreliggende studien har jeg sett på endring i emosjonelle vansker og atferdsvansker hos barn som har deltatt i toårig poliklinisk, familiebasert behandling av fedme. På grunnlag av tidligere forskning er det rimelig å forvente en reduksjon i vansker fra oppstart til avslutning av behandling (Van Vlierberghe, Braet, Goossens, Rosseel, & Mels, 2009; Vignolo et al., 2008).

Studien viser at barn som har deltatt i en toårig familiebasert fedmeintervensjon, har færre emosjonelle vansker og atferdsvansker ved avslutning enn ved oppstart av behandling

Metode

Prosedyre. Alle barna som deltok i studien var henvist til St Olavs Hospital, Trondheim, for behandling av fedme i perioden april 2005 til februar 2008. Åtti prosent av de som tilfredsstilte inklusjonskriteriene, deltok i behandlingen, noe som resulterte i en studiepopulasjon på 99 barn. De resterende 20 % ønsket ikke å delta, men ble ikke tilbudt alternativ intervensjon. Kartlegging ble gjennomført på St Olavs Hospital av behandlingspersonell ved oppstart og etter avsluttet behandling (to år). Skriftlig samtykke ble innhentet fra alle foreldrene, og studien er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Tabell 1. Karakteristika ved utvalget ved oppstart av behandling (N = 99)

	Gjennomsnitt (SD)
Alder	10,3 (1,7)

Vekt (kg)	62,7 (16,3)
Høyde (cm)	146,8 (11,3)
BMI	28,60 (4,1)
BMI SDS	2,99 (0,5)
Totalt kroppsfett (%)	40,55 (4,1)
Mødres BMI (N = 91)	31,86 (7,3)
Fedres BMI (N = 48)	29,88 (3,6)
Barnets omsorgssituasjon (%):	
Bor sammen med begge foreldrene	60,2
Bor sammen med en av foreldrene	16,3
Bor sammen med en av foreldrene og hans/hennes nye partner	16,3
Delt omsorg (50 % hos hver)	5,1
Bor sammen med foster foreldre	2,0



Utvalg. Karakteristika ved utvalget er beskrevet i tabell 1. To deltakere falt ut etter den første kartleggingen, mens åtte falt ut i løpet av de første seks månedene. Ytterligere ni barn droppet ut mellom seks måneder og to år, noe som resulterte i et utvalg på 80 barn ved behandlingsslutt.

Behandlingsprogram. Målet med behandlingen var å redusere barnas fedme gjennom økt fysisk aktivitet, redusert tid brukt på skjermaktivitet som TV og PC, og et bedre sammensatt og regelmessig kosthold. På grunnlag av internasjonale og nasjonale anbefalinger (Barlow, 2007; Helsedirektoratet, 2011) vektla intervensjonen følgende forhold: (1) regelmessige måltider, (2) økt inntak av frukt og grønnsaker, (3) redusert inntak av sukker og fett, (4) mer fiberrike matvarer, (5) økt hverdagsaktivitet, minimum en time fysisk aktivitet hver dag og (6) redusert skjermtid. Barna deltok i barnegrupper hvor lek og aktivitetsbasert kostholdsopplæring sto sentralt, i tillegg til at det ble tilrettelagt for gode opplevelser med fysisk aktivitet. Foreldrene deltok i egne grupper hvor målet var å styrke deres mulighet til å gjennomføre endringer i familiens levevaner. Atferdsendringsteknikker som selvmonitorering, selvinstruksjon og belønningssystem ble benyttet. Alle gruppene møttes like ofte og mye; annenhver uke de første seks månedene, to timer hver gang. I tillegg hadde familiene individuelle konsultasjoner en gang pr. måned (seks ganger totalt) for å drøfte endring av levevaner, evaluere egen prosess og definere nye mål å jobbe mot. I løpet av de resterende 18 månedene møttes gruppene fem ganger.

Kartlegging av emosjonelle vansker og atferdsvansker. Den norske versjonen av Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach & Rescorla, 2001; Nøvik, 1999) ble brukt for å kartlegge emosjonelle vansker og atferdsvansker. Med utgangspunkt i de siste seks månedene og ut fra en rekke påstander skal foreldrene vurdere barnas emosjonelle vansker og atferdsvansker. I denne studien ble både total problemskåre (118 items), internaliserende problemskåre (31 items) og eksternaliserende problemskåre (32 items) benyttet i analysene. Internaliserende problemskåre består av subskalaene «angst/depresjon», «tilbaketrukket/deprimert» og «somatiske plager», mens subskalaene «regelbrytende atferd» og «aggressiv atferd» utgjør eksternaliserende skåre. Den

norske versjonen av CBCL har vist tilfredsstillende validitet og reliabilitet (Heyerdahl, Kvernmo, & Wichstrom, 2004; Nøvik, 1999).



Resultat og diskusjon

Resultatene viser en signifikant reduksjon fra oppstart til to år både for CBCL-totalproblemskåre, internaliserende skåre og eksternaliserende skåre (se tabell 2).

Myers et al. (1998) fant en tilsvarende reduksjon i psykologiske vansker, mens andre studier finner reduksjon i totalproblemskåre og internaliserende skåre, men ikke eksternaliserende skåre (Van Vlierberghe, et al., 2009; Vignolo, et al., 2008). Deltakerne i den foreliggende studien hadde en signifikant reduksjon i fedme fra oppstart til avslutning av behandling (Steinsbekk, Wichstrom, Ødegård, & Mehus, 2012). Det var imidlertid ingen signifikant korrelasjon ($p < 0,01$) mellom endring i grad av fedme og endring i a) CBCL-totalproblemskåre; b) eksternaliserende skåre eller; c) internaliserende skåre.

Achenbach (1991) har definert 90-prosentilen som klinisk cut-off for CBCLtotalproblemskår. I en studie av emosjonelle vansker og atferdsvansker hos en normalpopulasjon fra samme geografiske område som deltakerne i den foreliggende studien tilsvarte 90-prosentilen en totalproblemskåre på 31 (Jozefiak, Larsson, Wichstrøm & Rimehaug, 2012). Ved oppstart av behandling hadde 41 % av de overvektige barna en skåre som lå over 31, dvs. innenfor det kliniske området. Ved avsluttet behandling hadde denne prosentandelen sunket til 27 %. Fra oppstart til avslutning av behandling har det med andre ord vært en økning fra 58 % til 73 % av respondenter med en totalproblemskåre innenfor normalområdet.

Hvordan kan vi forklare at emosjonelle vansker og atferdsvansker reduseres etter behandling? Mangel på kontrollgruppe gjør at vi ikke kan konkludere med at reduksjon i psykologiske vansker er en effekt av fedmeintervensjonen, som vektla å endre familiens levevaner. Tatt i betraktning at fedmebehandling er forbundet med bedring i psykologisk velvære (Blaine, Rodman, & Newman, 2007), og at man finner en generell økning, ikke reduksjon i psykologiske vansker fra barndom til ungdomstid (Costello, Copeland, & Angold, 2011), kan det likevel være grunn til å tro at de reduserte vanskene henger sammen med den behandlingen barna har fått.

Tabell 2. Gjennomsnittlig CBCL-totalproblemskåre, internaliserende skåre og eksternaliserende skåre ved oppstart og avslutning av behandling (2 år)

	Oppstart (N = 99)	Avslutning (N = 80)			
	M (SD)	M (SD)	t	df	d
Total problemskåre	30,4 (19,4)	23,9 (20,2)	3,09**	75	0,33
Internaliserende skåre	9,1 (6,7)	7,0 (6,3)	2,95**	75	0,32
Eksternaliserende skåre	7,3 (6,8)	5,8 (6,9)	2,04*	75	0,21

Palmeira et al. (2012) argumenterer for at det er en gjensidig, dynamisk prosess mellom endring i vekt og endring i psykologiske vansker. Trolig brukes noen av de ressursene som frigjøres ved bedring i psykologisk velvære, til å gjennomføre endringer som muliggjør redusert overvekt. Å betrakte reduserte vansker som en konsekvens av redusert fedme eller motsatt er en uhensiktsmessig forenkling (Palmeira et al., 2009). Myers et al. (1998) fant at bedret mental helse hos mor forklarte en signifikant del av variansen i barnets totalproblemskåre (CBCL) ved avslutning av fedmebehandling. Sammenhengen mellom foreldres psykologiske vansker og barns psykologiske vansker har vist seg å være mediert av foreldres omsorg/oppdragerstil (Downey & Coyne, 1990). Behandlingsprogrammet som ble benyttet i den foreliggende studien, fokuserte på foreldreferdigheter (f.eks. gi positiv oppmerksomhet til ønsket atferd) med den hensikt å fremme foreldres muligheter til å endre familiens levevaner. Myers et al. (1998) peker på at økte foreldreferdigheter kan fremme bedre samspill mellom foreldre og barn, noe som kan påvirke både foreldre og barns psykiske helse.



Konklusjon

Behandlingssøkende barn med fedme har flere psykologiske vansker enn andre barn; reduksjon i psykologiske vansker er derfor et viktig behandlingsmål. Denne studien viser at barn som har deltatt i en toårig familiebasert fedmeintervensjon har færre emosjonelle vansker og atferdsvansker ved avslutning enn ved oppstart av behandling, til tross for at behandlingen fokuserte på endring i levevaner, ikke reduksjon i psykologiske vansker.

ABSTRACT

Decrease in emotional and behavioral problems – a positive side effect in children treated for obesity?
The current study examined changes in emotional and behavioral problems in children treated for obesity. The Child Behavior Checklist (CBCL) was used to measure emotional and behavioral problems at baseline and two years in 99 children (48 girls, 51 boys) who participated in an outpatient, family based treatment of obesity. At baseline the children's mean age was 10, 3 years (SD = 1.7), mean weight 62.7 kg (SD = 16.3) and mean BMI SDS 2,99 (SD = 0.46). There was a significant decrease in total problems, internalizing problems and externalizing problems from start to end of treatment. The children who participated in outpatient treatment of obesity had fewer emotional and behavioral problems at end of treatment (two years) compared to beginning of treatment. Possible explanations are discussed.

Referanser

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Vermont: Burlington.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: child behavior checklist for ages 6-18, teacher's report form, youth self-report: an integrated system of multi-informant assessment*. Burlington, Vt.: ASEBA.
- Barlow, S. E. (2007). Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: Summary report. *Pediatrics*, 120, 164 - 192.
- Blaine, B. E., Rodman, J., & Newman, J. M. (2007). Weight loss treatment and psychological well-being - A review and meta-analysis. [Review]. *Journal of Health Psychology*, 12(1), 66 - 82.
- Braet, C. (2006). Patient Characteristics as Predictors of Weight Loss after an Obesity Treatment for Children. *Obesity*, 14(1), 148 - 155.

- Costello, E. J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1015 - 1025.
- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents - an integrative review. *Psychological Bulletin*, 108(1), 50 - 76.
- Griffiths, L. J., Parsons, T. J., & Hill, A. J. (2010). Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5(4), 282 - 304.
- Helsedirektoratet. (2011). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Heyerdahl, S., Kvernmo, S., & Wichstrom, L. (2004). Self-reported behavioural/emotional problems in Norwegian adolescents from multiethnic areas. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13(2), 64 - 72.
- Jozefiak, T., Larsson, B., Wichstrøm, L. & Rimehaug, T. (2012). Competence and emotional problems in Norwegian children. *Nordic Journal of Psychiatry*, Dec 16.
- Luttikhuis, H. O., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V. A., O'Malley, C., Stolk, R. P., et al. (2009). Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1).
- Myers, M., Reynolds, H., Epstein, L (1998). Predictors of child psychological changes during family-based treatment of obesity. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 152(9), 855 - 861
- Nøvik, T. S. (1999). Validity of the Child Behaviour Checklist in a Norwegian sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8(4), 247 - 254.
- Palmeira, A. L., Markland, D. A., Silva, M. N., Branco, T. L., Martins, S. C., Minderico, C. S., et al. (2009). Reciprocal effects among changes in weight, body image, and other psychological factors during behavioral obesity treatment: a mediation analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 6.
- Steinsbekk, S., Jozefiak, T., Ødegård, R., & Wichstrøm, L. (2009). Impaired Parent-reported Quality of Life in Treatment-seeking Children with Obesity is mediated by High Levels of Psychopathology. *Quality of Life Research*, In press.
- Steinsbekk, S., Wichstrom, L., Ødegård, R., & Mehus, I. (2012). Change in body fat during a family-based treatment of obesity in children: the relative importance of energy intake and physical activity. *Obesity Facts*, In press.
- Van Vlierberghe, L., Braet, C., Goossens, L., Rosseel, Y., & Mels, S. (2009). Psychological disorder, symptom severity and weight loss in inpatient adolescent obesity treatment. *International Journal of Pediatric Obesity*, 4(1), 36 - 44.
- Vignolo, M., Rossi, F., Bardazza, G., Pistorio, A., Parodi, A., Spigno, S., et al. (2008). Five-year follow-up of a cognitive-behavioural lifestyle multidisciplinary programme for childhood obesity outpatient treatment. *European Journal of Clinical Nutrition*, 62(9), 1047 - 1057.
- Wardle, J. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *19*(3), 421 - 440.
- Zametkin, A. J., Zoon, C. K., Klein, H. W., & Munson, S. (2004). Psychiatric aspects of child and adolescent obesity: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(2), 134 - 150.

